



HAL
open science

Adéquation entre le souhait des femmes enceintes et la prise en charge effective de l'analgésie péridurale au cours du travail obstétrical

Camille Godart

► To cite this version:

Camille Godart. Adéquation entre le souhait des femmes enceintes et la prise en charge effective de l'analgésie péridurale au cours du travail obstétrical. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01615900

HAL Id: dumas-01615900

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01615900v1>

Submitted on 12 Oct 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016

N° 235

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Adéquation entre le souhait des femmes enceintes et la prise
en charge effective de l'analgésie péridurale au cours
du travail obstétrical

Présentée et soutenue publiquement
le 16 septembre 2016
Par

Camille GODART

Née le 6 mai 1987 à Hazebrouck (59)

Dirigée par Mme Le Docteur Marie-Pierre Bonnet, PH

Jury :

M. Le Professeur Christophe Baillard, PU-PH Président

M. Le Professeur Marc Beaussier, PU-PH

M. Le Professeur Frédéric Mercier, PU-PH

Mme Le Docteur Camille Le Ray, MCU-PH



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Baillard,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et d'ainsi juger de la qualité de mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Marie-Pierre,

Je te remercie de m'avoir proposé ce travail, de m'avoir guidée et encadrée. Tes connaissances pointues en anesthésie obstétricale m'ont été d'un grand secours tout le long de ce travail. Merci pour ta patience.

A Monsieur le Professeur Beaussier,

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse, témoin de ma reconnaissance. Vous avez marqué mes débuts en Anesthésie, vous avez été une oreille attentive et compréhensive lors de mes doutes initiaux sur ma poursuite dans la spécialité. Vous avez soutenu mes projets (interchu, année de césure après l'internat). Merci pour votre humanité et votre bienveillance...

A Madame le Docteur Camille Le Ray,

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse, d'apporter votre expertise sur ce sujet. Il était important pour moi que votre spécialité soit représentée, témoin de la collaboration des 2 équipes (obstétrique et anesthésie) pour la prise en charge optimale des patientes.

A Monsieur le Professeur Mercier,

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse et d'apporter ainsi votre expertise sur ce travail.

A ma famille...

-**A mes parents**, pour m'avoir transmis leurs valeurs de travail, d'effort, de respect, d'Amour et soutenue tout au long des études de médecine. J'espère vous rendre fière aujourd'hui...

-**A Matth**, mon « petit » frère... Je suis fière de toi, j'espère que ton aventure portugaise t'ouvrira des portes pour un avenir radieux, toi toujours prêt à aider les autres.

-**A mes cousins, cousines, Annie, ma marraine**, vous m'avez vue grandir, me construire, vous m'avez encouragée, soutenue. C'est toujours un plaisir de rentrer dans le Nord vous retrouver.

-**A Edith et Francis**, vous représentez beaucoup pour moi depuis l'enfance, vous êtes une source d'inspiration, de réconfort....

A mes ami(e)s...

-**A Juju**, sur les bancs de la P1 est née si naturellement cette amitié. Voisines rue Gosselet, tu apportais toujours un moment réconfortant quand je passais te voir. Ta joie de vivre est communicative, tes conseils et analyses avisés et perspicaces. On prend conscience à quel point on tient aux gens quand un jour, on a cru pouvoir les perdre...

-**A Maïté**, tu as suivi toute mon évolution depuis les débuts en médecine, tu m'as conseillée, écoutée, soutenue, connu les hauts, les bas et tu as toujours été là, fidèle. Ta vie prend un nouveau départ que tu n'avais pas prévu, je n'ai aucun doute que tu sois capable de tout reconstruire comme tu as été capable de mener si brillamment ton parcours professionnel...

-**Aux groupes des « Bombas » (Charlotte, Camille, Steph, Claire, Ju, Sophie)**, quelle chance de vous compter parmi mes amies depuis la fac et de vous voir devenir des femmes épanouies, des médecins investies, de jolies mamans... On partage les moments de joie et on sait se soutenir dans les épreuves qui peuvent jalonner la vie de chacune.

-**A Dianou**, il fallait partir faire l'internat à Paris pour se connaître. De Berlin en passant par les sommets des Annapurnas, tu fais partie des très proches à Paris. Tu es en ce moment à l'autre bout de la planète, je te souhaite de vivre des souvenirs exceptionnels là-bas...

-**A Chacha**, fidèle au poste depuis de nombreuses années. Tu fais partie de ces gens sur lesquels on peut compter quoiqu'il puisse arriver, tu finis toujours par réussir à nous faire rire même dans les moments moins joyeux.

-**A Marie**, on finit par s'attacher à ton caractère bien trempé, je sais que je peux décrocher à tout moment le téléphone et trouver du réconfort auprès de toi.

-**Au groupe d'amis du lycée, Gauthier, Lorrain, Teddy, Laurette, Pauline, Pierre**, chacun trace sa route à son rythme mais on arrive toujours à garder un œil bienveillant les uns sur les autres...

A mes cointernes devenus bien plus...

-**A Anaïs**, nous avons vécu en parallèle tout cet internat, partagées pas mal de kilomètres lors de nombreuses courses à Paris ou sur les sentiers de rando... Je suis ravie de t'avoir vu t'épanouir tout au long de l'internat et te compter parmi mes proches.

-A **Momo, Yann, PA, Rudy, Nono**, la dream Team de Tenon, vous avez marqué mes premiers pas en réa et permis de me refaire un cercle ici à Paris.
-A la bande à Juju, désormais bande à Mathieu, **Bernie, Marine, Mathieu**, vous avez apporté l'indispensable grain de folie aux 6 mois intenses de la Pitié...Merci Bernie pour la relecture, les mille textos de débriefs et le réconfort après les gardes ou les remplacements difficiles...
-A mes BG de PR, **Rémiette, Yoan, Mad Math, Baptiste**, vous avez largement égayé mon semestre à PR, les pauses café au relay H au retour de mon interchu.

Aux services d'Anesthésie-Réanimation dans lesquels j'ai eu la chance d'être interne et de me former (Tenon, St Antoine, Beaujon, Fondation Rothschild, Cochin, Pitié, St Joseph)...MERCI !

-**Aux chefs, IADE, IDE** qui ont marqué mon cursus, m'ont patiemment appris, et donné un peu d'eux pour faire le médecin que je suis aujourd'hui...
- **A Paola**, pour ton aide précieuse pour l'inclusion et le recueil pour la thèse quand je ne pouvais pas passer moi-même à Port-Royal. **A Soraya, Monique, Françoise, Christine, Thibaut, Vincent, Hadrien** pour m'avoir aidée pour distribuer et remplir les questionnaires...

-**Aux pompiers de Paris**, je découvre avec admiration votre dévouement à la population parisienne, votre sens des valeurs. Vous m'offrez un dernier semestre inoubliable, riche en adrénaline, en situations improbables...

-**A Tiana, Cathou, Ambre, Emilie, Renaud, Philippe, Laslo, Isa, Maud, Boris, François, Thomas, Lionel**, vous avez rendu ces 6 mois à Mayotte fabuleux, 6 mois d'ouverture sur un autre mode de vie qui, quelques années après me laissent toujours un souvenir impérissable et un attachement si particulier à ce bout de caillou perdu dans l'Océan Indien aux problématiques si complexes.

A François-Eric, pour tout ce que tu m'as apporté depuis cette rencontre sur l'île aux parfums...Comment résumer en quelques lignes ce que tu représentes pour moi, la belle personne que tu es... Il me tarde d'enfiler mon sac à dos et de partir voyager avec toi, d'avancer à tes côtés. J'espère t'apporter autant de bonheur que tu ne m'en apportes quotidiennement...Nsuhu vendza...

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	7
1. Analgésie péridurale pour le travail et l'accouchement : aspects historiques, épidémiologiques et théoriques	7
1.1. Anesthésie et analgésie obstétricale : aspects historiques et évolution	7
1.1.1. Les débuts de l'anesthésie obstétricale.....	7
1.1.2. Développement de l'anesthésie périmédullaire en obstétrique	8
1.2. Données épidémiologiques.....	11
1.3. La péridurale en obstétrique : principes, indications principales et conséquences sur le déroulement du travail	12
1.3.1. Définition	12
1.3.2. Physiopathologie de la douleur lors de l'accouchement	13
1.3.3. Indications en obstétrique.....	16
1.3.4. Influence de l'anesthésie locorégionale sur la mécanique obstétricale.....	16
2. Analgésie péridurale et souhait des femmes	18
3. Objectifs de l'étude	20
METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	21
1. Type d'étude	21
2. Critères d'inclusion et d'exclusion	21
3. Description du déroulement de l'étude	22
4. Données recueillies	22
5. Ethique et sécurité.....	25
6. Analyses statistiques	25
RESULTATS	27
1. Description de la population de l'étude	27
2. Comparaison des caractéristiques maternelles et de la grossesse entre les femmes qui souhaitaient initialement une analgésie péridurale et celles qui n'en souhaitaient pas.....	31
3. Description de l'inadéquation dans la population d'étude.....	33

4. Parmi les femmes qui ne souhaitaient pas d'analgésie péridurale, comparaison des caractéristiques maternelles, du travail et de l'accouchement entre les femmes avec adéquation et celles avec inadéquation	35
SYNTHESE ET PERSPECTIVES	37
1. Résultats principaux.....	37
2. Forces de l'étude	37
3. Limites de l'étude	38
4. Analyse des résultats.....	39
4.1. Facteurs impliqués dans le souhait des femmes concernant l'analgésie péridurale avant l'accouchement	39
4.2. Inadéquation, données de la littérature	41
4.3. Inadéquation chez les femmes qui ne souhaitaient initialement pas d'analgésie péridurale	42
CONCLUSION	44
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	45
ANNEXES	49
ANNEXE 1 : Questionnaires de l'étude en 3 volets (recueil avant la consultation d'anesthésie, en post-partum, recueil des informations médicales de la grossesse).....	50
ANNEXE 2 : Lettre d'information aux femmes.....	56
RESUME.....	57

ABREVIATIONS

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
ALR	Anesthésie LocoRégionale
AME	Aide Médicale d'Etat
APD	Analgésie Par Péridurale
ARCF	Anomalies du Rythme Cardiaque Fœtal
ASA	American Society of Anesthesiologists
AVB	Accouchement par Voie Basse
CARO	Club Anesthésie-Réanimation en Obstétrique
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CPP	Comité de Protection des Personnes
CCTIRS	Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé
DA	Délivrance Artificielle
ENP	Enquêtes Nationales Périnatales
ENS	Echelle Numérique Simple
HTA	Hypertension Artérielle
IC	Intervalle de Confiance
IMC	Indice de Masse Corporelle
PCA	Patient-Controlled Analgesia
PCEA	Patient-Controlled Epidural Analgesia
PIEB	Programmed Intermittent Epidural Bolus
RU	Révision Utérine

INTRODUCTION

1. Analgésie péridurale pour le travail et l'accouchement : aspects historiques, épidémiologiques et théoriques

1.1. Anesthésie et analgésie obstétricale : aspects historiques et évolution

Malgré l'anathème de la Bible « *dolore paries filio* ; tu enfanteras dans la douleur », de tout temps, on a cherché à diminuer les douleurs de l'enfantement. Initialement et pendant de nombreuses années, l'anesthésie obstétricale a été uniquement limitée à l'anesthésie des femmes juste avant un accouchement difficile ou en cas de césarienne. Elle s'est ensuite développée progressivement pendant la seconde partie du 20^{ème} siècle, avec une médicalisation de plus en plus importante de l'accouchement et l'avènement de l'analgésie péridurale pour la prise en charge de la douleur au cours du travail obstétrical (1–4).

1.1.1. Les débuts de l'anesthésie obstétricale

En janvier 1847, James Young Simpson, obstétricien écossais d'Édimbourg, réalise la première anesthésie obstétricale en utilisant l'éther pour un accouchement avec extraction fœtale difficile (Figure 1). Cet acte survient seulement trois mois après la première démonstration historique des propriétés anesthésiques de l'éther par le docteur William-Thomas-Green Morton, dentiste au *Massachusetts General Hospital* de Boston. Devant la maniabilité difficile de l'éther et la lenteur de l'induction, Simpson essaie à partir de l'été 1847 d'autres liquides vaporisables susceptibles de procurer une anesthésie au cours de l'accouchement. En novembre 1847, il utilise le chloroforme pour un premier accouchement. Cependant, parallèlement à l'émergence de l'anesthésie générale en salle de naissance, apparaissent rapidement des craintes quant à ses effets sur le fœtus et sur le déroulement du travail obstétrical, ce qui freine le développement de cette discipline par la suite.

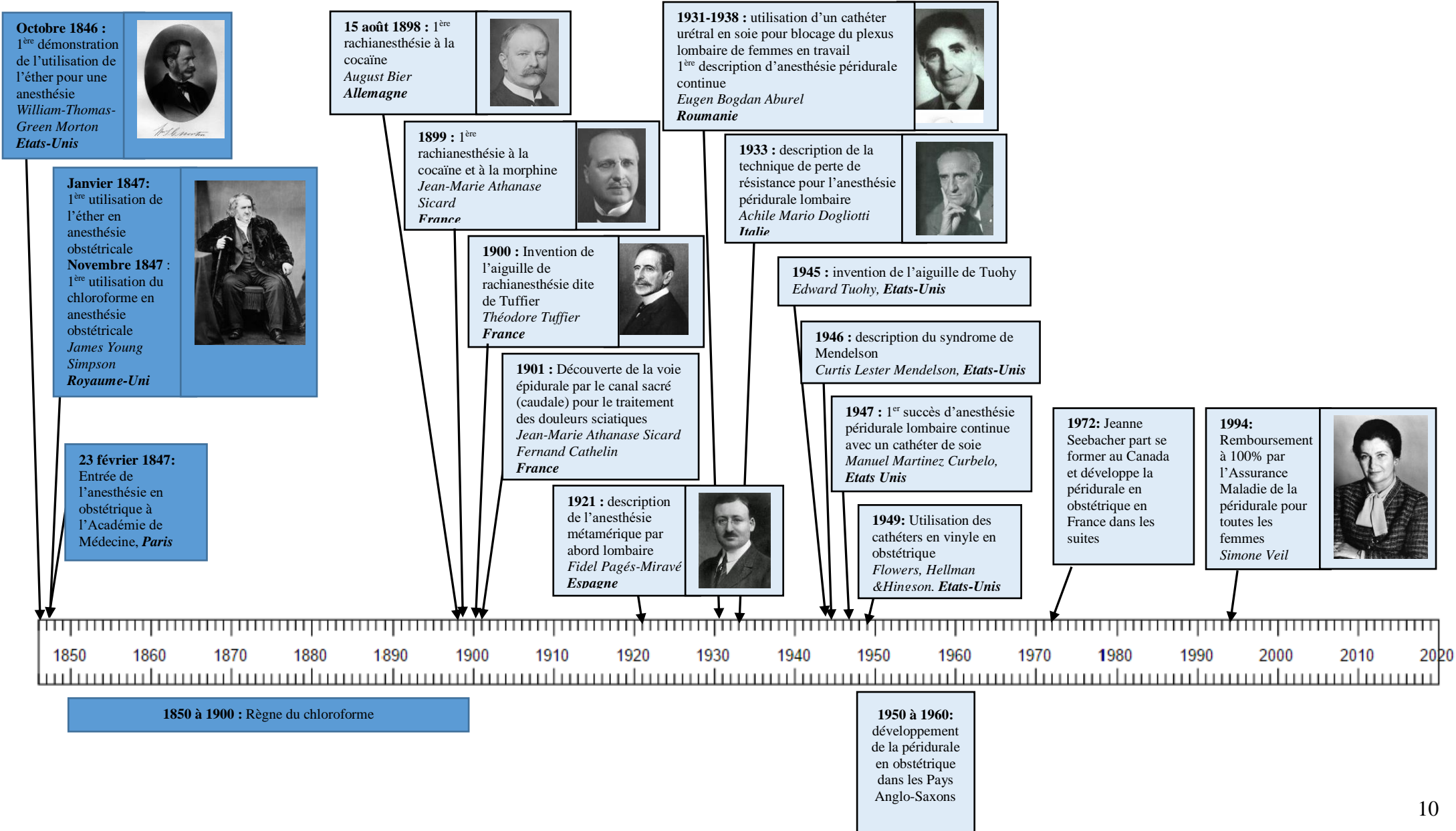
1.1.2. Développement de l'anesthésie périmédullaire en obstétrique

Il faudra attendre la fin du XIX^{ème} siècle pour que l'anesthésie périmédullaire se développe sous l'impulsion tout d'abord d'un chirurgien allemand, August Bier qui réalise le premier essai de rachianesthésie à la cocaïne le 15 août 1898. En France, Sicard effectue des rachianesthésies à la cocaïne et à la morphine durant l'année 1899. Parallèlement, Tuffier perfectionne la technique de ponction et d'injection et met au point une aiguille de rachianesthésie, l'aiguille de Tuffier. Malgré ces publications encourageantes sur l'anesthésie périmédullaire, l'anesthésie générale avec des agents inhalés et des opiacés reste pendant longtemps encore la technique d'anesthésie majoritairement utilisée en salle de travail, principalement par manque de disponibilité du matériel nécessaire à l'anesthésie locorégionale à cette époque, mais également du fait de l'absence de perception par les soignants des avantages de ces techniques sur l'anesthésie générale dans ce contexte. Ainsi, les premières publications sur la péridurale sont produites entre les années 1900 et 1930 (notamment sous l'impulsion de deux français Sicard et Cathelin), mais la technique d'analgésie péridurale ne se développe qu'à la fin de la seconde guerre mondiale grâce aux innovations techniques (invention de l'aiguille de Tuohy) et au développement des cathéters périduraux en plastique, petits et flexibles remplaçant les aiguilles laissées en place. Les pays anglo-saxons sont précurseurs dans ce domaine.

En France, il faut attendre presque dix ans et l'impulsion du Docteur Jeanne Seebacher, médecin anesthésiste à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, fondatrice du Club des Anesthésistes Réanimateurs en Obstétrique (le CARO), formée à la technique au Canada au début des années 70, pour qu'apparaisse et soit diffusée l'analgésie péridurale pour le travail obstétrical. Le recours à l'anesthésie locorégionale au cours du travail augmente ensuite rapidement en France, notamment dans les années 90 dans un contexte de développement de la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement. En 1994, Simone

Veil, alors ministre de la Santé, officialise le remboursement forfaitaire par la sécurité sociale de la péridurale pour l'accouchement quelle qu'en soit l'indication. Cette mesure s'inscrit à l'époque dans une prise de conscience des risques encourus pour la mère au moment de l'accouchement, et s'illustre par l'établissement d'un plan gouvernemental sur la périnatalité présenté en avril 1994. Ce premier plan de périnatalité fixe comme objectifs principaux de diminuer la mortalité maternelle et périnatale, souligne la nécessité d'une présence permanente des anesthésistes pour le développement de l'analgésie péridurale en rappelant qu' « il n'est pas acceptable que les femmes souffrent, souvent de façon majeure, pendant leur accouchement » et, conseille de recourir à des anesthésistes spécialisés en obstétrique. Ainsi, même si l'analgésie péridurale obstétricale a émergé plus tardivement que dans d'autres pays développés, actuellement le taux d'accouchements avec analgésie péridurale en France est l'un des plus élevés au monde.

FIGURE 1- Frise chronologique reprenant les principaux évènements de l'histoire de l'anesthésie obstétricale

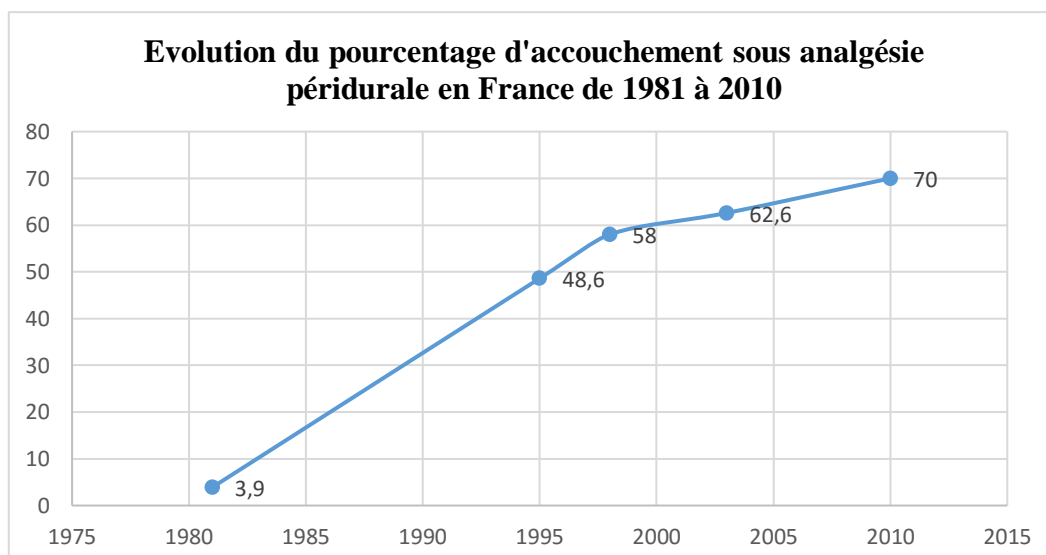


1.2. Données épidémiologiques

En France, des Enquêtes Nationales Périnatales (ENP) sont réalisées tous les 6 ans pendant une semaine afin de produire des données à l'échelle du pays sur les principaux indicateurs de l'état de santé de la mère et du nouveau-né, ainsi que sur les pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement. La dernière enquête périnatale dont les résultats sont publiés date de 2010 et révèle que 93% des femmes ont consulté un anesthésiste au cours du troisième trimestre de grossesse. La proportion d'accouchements avec péridurale est passée de 4% des accouchements en 1981 à 48,6% en 1995, puis 62,6% en 2003 et 70% en 2010 (5) (figure 2).

Comparativement à d'autres pays à niveau de ressources comparables, la France se distingue par un taux d'analgésie péridurale élevé et en constante progression. Au Royaume-Uni, pays pionnier de la technique, ce taux n'excède pourtant pas 30%, sans modification de tendance ces dernières années (6). Dans d'autres pays Européens (Pays-Bas, Danemark), des taux encore plus bas sont observés, n'excédant pas 10% d'analgésie péridurale. Les Etats-Unis ont connu quant à eux une croissance similaire à la France, sans atteindre des taux aussi élevés, avec un taux d'analgésie péridurale passant de 33% en 1992, 45% en 1998 et à 61% en 2008 (7,8).

FIGURE 2- Evolution du taux d'analgésie péridurale pour l'accouchement en France de 1981 à 2010



Sources : Enquête Naître en France 1981
ENP 1995 ; 1998 ; 2003 et 2010

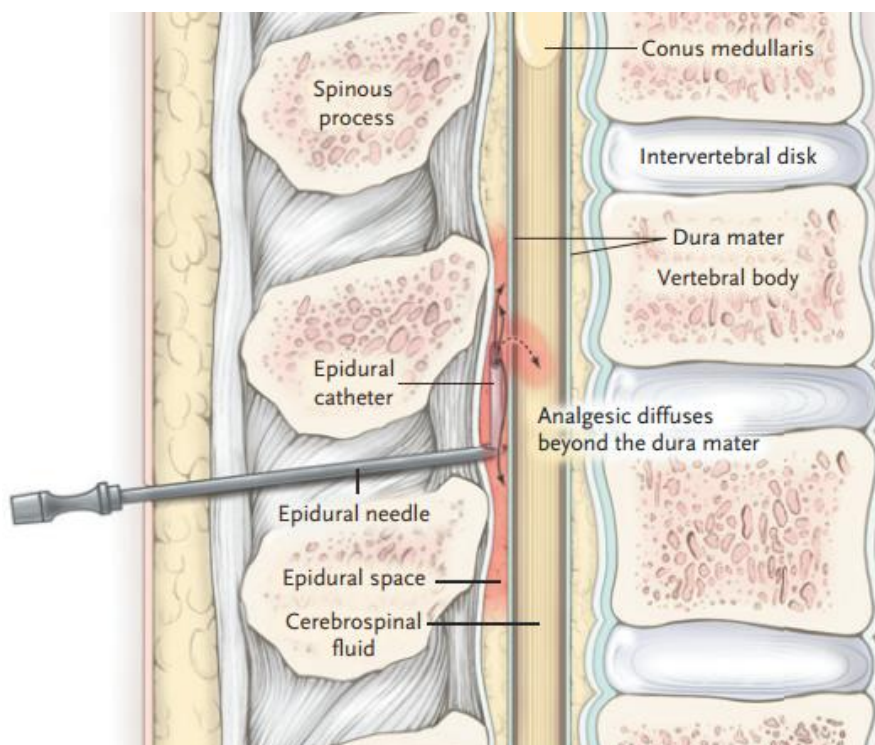
1.3.La péridurale en obstétrique : principes, indications principales et conséquences sur le déroulement du travail

1.3.1. Définition

La péridurale est une technique d'anesthésie locorégionale (ALR) consistant à introduire un cathéter dans l'espace péridural (espace anatomique entourant la dure-mère) permettant la diffusion d'un produit actif à but analgésique ou anesthésique.

FIGURE 3- Principe de l'analgésie péridurale pour le travail obstétrical

Un produit anesthésique local et un analgésique morphinique sont injectés dans l'espace péridural lombaire pour diffuser dans l'espace sous-arachnoïdien et bloquer les racines nerveuses. Un cathéter, placé au travers de l'aiguille de Tuohy dans l'espace péridural, permet le maintien en continu d'une analgésie péridurale durant la durée du travail et de l'accouchement.



"Epidural analgesia for labor and delivery."

D'après Hawkins, Joy L.

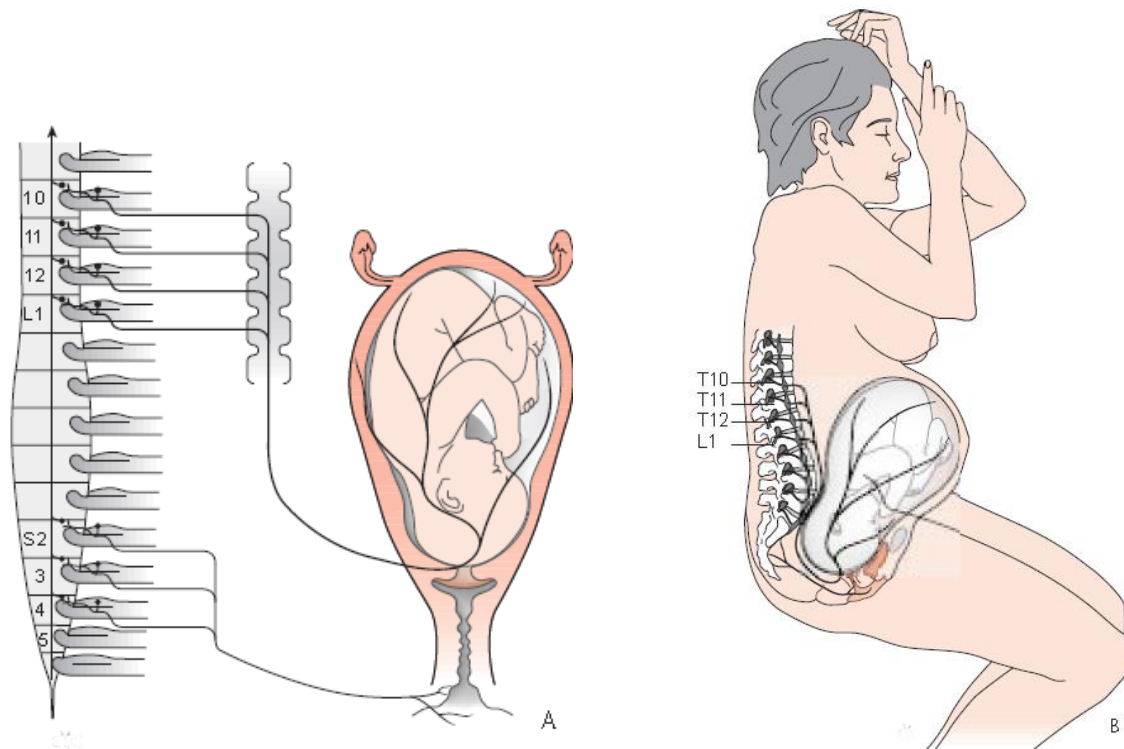
New England Journal of Medicine 362.16 (2010): 1503-1510.

1.3.2. Physiopathologie de la douleur lors de l'accouchement

Le déroulement du travail est classiquement divisé en trois périodes ou phases : l'effacement et la dilatation du col utérin (phase 1), la progression et l'expulsion du fœtus (phase 2) et enfin, la délivrance avec l'expulsion du placenta et des membranes (phase 3). La première phase de dilatation est souvent divisée en une phase de latence, correspondant à une dilatation lente du col jusqu'à 4 à 6 cm de dilatation suivie d'une phase d'accélération jusqu'à dilatation complète. Le deuxième stade correspond aux phénomènes mécaniques permettant l'engagement, la descente et l'expulsion de la présentation fœtale.

Cette définition classique du travail se fonde sur les travaux de Friedman, qui proposent une courbe correspondant aux normes de progression du travail en fonction du temps à partir de l'observation de 500 femmes en travail. La courbe de Friedman est l'un des partogrammes les plus utilisés pour la surveillance des parturientes en travail (9,10). Ces données, qui datent des années 60, sont depuis 5 ans remises en question, en raison de la modification des caractéristiques individuelles des femmes et de l'évolution des pratiques obstétricales (11,12). Au cours de la première phase du travail, la dilatation du col et la distension du segment inférieur utérin génèrent les sensations douloureuses pendant les contractions qui irradient dans les dermatomes T10 à L1. Les scores douloureux augmentent significativement lors de la rupture de la poche des eaux et après 5 cm de dilatation cervicale. A dilatation complète, s'ajoutent des douleurs permanentes dues à la distension des structures du petit bassin par la présentation. Lors de la phase d'expulsion, les influx nociceptifs cheminent par les fibres sensibles des nerfs sacrés et rejoignent la moelle par l'intermédiaire du nerf pudendal (S1-S3). L'acmé douloureuse est provoquée par la distension de la filière génitale et du périnée lors du passage du nouveau-né. Ainsi, la prise en charge analgésique doit s'adapter à l'évolution quantitative et qualitative des stimuli douloureux tout au long du travail et de l'accouchement (13,14).

FIGURE 4- Douleur et travail obstétrical ; afférences nerveuses mises en jeu lors du travail et de l'accouchement



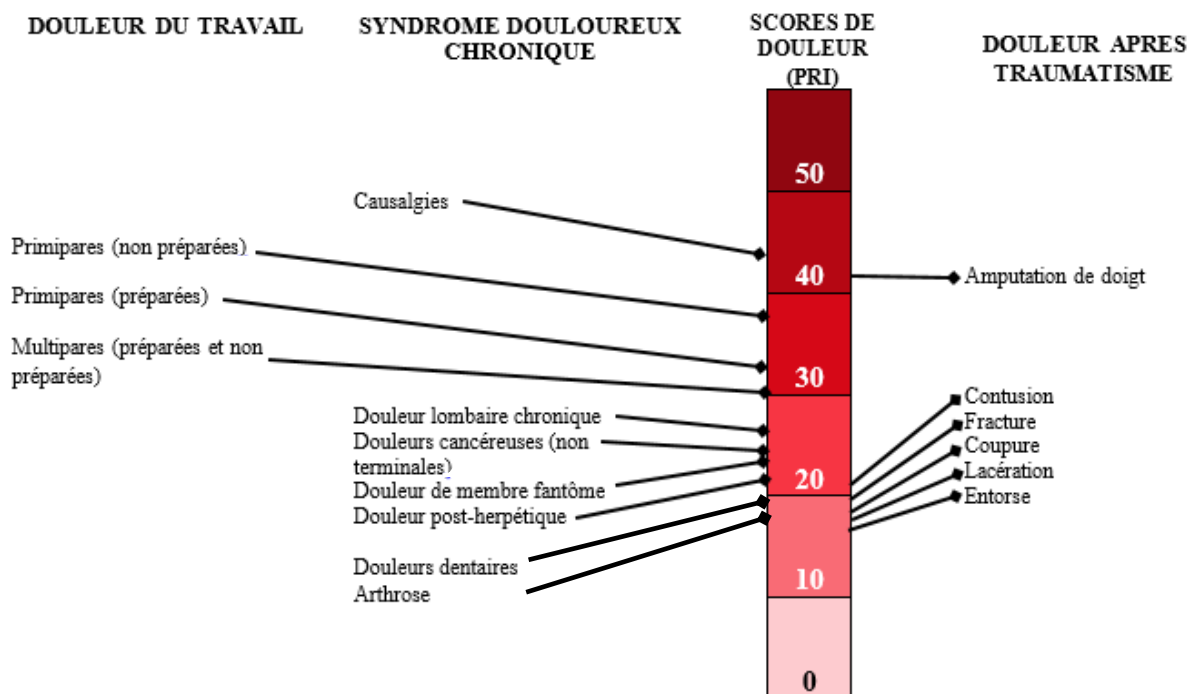
*Analgesie et anesthésie au cours de l'accouchement
Boulay G, Simon L, Hamza J.(14)*

Pour la plupart des femmes, malgré l'existence d'une augmentation physiologique des seuils douloureux lors de la grossesse secondaire aux modifications hormonales, les douleurs du travail obstétrical et de l'accouchement sont d'intensité élevée à très élevée, voire intolérable. D'après l'étude princeps de Ronald Melzack, la douleur du travail d'une primipare est équivalente à une amputation digitale (15). Dans le travail de Ranta, 80% des femmes en salle de naissance décrivaient des douleurs très sévères à insupportables ; seules 4% des multipares présentaient de faibles scores douloureux de 0 à 2 sur 10 en ENS (16). Au-delà des facteurs maternels et des facteurs obstétricaux qui interviennent dans la genèse et l'intensité de la douleur (parité, déclenchement, intensité et durée des contractions, rapidité du travail, utilisation d'ocytocine, mode

de présentation, macrosomie fœtale), la perception douloureuse est également influencée par des facteurs socio-culturels, émotionnels et soumise à une grande variabilité interindividuelle. La parité, un âge avancé et un niveau socio-économique élevé tendent à réduire l'intensité de la douleur du travail. Inversement, les femmes anxieuses, celles ayant des antécédents de règles douloureuses ou ayant un surpoids éprouvent plus souvent des douleurs intenses (17). Malgré ces variations, de manière générale, une analgésie puissante au cours du travail est donc souvent nécessaire et constitue une demande maternelle tout à fait légitime.

FIGURE 5- Comparaison des scores de douleur par le questionnaire de Mc Gill durant le travail obstétrical, dans un hôpital général prenant en charge la douleur chronique et dans un département d'urgence.

Le PRI, pain ratio index, représente la somme des valeurs de classement de tous les mots choisis parmi 20 ensembles de mots décrivant la douleur.



The myth of painless childbirth.
 Melzack, R. (1984).
Pain, 19(4), 321-337.

A ce titre, l'*American Society of Anesthesiologists (ASA)* et l'*American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* rappellent qu' « il n'y a aucune autre circonstance où il est considéré comme acceptable pour un individu d'éprouver une douleur non traitée, alors qu'elle est susceptible d'être soulagée dans des conditions de sécurité par une prise en charge médicale adéquate. En l'absence de contre-indication, la demande maternelle est une indication médicale suffisante de prise en charge de la douleur pendant le travail obstétrical » (18).

1.3.3. Indications en obstétrique

L'analgésie péridurale est la technique la plus efficace pour prendre en charge les douleurs liées à l'accouchement (19). Elle est principalement utilisée en obstétrique sur demande de la parturiente. Le cathéter péridural peut également avoir une utilisation à but anesthésique au cours du travail en cas de manœuvres externes, de révision utérine ou de passage en césarienne. La péridurale peut être d'indication médicale, du fait soit d'un risque élevé de césarienne ou de manœuvres en cours de travail (grossesses multiples, présentations en siège, utérus cicatriciel), soit en cas de pathologies médicales associées à une mauvaise tolérance des douleurs de contractions utérines (asthme sévère, insuffisance cardiaque...) ou, à un risque élevé associé à l'anesthésie générale (intubation difficile prévue en particulier chez les femmes obèses morbides, allergie aux produits d'anesthésie générale, etc...). Dans ce contexte, la mise en place d'un cathéter péridural est vivement recommandée et la pose est précoce afin de s'assurer de son efficacité (20). Mais la réalisation d'une péridurale n'est pas toujours possible, la première contre-indication étant le refus de la patiente.

1.3.4. Influence de l'anesthésie locorégionale sur la mécanique obstétricale

La péridurale n'étant qu'une voie d'administration médicamenteuse particulière, ses effets sont uniquement dépendants de la nature, de la concentration et du mode d'administration des produits utilisés. Depuis trente ans, des améliorations constantes ont été réalisées permettant d'induire un bloc sensitif satisfaisant en minorant le bloc moteur et par conséquent, le

retentissement sur le déroulement du travail. La littérature qui mettait en évidence des effets négatifs sur le travail, à l'époque où l'analgésie péridurale induisait un bloc moteur important, n'est plus le reflet de l'analgésie péridurale telle qu'elle est proposée aujourd'hui aux parturientes. En effet, la méta analyse récente d'Anim-Somuah, datant de 2011, conclut à une prolongation modeste de la deuxième phase (de la dilatation complète à la naissance) ainsi qu'une augmentation du taux d'extraction instrumentale mais cette méta analyse inclut des études anciennes avec des protocoles utilisant encore des anesthésiques non dilués. Aux concentrations actuellement recommandées (« low-dose epidural »), l'analgésie péridurale ne prolonge plus la durée du deuxième stade du travail et n'est plus associée à une augmentation du taux d'extraction instrumentale (21,22).

L'objectif de l'analgésie péridurale obstétricale est d'obtenir un bloc différentiel, c'est à dire un bloc qui élimine la douleur mais qui préserve la proprioception, épargne la motricité (notamment en permettant le maintien de la tonicité des muscles du plancher pelvien nécessaire à un accouchement spontané) et évite le bloc sympathique responsable d'hypotension artérielle maternelle. La mesure la plus efficace pour obtenir un bloc différentiel est la réduction des doses et des concentrations d'anesthésiques locaux avec l'utilisation de solutions actuellement très diluées grâce à l'adjonction de molécules adjuvantes (en première ligne les morphiniques liposolubles).

Egalement, le développement de modes d'administration dans l'espace péridural, principalement fondés sur l'utilisation de bolus autocontrôlés, permet une diminution des doses d'anesthésiques locaux : Patient Controlled Epidural Analgesia (PCEA) avec des bolus administrés à la demande de la parturiente associés ou non à une perfusion en débit continu (23) ou plus récemment, administration programmée de bolus associée à des bolus auto-administrés par la patiente (mode PIEB Programmed intermittent epidural bolus) (24,25).

Au final, il est actuellement établi que la péridurale « moderne » n'augmente pas le taux de césarienne et ne ralentit pas la dilatation cervicale, même en début de travail (22,26–31). Le critère d'initiation d'une analgésie péridurale, une fois le travail engagé et en dehors des situations

particulières décrites précédemment où une analgésie par péridurale est recommandée, doit donc être uniquement l'intensité douloureuse de la patiente et non l'avancée de la dilatation cervicale.

2. Analgésie péridurale et souhait des femmes

La loi Kouchner du 4 mars 2002, comme le plan périnatalité de 2005-2007 (intitulé « Humanité, proximité, sécurité, qualité ») soulignent l'importance de positionner le patient en tant qu'acteur de sa prise en charge. La loi Kouchner, relative aux droits du patient, inscrit légalement la nécessité absolue d'information, de consentement, de codécision et de participation active du patient à sa prise en charge. Une reconnaissance institutionnelle de droits collectifs des usagers du système de santé par le biais associatif y est également stipulée. En ce qui concerne l'obstétrique, le Collectif Inter Associatif autour de la Naissance (CIANE) a été créé en 2003 et regroupe des associations françaises concernées par les questions relatives à la grossesse, à la naissance et aux premiers jours de la vie.

Selon Hodnett, au-delà des facteurs socio-économiques et ceux liés au déroulement de l'accouchement, quatre facteurs prépondérants jouent sur le vécu de l'accouchement et sur la satisfaction des parturientes : les attentes personnelles des femmes, l'investissement des soignants, la qualité de la relation soignant-parturiente et enfin, la participation des femmes à la prise de décision (32).

En 2008, l'étude française de Le Ray *et al.*, publiée dans *Birth* et réalisée à partir des données de l'Enquête Nationale Périnatale de 2003, révélait que, parmi les femmes qui accouchaient sans péridurale, seules 37% d'entre elles l'avaient vraiment choisi (33). Dans l'étude française de Kpea *et al.*, publiée dans *Anesthesia & Analgesia* en 2015 et réalisée à partir des données de l'Enquête Nationale Périnatale de 2010, 26% des femmes à bas risque ne souhaitaient pas de péridurale au cours de leur grossesse et parmi celles-ci, finalement la moitié accouchaient avec une péridurale (34).

Les déterminants associés au souhait maternel d'analgésie péridurale pour le travail ont déjà été explorés. Il s'agit principalement de la peur de souffrir et l'appréhension de l'accouchement. Les autres facteurs associés à une demande d'analgésie péridurale sont un niveau socio-économique élevé et des hauts revenus (en particulier pour les pays qui, à l'inverse de la France, ne bénéficient pas de prise en charge à 100% par le système d'assurance maladie), la nulliparité, un antécédent d'accouchement avec péridurale, un partenaire favorable à cette technique (35–40). A l'inverse, les femmes ne souhaitant pas avoir d'analgésie péridurale lors de l'accouchement mettent en exergue un désir d'accoucher naturellement, le souhait de maîtriser leur accouchement et la capacité à tolérer des niveaux de douleurs élevés sans support analgésique. La peur des effets secondaires de la péridurale sur le fœtus ou la mécanique obstétricale ou du geste technique en lui-même est également retrouvée. Enfin, des recommandations négatives des proches influencent également l'opinion des femmes (39,41). L'étude de Toledo *et al.* sur le souhait des femmes à accoucher sans péridurale met en évidence que ce choix était plus souvent expliqué par des idées reçues négatives vis-à-vis de cette technique et un manque d'information que par un véritable désir de contrôle ou d'accouchement naturel (41).

Inversement, les facteurs associés à l'adéquation entre le souhait des femmes et la technique réalisée sont peu étudiés jusqu'à présent. Les seules études disponibles actuellement sur le sujet sont principalement rétrospectives et ne prennent donc pas en compte le changement d'avis qui peut s'opérer au moment du travail. Lally *et al.*, dans sa revue systématique sur les attentes et le vécu des parturientes vis-à-vis de la douleur durant le travail, rapporte que les femmes développent des idéaux concernant la prise en charge de la douleur, leur capacité de contrôle lors de l'accouchement et leur implication dans le processus de décision. Mais l'expérience réelle de l'accouchement s'avère souvent très différente de leurs attentes ou du vécu qu'elles ont pu anticiper, les femmes sous-estimant souvent les niveaux de douleur qu'elles vont expérimenter lors de l'accouchement (42).

3. Objectifs de l'étude

Les objectifs de cette étude prospective sont :

- Analyser les caractéristiques des femmes, de la grossesse en fonction de leur souhait ou non d'analgésie péridurale,
- Décrire l'inadéquation entre le souhait des femmes enceintes et la prise en charge effective concernant l'analgésie péridurale au cours du travail,
- Identifier les facteurs associés à cette inadéquation parmi les caractéristiques des femmes, du travail et de l'accouchement.

METHODOLOGIE DE L'ETUDE

1. Type d'étude

Cette étude prospective observationnelle monocentrique a été réalisée entre le 2 janvier et le 15 avril 2014 au sein de la maternité Port-Royal à Paris. Il s'agit d'une maternité de type III qui, selon le décret du 9 octobre 1998, dispose d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale. Son activité comprend la prise en charge des grossesses à haut risque et des nouveau-nés présentant des détresses graves. 5248 accouchements ont été comptabilisés pour l'année 2014. Le taux d'accouchements voie basse par péridurale s'élevait pour l'année 2014 à 91,2%.

2. Critères d'inclusion et d'exclusion

A été inclus dans cette étude un échantillon de femmes enceintes choisies au hasard âgées de plus de 18 ans et vues en consultation d'anesthésie programmée au troisième trimestre de grossesse à la maternité Port-Royal.

Les femmes ne maîtrisant pas la langue française à l'oral et/ou à l'écrit, et celles dont l'accouchement était prévu par césarienne programmée étaient exclues de cette étude.

Ont été exclues secondairement de l'étude les femmes dont l'indication de césarienne programmée était posée après la consultation d'anesthésie, celles qui présentaient d'emblée une contre-indication médicale à la péridurale et les femmes ayant accouché à domicile.

Compte tenu du nombre d'accouchements annuel à la maternité Port-Royal, un effectif total de 1666 femmes était susceptible d'être vu en consultation d'anesthésie de troisième trimestre de grossesse sur une période de 4 mois. En fixant l'objectif à 30% d'inclusion, environ 500 femmes pouvaient être incluses sur la période d'étude.

3. Description du déroulement de l'étude

Les femmes étaient incluses lors de leur consultation d'anesthésie au troisième trimestre de grossesse. La population d'étude était sélectionnée au hasard, à partir d'un échantillonnage non probabiliste des femmes éligibles qui se présentaient à la consultation d'anesthésie d'un des médecins investigateurs. Après vérification de l'éligibilité des femmes, celles qui acceptaient de participer à l'étude remplissaient un premier questionnaire (questionnaire 1) en salle d'attente, juste avant de rencontrer l'anesthésiste pour leur consultation. Elles étaient ensuite vues en consultation d'anesthésie selon la prise en charge habituelle.

Il est à noter que la maternité Port-Royal dispose d'un pôle physiologique pour les femmes présentant une grossesse sans facteur de risque de complication et qui souhaitent un suivi de grossesse et un accouchement moins médicalisés. Elles ont la possibilité d'accoucher à Port-Royal tout en étant suivies par une sage-femme libérale du réseau Ville-Hôpital jusqu'à 36 semaines d'aménorrhée. En cas de complication au cours de la grossesse, la sage-femme réoriente la patiente vers un suivi à la maternité. Pour l'accouchement, les femmes ont le choix entre une salle dite « salle nature » disposant d'une baignoire, de suspensions, de ballons gonflables et où les femmes accouchent sans péridurale, et une salle d'accouchement classique. Après l'accouchement, les femmes sortent habituellement après 2 nuits d'hospitalisation en cas d'accouchement voie basse, 4 nuits après césarienne.

Les femmes ayant rempli le questionnaire 1 de l'étude avant leur accouchement remplissaient un deuxième questionnaire (questionnaire 2) entre J1 et J5 en post-partum lors de leur hospitalisation en suites de couche. Les données médicales étaient recueillies via le dossier médical de suivi par l'anesthésiste en charge du recueil (**Annexe 1**).

4. Données recueillies

Le premier questionnaire était rempli par les femmes et comportait des items relatifs :

- Aux antécédents d'accouchements et d'analgésie péridurale,

- Au suivi (oui / non) de cours de préparation à la naissance et la nature de cette préparation,
- Au niveau de douleur que les femmes pensaient être capables de supporter pour l'accouchement sur une échelle de 0 à 10,
- A leur souhait (oui / non / ne sait pas) d'analgésie péridurale pour leur accouchement et les motivations attenantes à ce choix.

Le terme d'analgésie péridurale était utilisé au sens large et regroupait péridurale et rachianesthésie combinée.

- Aux personnes éventuelles ayant participé à cette décision concernant la réalisation d'une péridurale ou non,
- A l'information reçue sur la péridurale avant la consultation d'anesthésie et les sources.

Le deuxième questionnaire évaluait après l'accouchement:

- L'information reçue en consultation programmée d'anesthésie (informations orales sur la péridurale par l'anesthésiste, remise de documents écrits sur la péridurale) et sur la qualité de cette information (jugée suffisante ou non par la parturiente),
- L'implication dans la prise de décision d'une analgésie péridurale et le sentiment d'avoir eu le choix en cas d'analgésie péridurale effectuée.

En cas d'analgésie péridurale réalisée,

- Les niveaux de douleur ressentis sur une échelle de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur maximale) avant la pose de péridurale et après,
- La satisfaction des parturientes sur une échelle de 0 à 10 et les motifs éventuels d'insatisfaction,
- Le souhait ou non d'analgésie péridurale pour un éventuel accouchement futur,
- Pour les femmes ayant changé d'avis entre la consultation d'anesthésie et l'accouchement, les raisons invoquées.

En l'absence d'analgésie péridurale réalisée,

- Les alternatives analgésiques proposées (hypnose, ballon, baignoire, positionnement, autres),
- Le niveau de douleur ressenti sur une échelle de 0 à 10,
- Le niveau de satisfaction sur une échelle de 0 à 10,
- Le souhait ou non d'analgésie péridurale pour un éventuel accouchement futur,
- Pour les femmes qui souhaitaient une péridurale initialement, les raisons n'ayant pas permis la mise en place de la technique (accouchement trop rapide, anesthésiste non disponible, contre-indication médicale le jour de l'accouchement ou autre motif).

Les autres données (questionnaire 3) étaient recueillies par les anesthésistes à partir du dossier obstétrical de suivi ou du logiciel Diammater. Il s'agit d'un logiciel de recueil de données en place à la maternité de Port-Royal depuis 2006 complété par les sages-femmes, obstétriciens, anesthésistes avec diverses informations sur la grossesse, le suivi anténatal, l'accouchement et les événements éventuels en suites de couche.

Ont été recueillies :

- Les caractéristiques sociodémographiques des femmes : âge, origine géographique, situation familiale, activité professionnelle, niveau d'étude, couverture sociale,
- Les caractéristiques médicales des femmes : IMC, parité, gestité, antécédents obstétricaux (utérus cicatriciel), catégorie professionnelle ayant assuré le suivi (sage-femme, obstétricien), pathologie de la grossesse (diabète, pré éclampsie, HTA gravidique),
- Les caractéristiques de l'accouchement : terme, grossesse gémellaire, mode d'accouchement (voie basse, voie basse avec manœuvres instrumentales, césarienne en urgence en cours de travail), durée du travail, mode d'initiation du travail (spontané ou déclenché), prise en charge anesthésique (péridurale, rachianesthésie, péri-rachianesthésie combinée, anesthésie générale, PCA rémifentanyl), complications lors de l'accouchement (hémorragie du post-partum).

5. Ethique et sécurité

Une lettre d'information expliquant l'objectif de l'enquête était distribuée aux femmes éligibles avant la consultation d'anesthésie. Elles étaient libres de participer ou non à cette enquête sans modification de leur prise en charge (**Annexe 2**).

Selon l'article R1121-3 du code de la santé publique, cette enquête entre dans le cadre d'une recherche non interventionnelle et ne relève pas de la compétence des CPP. L'enquête colligeant des données personnelles, ce travail a bénéficié de l'accord du CCTIRS Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche (N°15 594) et l'utilisation de la base de données Diammater bénéficie d'un accord CNIL Commission Nationale de l'Informatique et des libertés (N°1755849).

6. Analyses statistiques

Les caractéristiques maternelles sociodémographiques et médicales, les caractéristiques de la grossesse et du suivi et les caractéristiques de l'accouchement étaient décrites en effectifs et pourcentages. En comparaison, les mêmes caractéristiques de la population totale de femmes ayant accouché à la maternité de Port-Royal en 2014 et de la population de l'Enquête Nationale Périnatale de 2010 étaient mentionnées.

Les femmes étaient réparties en deux groupes en fonction du souhait ou non d'analgésie péridurale pour l'accouchement exprimé avant la consultation d'anesthésie :

- Le groupe « souhait d'analgésie péridurale » si elles avaient coché « oui »,
- Le groupe « Absence de souhait d'analgésie péridurale » si elles avaient coché « non » ou « ne sait pas ».

Les caractéristiques sociodémographiques des femmes et de la grossesse et du suivi étaient comparées en analyse univariée entre les groupes « souhait » et « absence de souhait » d'analgésie péridurale à l'aide du test de Chi² ou de Fisher de manière appropriée. Les résultats des tests étaient

considérés significatifs lorsque la probabilité de commettre une erreur de type I était inférieure à 5%.

La proportion de femmes présentant une inadéquation entre leur souhait en fin de grossesse et la prise en charge effective concernant l'analgésie péridurale au cours du travail était également décrite, ainsi que les causes de cette inadéquation.

Les caractéristiques sociodémographiques et médicales des femmes, les caractéristiques de la grossesse, du suivi et celles de l'accouchement étaient comparées entre les femmes avec et celles sans adéquation entre leur souhait et la prise en charge effective à l'aide du test de Chi² ou de Fisher.

Les tests statistiques étaient conduits avec le logiciel de statistique biostats TGV.

RESULTATS

1. Description de la population de l'étude

Entre le 1^{er} janvier et le 20 avril 2014, 1528 femmes ont accouché à la maternité de Port-Royal. Parmi celles-ci, 504 femmes (32,9%) ont reçu et rempli au moment de la consultation d'anesthésie programmée du troisième trimestre de grossesse le questionnaire 1. Aucune femme à qui cette participation était proposée n'a refusé. Trente-neuf femmes ont été secondairement exclues du fait d'un accouchement par césarienne en dehors du travail dont l'indication a été posée après la consultation d'anesthésie (n=36), d'un accouchement à domicile (n=2) et d'une contre-indication à la péridurale posée en salle de travail (n=1).

Sur les 465 femmes restantes, les données étaient complètes pour 451 femmes, 14 femmes ayant été perdues de vue car sorties de la maternité avant d'avoir pu être revues en suites de couche (Figure 5).

Les caractéristiques de la population de l'étude sont présentées dans le tableau 1, ainsi que celles de toutes les femmes ayant accouché à la maternité de Port-Royal en 2014 (N=5248) et les caractéristiques de la population de l'Enquête Nationale Périnatale de 2010 (N=15 187). A noter, les données de la population de Port-Royal en 2014 et de l'ENP 2010 incluent les patientes avec césarienne programmée, population exclue de notre étude. La population d'étude était globalement comparable aux femmes ayant accouché à Port-Royal en 2014 et à la population de l'ENP 2010, à l'exception de proportions augmentées dans notre population de femmes âgées de plus de 35 ans, de femmes ayant une mutuelle, de nullipares par rapport aux femmes ayant accouché à Port-Royal et à celles de l'ENP et d'un taux de péridurale plus élevé dans notre population et à Port-Royal que dans la population générale.

FIGURE 6- Diagramme de flux des femmes

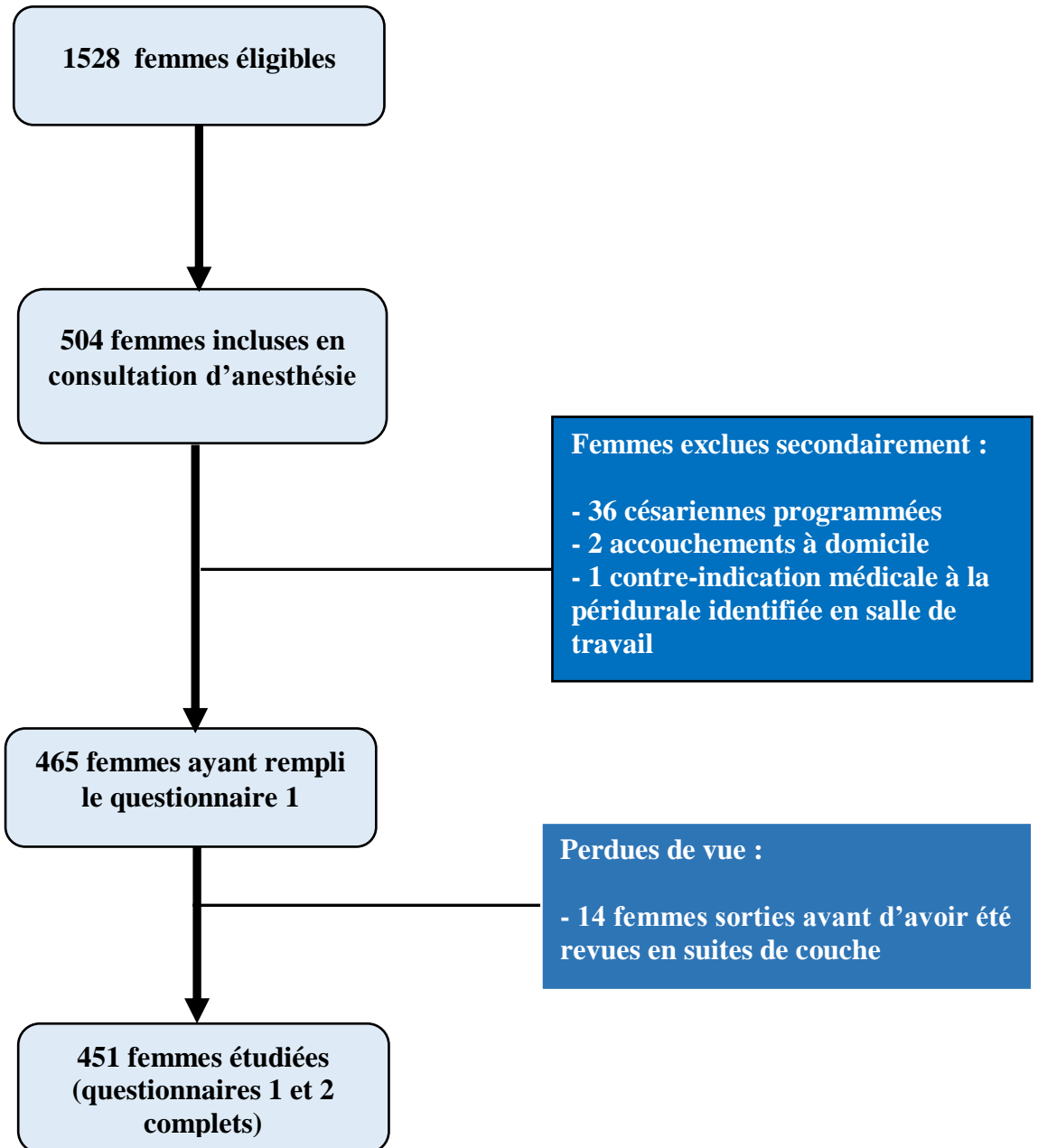


TABLEAU 1- Caractéristiques de la population de l'étude, de toutes les femmes ayant accouché à la maternité de Port-Royal en 2014 (accouchements par voie basse et césarienne, N= 5248) et de la population de l'Enquête Nationale Périnatale de 2010 (accouchements par voie basse et césarienne, N=15187)

Caractéristiques de la population	Population de l'étude N= 451 n (%)	Population de la maternité de Port Royal en 2014 N= 5248 n (%)	Population de l'ENP en 2010 N=15187 n (%)
Age			
< 20ans	4 (0,9)	53 (1,0)	358 (2,3)
20-24	23 (5,1)	334 (6,4)	2 086 (13,7)
25-29	93 (20,6)	1155 (22,0)	4 777 (31,4)
30-34	163 (36,1)	1895 (36,1)	4 419 (29,1)
≥ 35 ans	416 (37,3)	1760 (33,5)	2761 (18,1)
Données manquantes	-	51 (1,0)	786 (5,4)
Origine géographique			
France métropolitaine	246 (54,5)	2527 (48,2)	
DOM-TOM	12 (2,7)	160 (3,0)	
Europe	37 (8,2)	409 (7,8)	
Amérique du Sud	5(1,1)	65 (1,2)	
Amérique du Nord	3 (0,7)	28 (0,5)	
Asie	28 (6,2)	273 (5,2)	
Afrique du Nord	56(12,4)	728 (13,9)	
Afrique Sub-Saharienne	60 (13,3)	740 (14.1)	
Autres	4(0,9)	139 (2.6)	
Situation familiale			
Vit en couple	408 (90,5)	4652 (88,6)	12985 (85,5)
Vit seule	43 (9,5)	516 (9,8)	1015 (6,7)
Données manquantes	-	80 (1,5)	1187 (7,8)
Couverture sociale			
Sécurité sociale + mutuelle	370 (82)	3919 (74,7)	11325 (74,7)
Sécurité sociale	30 (6,7)	419 (8,0)	625 (4,1)
CMU ou AME	33 (7,3)	445 (8,5)	1798 (11,8)
Aucune	14 (3,1)	185 (3,5)	140 (0,9)
Autres	4 (0,9)	280 (5,3)	-
Données manquantes	-	-	1299 (8,5)
Activité professionnelle ou étudiante			
	402 (89,1)	4372 (83,3)	9851 (69,6)
Données manquantes	-	-	1038 (6,9)
IMC avant grossesse (kg/m²)			
< 19	64 (14,2)	445 (8,5)	1126 (7,4)
≥ 30	22 (4,9)	439 (8,4)	1347 (8,9)
Données manquantes	-	-	1503(9,9)
Parité avant grossesse			

0	251 (55,7)	2971 (56,6)	6418 (42,4)
1	131 (29)	1406 (26,8)	4871 (32,1)
2	48 (10,7)	572 (10,9)	2064 (13,6)
≥ 3	21 (4,6)	298 (5,7)	1129 (7,4)
Données manquantes	-	-	665 (4,5)
Utérus cicatriciel (*femmes multipares)	n=200* 27 (13,5)	n=2276* 592 (26,0)	n=8011 1513 (18,9)
Gémellaires	12 (2,7)	228 (4,3)	458 (3)
Mode d'entrée en travail			
Spontané	339 (75,2)	3514 (67,0)	9720 (64)
Déclenchement	112 (24,8)	1060 (20,2)	3312 (21,8)
Césarienne avant travail	-	674 (12,8)	1592 (10,5)
Données manquantes	-	-	563(3,7)
Mode d'accouchement		N= 4578 (césariennes avant travail exclues)	N=13032 (césariennes avant travail exclues)
Voie basse	396 (87,8)	3878 (84,8)	11535 (88,5)
Césarienne en urgence	55 (13,2)	700 (15,2)	1497 (11,5)
Complications			
Hémorragie du post partum	36 (8)	424 (8,1)	-
Pré éclampsie sévère	6 (1,3)	80 (1,5)	-
Mode d'anesthésie – analgésie pour l'accouchement		N= 4578 (césariennes avant travail exclues)	N=13032 (césariennes avant travail exclues)
Anesthésie locorégionale	415 (92)	4215 (92,1)	10242 (77,6)
- Péridurale	- 400 (88,7)	- 4113 (89,9)	-
- Rachianalgésie	- 1(0,2)	- 46 (1)	-
- Rachi-péri combinée	- 14 (3,1)	- 56 (1,2)	-
Anesthésie générale	2 (0,4)	41 (0,9)	122 (0,9)
Autre	1 (0,2)	37 (0,8)	226 (1,6)
Sans anesthésie	33 (7,3)	285 (6,2)	2296 (15,8)

2. Comparaison des caractéristiques maternelles et de la grossesse entre les femmes qui souhaitaient initialement une analgésie péridurale et celles qui n'en souhaitaient pas

Dans notre population d'étude, 361 femmes (80%) souhaitaient initialement une analgésie péridurale, 42 (9 %) n'en souhaitaient pas et 48 (11%) étaient indécises. Les femmes indécises vis-à-vis de leur préférence pour une analgésie péridurale et celles qui n'en souhaitaient pas ont été analysées ensemble dans le groupe « absence de souhait d'analgésie péridurale ». Nous avons comparé les femmes qui souhaitaient une péridurale (n=361) à celles qui n'en souhaitaient pas initialement (n=90). On n'observait pas de différence statistiquement significative concernant les caractéristiques sociodémographiques entre les femmes souhaitant initialement une analgésie péridurale et celles qui n'en souhaitaient pas (Tableau 2). Par contre, le niveau de douleur envisagé comme supportable pour l'accouchement et évalué en amont de l'accouchement était significativement supérieur chez les femmes qui ne souhaitaient pas de péridurale par rapport à celles qui en voulaient une : 63 des 90 femmes ne souhaitant pas d'analgésie péridurale pour l'accouchement (70%) pensaient être capable de supporter une ENS>7/10 pour l'accouchement contre 38,5% dans le groupe souhaitant cette technique (p<0,001).

La proportion de femmes suivies par une sage-femme était statistiquement supérieure chez les femmes ne souhaitant pas d'analgésie péridurale par rapport à celles qui en souhaitaient une avant l'accouchement. Concernant les sources d'information des femmes sur la péridurale, une proportion plus importante de femmes dans le groupe ne souhaitant pas d'analgésie péridurale se documentait via une source d'information d'origine médicale (sage-femme ou obstétricien) (p=0,045). Les sources d'information non médicales type internet, télévision, magazines, information par l'entourage ne différaient pas entre les deux groupes.

TABLEAU 2- Comparaison des caractéristiques des femmes entre les groupes absence de souhait d'analgésie péridurale (n=90) et souhait d'analgésie péridurale (n=361)

	Absence de souhait d'analgésie péridurale n= 90 n(%)	Souhait d'analgésie péridurale n= 361 n(%)	P
TOTAL n=451			
<i>Caractéristiques sociodémographiques des femmes</i>			
Age < 25ans	7 (7,8)	20 (5,5)	0,42
Age ≥ 35ans	31 (34,4)	137 (37,9)	0,54
Nulliparité	57 (63,3)	194 (53,7)	0,1
Origine géographique étrangère	44 (48,9)	152 (42,1)	0,25
Nationalité étrangère	29 (32,2)	90 (24,9)	0,16
Niveau d'études > bac+5	31 (34,4)	128 (35,4)	0,86
Sans emploi et niveau < bac (BEP, CAP, 1 ^{er} cycle)	27 (30)	102 (28,2)	0,74
Célibataire	10 (11,1)	33 (9,1)	0,57
CMU ou AME	10 (11,1)	23 (6,4)	0,12
Niveau de douleur envisagé comme supportable correspondant à une ENS ≥ 7 avant travail	63 (70)	139 (38,5)	<0,01
<i>Caractéristiques de la grossesse ou du suivi</i>			
Suivi de grossesse par une sage-femme	54 (60)	158 (43,8)	<0,01
Cours de préparation à l'accouchement (grossesse actuelle ou précédente)	58 (64,4)	252 (69,8)	0,33
Source de l'information reçue sur la péridurale avant la consultation d'anesthésie			
Médicales (Sages-femmes, obstétriciens)	39 (43,3)	116 (32,1)	0,045
Internet	18 (20)	54 (15)	0,24
Magazines	6 (6,6)	26 (7,2)	0,85
Entourage	30 (33,3)	90 (24,9)	0,11
Télévision	8 (8,9)	30 (8,3)	0,86

3. Description de l'inadéquation dans la population d'étude

La proportion d'inadéquation entre le souhait initial et la prise en charge effective concernait 78 femmes, soit 17% (IC95% 13,8-20,8) des femmes incluses dans notre population d'étude. Cette inadéquation était le plus souvent observée parmi les femmes qui ne souhaitaient pas initialement d'analgésie péridurale: parmi les 90 (20%) femmes qui ne souhaitaient pas de péridurale avant la consultation d'anesthésie, 67 (74%) ont eu une péridurale au cours du travail. Les raisons de cette inadéquation invoquées par les femmes étaient par ordre de fréquence décroissante:

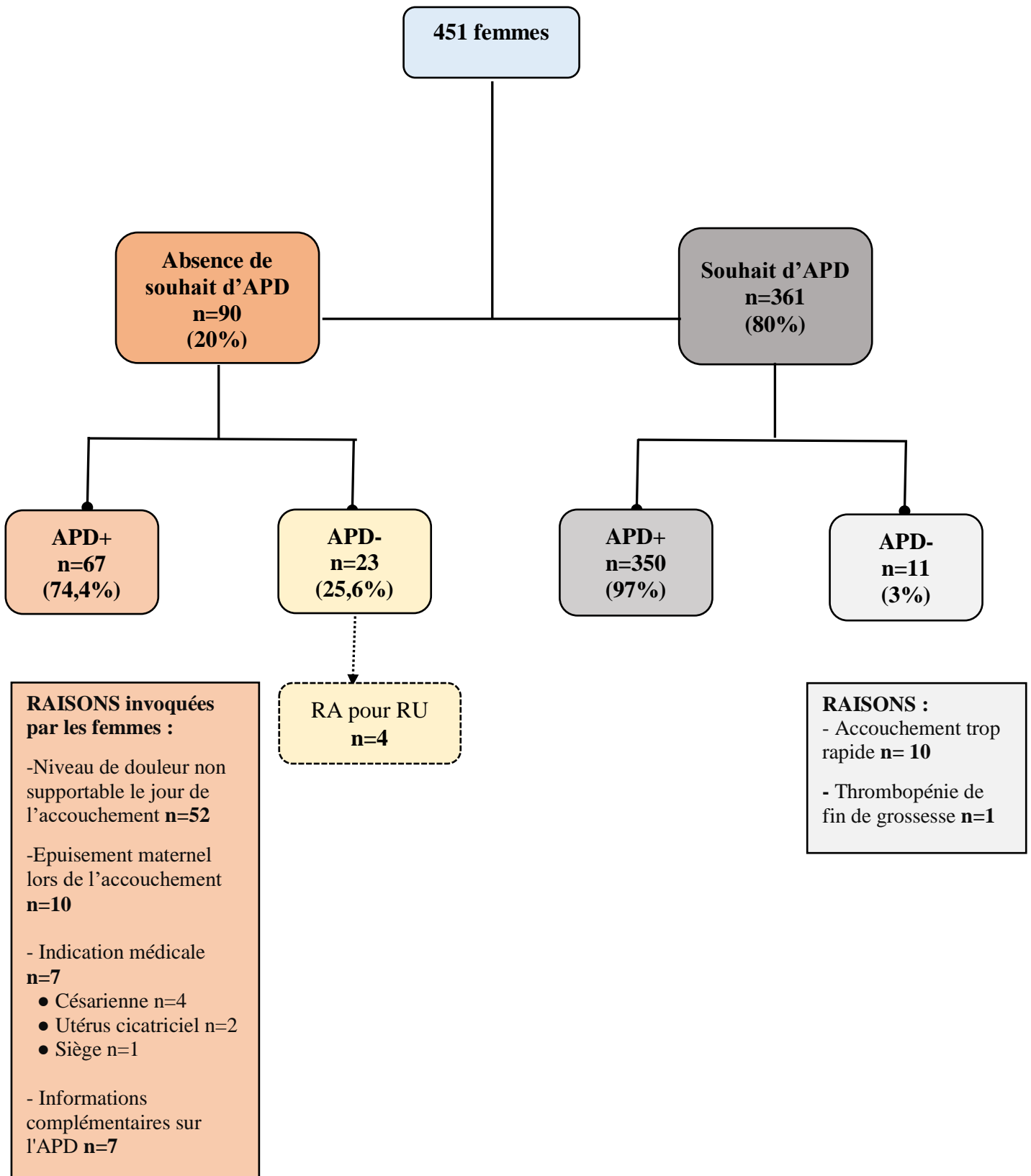
- l'intensité importante de la douleur (n=52, 78% des femmes avec inadéquation),
- un travail long avec épuisement maternel (n=10, 15% des femmes avec inadéquation),
- une indication médicale à une péridurale (n= 7, 10% des femmes avec inadéquation: césarienne (n=4), utérus cicatriciel (n=2), siège (n=1)),
- et enfin un manque d'information préalable (n=7, 10%).

Parmi ces 67 femmes qui ne souhaitaient pas initialement d'analgésie péridurale et qui ont accouché avec, 67% (n=45) exprimaient le souhait en post-partum de renouveler l'expérience d'accoucher avec une analgésie péridurale pour un éventuel accouchement futur, 28% (n=19) restaient hésitantes et 5% (n=3) souhaitaient un prochain accouchement sans.

Parmi les 23 femmes qui souhaitaient un accouchement sans analgésie péridurale et qui ont effectivement accouché sans, 4 ont néanmoins dû avoir une rachianesthésie secondairement pour réalisation d'une révision utérine. Parmi ces 23 femmes, 57% (n=13) exprimaient le souhait d'accoucher à nouveau sans analgésie péridurale pour un éventuel prochain accouchement ; 35% (n=8) hésitaient après cet accouchement ; 8% (n=2) aimeraient en bénéficier.

Parmi les 361 femmes (80%) qui souhaitaient une analgésie péridurale, 11 (4,5%) n'en n'ont pas eue : 10 du fait d'un accouchement trop rapide, 1 pour raison médicale (thrombopénie de fin de grossesse).

FIGURE 7- Représentation de la répartition de la population en fonction du souhait initial ou non d'analgésie péridurale et la prise en charge effective réalisée pour l'accouchement



4. Parmi les femmes qui ne souhaitaient pas d'analgésie péridurale, comparaison des caractéristiques maternelles, du travail et de l'accouchement entre les femmes avec adéquation et celles avec inadéquation

Parmi les femmes qui ne souhaitaient pas d'analgésie péridurale initialement, la proportion de nullipares était significativement augmentée chez les femmes qui en ont eu une par rapport à celles qui n'en n'ont pas eu en réalité (Tableau 3). Les autres caractéristiques maternelles ou de la grossesse et du suivi ne différaient pas significativement entre le groupe adéquation et inadéquation.

Concernant les caractéristiques de l'accouchement, les femmes ne souhaitant pas d'analgésie péridurale et qui en ont eu une accouchaient significativement moins souvent en salle nature, avaient un travail plus souvent d'une durée supérieure à 3h et accouchaient plus souvent par voie basse instrumentale ou par césarienne que les femmes qui ne souhaitaient pas d'analgésie péridurale et qui n'en n'ont pas eue. La satisfaction de ces femmes n'était pas différente entre les 2 groupes.

On notait également une différence significative entre les deux groupes quand les femmes étaient interrogées sur leur souhait d'analgésie péridurale pour un éventuel accouchement futur : 8,7 % des femmes du groupe adéquation souhaitaient accoucher avec une péridurale versus 67,2% dans le groupe inadéquation ($p < 0,001$).

TABLEAU 3- Comparaison des caractéristiques des femmes entre les groupes inadéquation (N=67) et adéquation (N=23) entre le souhait initial et la prise en charge effective dans le groupe de femmes qui ne souhaitait pas d'analgésie péridurale (N=90)

	Inadéquation N= 67 n(%)	Adéquation N= 23 n(%)	P
TOTAL n=90			
<i>Caractéristiques sociodémographiques et médicales des femmes</i>			
Age>35 ans	16 (23,9)	8 (34,8)	0,31
Nulliparité	48 (71,6)	9 (39,1)	0,005
Niveau d'études >bac+5	21 (31,3)	10 (43,5)	0,29
Sans emploi ou niveau< bac	23 (34,3)	4 (17,4)	0,18
CMU ou AME	10 (14,9)	0 (0)	0,06
Origine géographique étrangère	35 (52 ,2)	9 (39,1)	0,28
Niveau de douleur envisagé comme supportable correspondant à une ENS≥70 avant travail	43 (64,2)	20 (87)	0,06
<i>Caractéristiques de la grossesse ou du suivi</i>			
Suivi de grossesse par une sage-femme	41 (61,2)	13 (56,5)	0,69
Cours de préparation à l'accouchement (grossesse actuelle ou précédente)	40 (59,7)	18 (78,3)	0,11
<i>Caractéristiques de l'accouchement</i>			
Accouchement en salle nature	6 (9)	11 (47,8)	<0,001
ENS >8	38 (58,7)	12 (52,2)	0,71
Durée de travail>3H	56 (83,6)	7 (30,4)	<0,001
Césarienne en cours de travail ou extraction instrumentale pour AVB	19 (28,4)	0 (0)	0,002
Déclenchement	17(25,4)	2 (8,7)	0,14
Satisfaction en post-partum >7/10	49 (73,1)	16 (69,6)	0,74
Analgésie pour un éventuel accouchement futur :			
- Indécision	19 (28,3)	8 (34,7)	0,56
- Souhait de péridurale	45 (67,2)	2 (8,7)	<0,001

SYNTHESE ET PERSPECTIVES

1. Résultats principaux

De façon générale, l'inadéquation entre le souhait et la prise en charge effective concernant l'analgésie péridurale touche moins de 1 femme sur 5, mais concerne majoritairement les femmes qui souhaitent accoucher sans péridurale. Ces dernières considèrent pouvoir supporter des niveaux de douleur plus élevés que les femmes qui souhaitent une analgésie péridurale, sont proportionnellement plus suivies par des sages-femmes au cours de leur grossesse et privilégient des sources d'information humaines, d'origine médicale et auprès de leur entourage. Concernant les femmes qui ont accouché avec une analgésie péridurale qu'elles ne souhaitaient pas avant l'accouchement, la raison la plus fréquente de cette inadéquation est l'intensité importante de la douleur au cours du travail. Le manque d'information sur la péridurale n'est évoqué que dans une minorité de cas. Par rapport à celles qui accouchent effectivement sans analgésie péridurale et qui le souhaitaient, ces femmes sont plus souvent nullipares, avec un accouchement long et opératoire et accouchent moins souvent en salle nature. Les caractéristiques sociodémographiques et de la grossesse (en dehors de la parité) semblent être peu impliquées dans cette inadéquation.

2. Forces de l'étude

La force principale de notre étude est son design prospectif, permettant de s'affranchir de l'influence du déroulement de la consultation d'anesthésie et du vécu de l'accouchement sur les données initiales. Ce design a permis d'intégrer la dimension évolutive d'un projet de naissance, du souhait initial maternel à la réalité de l'accouchement en salle de naissance. De plus, la raison du changement d'avis des femmes était clairement collectée de manière individuelle. En effet, les données publiées sur le sujet sont principalement rétrospectives, le souhait d'analgésie péridurale ou non initial étant recueilli après l'accouchement. Seule l'étude de Goldberg publiée dans Birth en 1999 recueille cette donnée en anténatal lors des cours de préparation à l'accouchement (43).

Notre étude comprend également des données originales individuelles sur les sources d'information des patientes et les niveaux de douleur qu'elles pensent être capables de supporter pour l'accouchement.

Enfin, la qualité de nos données est bonne puisque cette étude comporte peu de données manquantes et peu de femmes perdues de vue.

3. Limites de l'étude

Il s'agit d'une étude monocentrique, réalisée dans une maternité présentant des caractéristiques spécifiques : la maternité de Port-Royal est une maternité de niveau 3 prenant en charge proportionnellement plus de grossesses à risque ou compliquées. Ce contexte est bien illustré par la proportion d'accouchement par césarienne supérieure à la moyenne nationale (25 contre 20%) d'une part, et le taux très important d'analgésie péridurale par rapport à la population générale (95% versus 70%). Cependant, une filière de prise en charge des femmes à bas risque a été développée avec notamment un suivi externalisé et la possibilité d'accoucher de manière la plus physiologique possible (accouchement en « salle nature ») pour les femmes qui en expriment le souhait. Le développement de cette salle nature est susceptible d'augmenter la proportion de femmes souhaitant accoucher sans analgésie péridurale.

Par ailleurs, la validité externe de nos résultats reste bonne car en dehors des taux plus élevés de péridurales et de césariennes, les autres caractéristiques des femmes diffèrent peu de celles de la population générale.

Nous n'avons pas relevé de données sur la charge de travail en salle de naissance le jour de l'accouchement des femmes. Or, on peut supposer que lorsque la charge de travail est importante en salle de naissance, la disponibilité des sages-femmes envers les parturientes est diminuée. Ce paramètre peut jouer pour les femmes souhaitant accoucher sans analgésie péridurale qui ont besoin d'un accompagnement important. Concernant la charge de travail de l'anesthésiste, cette variable joue plus sur l'inadéquation chez les femmes qui voulaient une péridurale et qui n'en n'ont pas eue.

Dans notre étude, parmi les femmes qui souhaitaient une analgésie péridurale, moins de 5% d'entre elles n'en ont pas eue et aucune du fait du manque de disponibilité de l'équipe d'anesthésie. En effet, du fait de la taille et du recrutement spécifique de la maternité Port-Royal, l'équipe d'anesthésie est composée au minimum de 4 personnes en permanence (dont 1 anesthésiste sénior et 2 internes). L'absence de réalisation de péridurale du fait de non disponibilité de l'équipe d'anesthésie est donc très faible.

L'effectif de femmes souhaitant accoucher sans analgésie péridurale est faible dans notre population, entraînant un manque de puissance pour explorer les facteurs associés à l'inadéquation dans ce contexte, en particulier par une analyse multivariée. Ceci est également expliqué en partie par le recrutement particulier de la maternité Port-Royal. On pourrait envisager de faire la même étude dans une maternité de niveau 1 très impliquée dans l'accompagnement des accouchements sans analgésie péridurale.

Toutes les femmes vues en consultation n'ont pas pu être incluses et celles qui l'ont été n'ont pas été tirées au sort. Cependant, elles ont été choisies au hasard de la programmation de la consultation d'anesthésie. Et les caractéristiques de notre population d'étude sont globalement comparables à celles des femmes qui ont accouché à Port-Royal en 2014. Les légères différences observées de caractéristiques des femmes de notre population d'étude et celle constituée de l'ensemble des femmes qui ont accouché à Port-Royal en 2014 s'expliquent principalement par le fait que les femmes ayant une césarienne programmée ne sont pas incluses dans notre population d'étude.

4. Analyse des résultats

4.1.Facteurs impliqués dans le souhait des femmes concernant l'analgésie péridurale avant l'accouchement

Dans notre étude, les femmes qui ne souhaitaient pas accoucher avec une analgésie péridurale avant l'accouchement étaient plus souvent suivies par une sage-femme et considéraient pouvoir

supporter des niveaux de douleurs statistiquement plus élevés que celles qui souhaitaient une analgésie péridurale. L'information reçue et sa nature ne semblaient pas impliquées dans ce choix.

Concernant le suivi par les sages-femmes, plus fréquent en cas d'absence de souhait d'analgésie péridurale, ce résultat peut s'expliquer par une probable sensibilisation plus importante des sages-femmes à l'accouchement sans péridurale que des obstétriciens d'une part, et d'autre part par un choix préférentiel des femmes qui souhaitent accoucher sans analgésie péridurale vers un suivi moins médicalisé par une sage-femme.

Conformément aux données connues dans la littérature, les sources d'information des femmes enceintes décrites dans l'étude sont multiples (39,44). Néanmoins, une minorité de femmes se documente à partir de sources non médicales et recourt aux médias. En particulier, la documentation sur internet ne concerne que 20% des femmes. La qualité de l'information sur internet pourrait expliquer en partie ce faible taux de consultation. En effet, une étude française de 2013 a montré que l'information disponible sur internet sur la péridurale obstétricale était de qualité médiocre avec en particulier un rang de référencement du site de la SFAR au sein des moteurs de recherche le rendant peu visible aux yeux du grand public (45). Les sources d'informations privilégiées par les femmes sont finalement celles d'origine humaine, médicale (sages-femmes, cours de préparation à la naissance) ou l'entourage.

L'étude française de Kpéa *et al.* réalisée à partir des données de l'ENP 2010 rapportait que les femmes ne souhaitant pas de péridurale avant l'accouchement étaient souvent jeunes (< 25 ans), multipares, avec un faible niveau d'études, ou encore souvent de nationalité étrangère (34). Dans notre étude, on note cette même tendance pour l'âge < 25 ans et la nationalité étrangère, mais les résultats ne sont pas significatifs. A contrario de l'étude de Kpéa *et al.*, une proportion plus importante de femmes nullipares souhaitent accoucher sans analgésie péridurale dans notre étude, de manière non significative. Ce résultat peut s'expliquer par un manque de puissance de notre étude et par un biais de recrutement (maternité de niveau 3, arrondissement favorisé à Paris). En

effet, les caractéristiques des femmes qui accouchent à Port-Royal ne sont pas totalement superposables à celles de la population générale, avec une proportion de femmes issues de milieu favorisé plus élevée à Port-Royal. Par ailleurs, dans l'étude de Kpéa *et al.*, les données sur le souhait des femmes concernant l'analgésie péridurale étaient recueillies a posteriori, ce qui peut induire un biais de mémorisation.

4.2. Inadéquation, données de la littérature

Dans notre étude, 3 femmes sur 4 qui ne souhaitaient pas d'analgésie péridurale en ont finalement bénéficié au cours de leur accouchement. L'étude française de Kpéa *et al.* rapporte une proportion inférieure, autour de 50%. Contrairement à notre étude, les motifs de changement d'avis des femmes ne sont pas colligés. Les autres données disponibles dans la littérature sur les taux d'inadéquation sont issues d'études américaines menées dans des établissements où les taux d'analgésie péridurale pour l'accouchement sont aussi élevés qu'en France (environ 80% des accouchements). Dans l'étude de Toledo menée à Chicago en 2008, réalisée dans une maternité de niveau III et réalisant 11 403 accouchements en 2010, 63% des femmes qui avaient l'intention d'accoucher sans péridurale accouchent finalement avec (44); dans l'étude de Goldberg menée prospectivement sur des nullipares à Boston, 57% des femmes ne souhaitant pas de péridurale accouchent finalement avec (43). La proportion de femmes qui accouchent avec analgésie péridurale non souhaitée initialement dans notre étude se situe donc dans la tranche haute des pourcentages connus dans la littérature. Ces variations peuvent s'expliquer par des différences entre les populations. Par exemple, dans l'étude de Goldberg, la population étudiée est une population majoritairement d'origine caucasienne, à haut niveau d'étude et disposant d'une prise en charge par assurance privée, en somme une population relativement favorisée par rapport à la population américaine globale.

4.3. Inadéquation chez les femmes qui ne souhaitent initialement pas d'analgésie péridurale

Dans notre étude, le facteur prépondérant invoqué par les femmes qui changent d'avis est l'intensité de la douleur au moment du travail. Cependant, en amont, le niveau de douleur supportable envisagé n'était pas différent chez les femmes ne souhaitant initialement pas d'analgésie péridurale entre celles qui ont accouché sans et celles qui ont en finalement voulu une au moment de l'accouchement. Néanmoins, il est à noter une tendance (non significative probablement par manque de puissance) avec une proportion moindre de femmes qui pensent tolérer des niveaux de douleurs élevés dans le groupe inadéquation. Ainsi, le travail et principalement son déroulement sont les facteurs principaux qui modifient le choix des femmes (niveau de douleur et circonstances du travail, non prévisibles en amont). Le suivi de la grossesse influence le choix initial mais pas l'inadéquation. Comme dans l'étude de Kpéa, hormis la nulliparité, les facteurs sociodémographiques n'influencent pas l'adéquation.

Ainsi, au vu de nos résultats, les facteurs qui peuvent jouer sur l'adéquation entre souhait et réalisation de la péridurale chez celles qui n'en souhaitaient pas ne semblent pas relever du manque d'information sur la technique de péridurale mais plus du manque d'information sur les niveaux de douleur vécus au cours du travail. Pour diminuer l'inadéquation chez les femmes qui ne souhaitent pas d'analgésie péridurale, on pourrait envisager une meilleure communication sur les formations anténatales visant à anticiper et améliorer le contrôle de la douleur du travail chez les parturientes et orienter ces femmes vers des préparations anténatales spécifiques. En France, depuis plus de trente ans, le Dr Bernadette De Gasquet, a été une des pionnières à entamer une réflexion sur les positions de l'accouchement visant à respecter au mieux la biomécanique. Elle a depuis développé une méthode largement diffusée dans les médias et auprès des professionnels de santé, qui propose une éducation personnalisée des patientes pour changer les erreurs biomécaniques de l'accouchement et du travail des abdominaux, tout en respectant la physiologie (46,47). La modification des postures lors de l'accouchement vise à améliorer de manière dynamique l'adaptation de la présentation aux

différents diamètres du bassin en orientant le fœtus et en modifiant ces diamètres en fonction des différentes étapes du travail et de la progression dans la filière génitale. Même si les preuves scientifiques robustes sont absentes dans la littérature scientifique, comme l'a rappelé le CNGOF, « il semble normal de permettre aux femmes de se mobiliser et d'utiliser différentes postures pendant le travail. Le bon sens et la physiologie vont dans ce sens » (48–50). De même, les techniques comme l'hypnose ou la sophrologie représentent des moyens à proposer aux parturientes leur permettant de disposer d'une gamme d'outils variés pour améliorer la gestion de la douleur le jour J, même si les preuves scientifiques de l'efficacité dans les publications sont faibles (51). Une préparation spécifique et de qualité centrée sur la gestion de la douleur s'impose pour permettre l'aboutissement d'un projet d'accouchement sans analgésie péridurale.

Plus de patientes accouchent en salle nature dans le groupe adéquation. La prise en charge globale proposée dans le cadre de cette salle permet probablement effectivement de mieux respecter leur choix. De plus, la maternité de Port-Royal ne disposant que d'une seule salle de ce type, il existe un biais de recrutement lié à l'orientation initiale privilégiée des femmes susceptibles d'accoucher sans péridurale dans cette salle. Ainsi, celles qui accoucheraient en salle nature sont probablement les mieux préparées et les plus décidées et bien orientées par les sages-femmes. Ceci corrobore notre hypothèse sur le rôle majeur de la préparation vis-à-vis de la douleur au cours du travail.

Enfin, que l'analgésie péridurale soit en adéquation avec leur choix initial ou non, de manière tout à fait rassurante, il faut noter que la satisfaction des femmes n'est pas modifiée. Celles qui ont eu une analgésie péridurale qu'elles ne souhaitaient pas initialement sont au final prêtes à renouveler l'expérience pour un prochain accouchement. Leur adhésion secondaire est finalement obtenue, soulignant la suprématie incontestée de cette technique pour l'analgésie du travail.

CONCLUSION

L'adéquation entre le souhait des femmes enceintes et la prise en charge effective de l'analgésie péridurale au cours du travail est principalement liée à la tolérance de la douleur lors du travail. Elle est très probablement souvent sous-estimée avant l'accouchement par les parturientes et de fait, parfois mal anticipée. La douleur représente l'indication princeps de péridurale chez celles qui n'en souhaitaient pas initialement. Il s'avère donc indispensable d'améliorer en amont la communication sur la douleur du travail et les niveaux atteints possiblement le jour J, en particulier proposer une préparation à l'accouchement ciblée sur le contrôle de la douleur chez les femmes qui souhaitent accoucher sans péridurale. Ces femmes doivent donc être bien identifiées afin de les accompagner au mieux dans la réussite de leur projet et les informer du caractère parfois imprévisible de certains paramètres le jour de l'accouchement nécessitant parfois des modifications entre le souhait initial et la prise en charge avérée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Cousin M-T. L'anesthésie-réanimation en France, Des origines à 1965, Tome I: Anesthésie. L'Harmattan;
2. Chaouky H. Histoire de l'anesthésie [Internet]. 2011. Available from: <http://chaouky.blog.lemonde.fr/2011/03/15/histoire-de-lanesthesie/>
3. Bonnet MP. Hémorragie du postpartum: profil épidémiologique et évaluation des pratiques d'anesthésie-réanimation en France. Université Pierre et Marie Curie-Paris VI; 2014.
4. Frölich MA, Caton D. Pioneers in epidural needle design. *Anesth Analg*. 2001;93(1):215–220.
5. Blondel B, Bréard G, du Mazaubrun C, Badeyan G, Wcislo M, Lordier A, *et al*. The perinatal situation in France. Trends between 1981 and 1995. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 1996 Dec;26(8):770–80.
6. Redshaw M, Henderson J. Safely delivered: a national survey of women's experience of maternity care 2014.
7. Fourcade O, Geeraerts T, Minville V, Kamran S. *Traité d'Anesthésie et de Réanimation (4ème édition)*. Lavoisier. 2014.
8. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. *Rev Sage-Femme*. 2012;11(3):128–143.
9. Friedman EA. Primigravid Labor: A graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol*. 1955;6(6):567–589.
10. Friedman E. Labor in multiparas; a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol*. 1956 Dec;8(6):691–703.
11. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, *et al*. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol*. 2010;116(6):1281.
12. Kayem G. Déroulement du travail, nouvelles courbes de définition, lignes d'alerte et gestion de la dystocie. CNGOF 38ème journées nationales Paris 2014.
13. Mercier F. Douleur du travail et de l'accouchement: place de l'analgésie péridurale. CNRD. 2004 Juin;
14. Boulay G, Simon L, Hamza J. Analgésie et anesthésie au cours de l'accouchement. *Obstétrique* 5-049--80. 2002;21p.
15. Melzack R. The myth of painless childbirth (The John J. Bonica Lecture): Pain. 1984 Aug;19(4):321–37.

16. Ranta P, Spalding M, Kangas-Saarela T, Jokela R, Hollmén A, Jouppila R, *et al.* Maternal expectations and experiences of labour pain — options of 1091 Finnish parturients. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1995 Jan 1;39(1):60–6.
17. Melzack R. Labour pain as a model of acute pain: *Pain.* 1993 May;53(2):117–20.
18. Pain Relief During Labor - ACOG [Internet]. [cited 2015 Dec 10]. Available from: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Pain-Relief-During-Labor>
19. Jones L. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *J Evid-Based Med.* 2012;5(2):101–102.
20. Hawkins JL, Koonin LM, Palmer SK, Gibbs CP. Anesthesia-related deaths during obstetric delivery in the United States, 1979-1990. *Anesthesiology.* 1997 Feb;86(2):277–84.
21. Stalla-Bourdillon A, Moyano G, Levenet S, Hoffmann C, Mercier FJ. Influence de l’analgésie locorégionale sur la mécanique obstétricale. *Anesth Réanimation.* 2015;1(2):167–172.
22. Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;12.
23. Van der Vyver M, Halpern S, Joseph G. Patient-controlled epidural analgesia versus continuous infusion for labour analgesia: a meta-analysis. *Br J Anaesth.* 2002;89(3):459–465.
24. Chassard D, Bouvet L, Morau E. Le mode PIEB en analgésie obstétricale Patient intermittent epidural bolus.
25. Morau E. Analgésie Périmédullaire pour le travail obstétrical en 2015. 2015;
26. Leighton BL, Halpern SH. The effects of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(5):S69–S77.
27. Sharma SK, McIntire DD, Wiley J, Leveno KJ. Labor Analgesia and Cesarean Delivery An Individual Patient Meta-analysis of Nulliparous Women. *J Am Soc Anesthesiol.* 2004;100(1):142–148.
28. Wang F, Shen X, Guo X, Peng Y, Gu X, others. Epidural Analgesia in the Latent Phase of Labor and the Risk of Cesarean Delivery: A 5-year Randomized Controlled Trial. *Obstet Anesth Dig.* 2010;30(3):185–187.
29. Ohel G, Gonen R, Vaida S, Barak S, Gaitini L. Early versus late initiation of epidural analgesia in labor: does it increase the risk of cesarean section? A randomized trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194(3):600–605.
30. Chestnut DH, McGrath JM, Vincent Jr RD, Penning DH, Choi WW, Bates JN, *et al.* Does early administration of epidural analgesia affect obstetric outcome in nulliparous women who are in spontaneous labor? *Anesthesiology.* 1994;80(6):1201–1208.
31. Wong CA, Scavone BM, Peaceman AM, McCarthy RJ, Sullivan JT, Diaz NT, *et al.* The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor. *N Engl J Med.* 2005;352(7):655–665.

32. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(5):S160–S172.
33. Le Ray C, Goffinet F, Palot M, Garel M, Blondel B. Factors Associated with the Choice of Delivery without Epidural Analgesia in Women at Low Risk in France. *Birth*. 2008;35(3):171–8.
34. Kpéa L, Bonnet M-P, Le Ray C, Prunet C, Ducloy-Bouthors A-S, Blondel B. Initial Preference for Labor Without Neuraxial Analgesia and Actual Use: Results from a National Survey in France. *Anesth Analg*. 2015;121(3):759–766.
35. Stark MA. Exploring women's preferences for labor epidural analgesia. *J Perinat Educ*. 2003;12(2):16.
36. Sheiner E, Sheiner EK, Shoham-Vardi I, Gurman GM, Press F, Mazor M, *et al*. Predictors of Recommendation and Acceptance of Intrapartum Epidural Analgesia: *Anesth Analg*. 2000 Jan;90(1):109.
37. Séjourné N, Callahan S. Women's motivations to give birth with or without epidural analgesia. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2013;42(1):56–63.
38. Hueston WJ, McClafflin RR, Mansfield CJ, Rudy M. Factors associated with the use of intrapartum epidural analgesia. *Obstet Gynecol*. 1994;84(4, Part 1):579–582.
39. Harkins J, Carvalho B, Evers A, Mehta S, Riley ET. Survey of the factors associated with a woman's choice to have an epidural for labor analgesia. *Anesthesiol Res Pract*. 2010;2010.
40. Koteles J, de Vrijer B, Penava D, Xie B. Maternal characteristics and satisfaction associated with intrapartum epidural analgesia use in Canadian women. *Int J Obstet Anesth*. 2012 Oct;21(4):317–23.
41. Toledo P, Sun J, Peralta F, Grobman WA, Wong CA, Hasnain-Wynia R. A qualitative analysis of parturients' perspectives on neuraxial labor analgesia. *Int J Obstet Anesth*. 2013 Apr 1;22(2):119–23.
42. Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Med*. 2008;6(1):7.
43. Goldberg AB, Cohen A, Lieberman E. Nulliparas' preferences for epidural analgesia: their effects on actual use in labor. *Birth*. 1999;26(3):139–143.
44. Toledo P, Sun J, Grobman WA, Wong CA, Feinglass J, Hasnain-Wynia R. Racial and ethnic disparities in neuraxial labor analgesia. *Anesth Analg*. 2012;114(1):172–178.
45. Espitalier F, De Lamer S, Barbaz M, Remérand F, Fusciardi J, Laffon M. Qualité de l'information médicale et péridurale obstétricale: quoi de neuf en 2013? In: *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. Elsevier; 2014. p. A351–A352.
46. de Gasquet B. *Accouchement: la méthode de Gasquet*. Marabout; 2012.
47. Ducloy-Bouthors A-S, De Gasquet B, Davette M, Cuisse M. Postures maternelles pendant le travail: description et interférence avec l'analgésie péridurale. In: *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*. Elsevier; 2006. p. 605–608.

48. Racinet C, Brement S, Lucas C. Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement- CNGOF 32ème journées nationales (Paris 2008).
49. Schaal J-P, Equy V, Hoffmann P. Postures au cours du travail (sans l'expulsion)- CNGOF 32ème journées nationales (Paris 2008).
50. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Sao Paulo Med J. 2011;129(5):362–362.
51. Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. Cochrane Libr. 2016;

ANNEXES

accouchement

- Je souhaite avoir une péridurale pour augmenter la sécurité autour de mon accouchement
 - Je me sens incapable d'accoucher sans péridurale
 - Mon entourage (famille, amies) a eu une bonne expérience de la péridurale
 - Autre(s) raison(s), précisez _____
-

6) Si vous ne souhaitez pas accoucher avec péridurale, pour quelle(s) raison(s) ? *Cochez la ou les réponses exactes*

- Je veux un accouchement naturel
 - Je veux tout sentir
 - Je veux tester mes limites
 - Je veux être maître de mon accouchement
 - J'apprends trop la piqûre
 - J'ai peur des complications
 - J'ai peur d'avoir mal au dos après
 - J'ai une mauvaise expérience lors d'un précédent accouchement
 - Quelqu'un dans mon entourage a eu une mauvaise expérience avec la péridurale lors de son accouchement
 - J'ai lu sur internet ou dans les magazines des informations qui m'ont convaincue de ne pas avoir de péridurale
 - Autre(s) raison(s), précisez _____
-

7) Quel que soit votre choix concernant la péridurale, qui vous a aidé à prendre votre décision ?
Cochez la ou les réponses exactes

- J'ai décidé seule
 - Mon conjoint
 - Mes parents
 - Ma famille (autre que mes parents)
 - Mes amies
 - Ma sage-femme
 - Autre(s), précisez _____
-

8) Avant votre consultation d'anesthésie, aviez-vous déjà des informations sur la péridurale?

- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
- Si oui, par quel(s) moyen(s) avez-vous eu ces informations ? *(Cochez la ou les réponses exactes)*
- Ma sage-femme en consultation au cours de mon suivi
 - Mon obstétricien en consultation au cours de mon suivi
 - J'ai regardé sur internet
 - J'ai lu des magazines
 - Mon entourage (famille, amies) m'a informée
 - J'ai regardé des émissions de télévision
 - J'ai déjà eu une péridurale
 - Autres : _____

QUESTIONNAIRE

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POUR LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT (PARTIE 2- APRES L'ACCOUCHEMENT)

ETIQUETTE PATIENT

NOM (3 PREMIERES LETTRES) : _____

PRENOM (3 PREMIERES LETTRES) : _____

DATE : _____

DATE DE VOTRE ACCOUCHEMENT : _____

1) En consultation d'anesthésie, l'anesthésiste vous a-t-il donné des informations sur la péridurale (technique, avantages, inconvénients ...) ?

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

2) Si oui, comment estimez-vous avoir été informée sur la péridurale en consultation d'anesthésie ?

- De manière suffisante
 De manière insuffisante
 Je ne sais pas

3) Avez-vous lu les documents écrits distribués lors de la consultation d'anesthésie sur la péridurale ?

- Oui
 Non
 Je n'ai pas reçu ces documents

4) Vous a-t-on clairement demandé (sage-femme, anesthésiste) le jour de l'accouchement si vous souhaitiez une péridurale ?

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

5) Avez-vous eu une péridurale lors de votre accouchement ?

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

Si vous avez eu une péridurale, merci de répondre aux questions 6 à 13

Si vous n'avez pas eu de péridurale, merci de répondre aux questions 13 à 17

6) **Si vous avez eu une péridurale**, avez-vous le sentiment d'avoir vraiment eu le choix concernant la péridurale, de décider vous-même sans être influencée ?

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

7) **Si vous avez eu une péridurale**, quel a été votre niveau de douleur ?

Entre 0 (aucune douleur) et 10 (la douleur maximale que l'on puisse imaginer), entourez le chiffre qui correspond le mieux

→Avant péridurale

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*Aucune
douleur*

*Douleur maximale
imaginable*

→Après péridurale

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucune douleur *Douleur maximale imaginable*

8) Globalement, êtes-vous satisfaite de la prise en charge de la douleur lors de votre accouchement? Entre 0 (absolument pas satisfaite) et 10 (totalement satisfaite), entourez le chiffre qui correspond le mieux

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Absolument pas satisfaite *Totalement satisfaite*

9) **Si vous avez eu une péridurale** et que vous n'êtes pas satisfaite, pouvez-vous en préciser la/les raisons?
Cochez une ou plusieurs réponses

- La péridurale était trop forte
- Je n'ai pas assez senti mon accouchement
- J'ai eu mal malgré la péridurale
- La péridurale ne fonctionnait pas du tout
- La péridurale ne fonctionnait pas assez
- La péridurale ne fonctionnait que d'un côté
- J'ai dû être piquée de nombreuses fois pour la pose
- Autre(s), précisez : _____

10) Avez-vous eu le sentiment de contrôler votre douleur vous-même par la technique de péridurale dont vous avez bénéficié ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

11) Si vous deviez accoucher une autre fois, souhaiteriez-vous une péridurale ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

12) **Si vous avez eu une péridurale et qu'au départ vous n'en souhaitiez pas**, pourquoi avez-vous changé d'avis le jour de l'accouchement ?

- J'avais trop mal lors de l'accouchement
- Je ne pensais pas que les contractions allaient être si douloureuses
- Il y avait un risque de césarienne et je ne voulais pas être endormie complètement pour l'accouchement
- Je me suis mieux renseignée sur la péridurale
- Autres, précisez : _____

13) **Si vous n'avez pas eu de péridurale**, quel a été votre niveau de douleur ?

Entre 0 (aucune douleur) et 10 (la douleur maximale que l'on puisse imaginer), entourez le chiffre qui correspond le mieux

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucune douleur *Douleur maximale imaginable*

14) **Si vous n'avez pas eu de péridurale**, vous a-t-on proposé d'autres techniques pour vous aider à gérer la douleur ?

- Non, on ne m'a rien proposé
- oui

si oui s'agissait-il de :

- Sophrologie
- Hypnose

QUESTIONNAIRE

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POUR LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT (PARTIE ANESTHESISTE)

ETIQUETTE PATIENT

Date prévue de l'accouchement : _____

Situation :

- Mariée/Pacsée
- Vie en concubinage
- Célibataire

Nationalité : _____

Pays d'origine _____

Profession _____

Age : _____

BMI : _____

Couverture sociale : _____

Antécédents obstétricaux :

Grossesse suivie : Oui Non

Par une sage-femme Par un obstétricien

Pathologie de la grossesse : Diabète gestationnel HTA gravidique Pré éclampsie Anomalies du bilan hépatique

Autres : _____

Terme de l'accouchement : _____

Mode d'accouchement :

- Voie basse
- Voie basse avec manœuvres instrumentales
- Césarienne en urgence

Indication : _____

Travail : Spontané Déclenché

Durée du travail : _____

Prise en charge anesthésique lors de l'accouchement :

- Aucune
- Péridurale
- Rachianesthésie
- Péri-rachianesthésie combinée
- Anesthésie générale
- Autre (PCA Rémifentanyl)

Si APD, dilatation cervicale à la pose de péridurale : _____

Précisez si

- Grossesse gémellaire
- Siège

ANNEXE 2 : Lettre d'information aux femmes

LETTRÉ D'INFORMATION SUR LE QUESTIONNAIRE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR POUR LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT

Madame,

Un accouchement peut s'accompagner d'une douleur forte à intense. Il existe plusieurs techniques pour prendre en charge cette douleur. La technique la plus fréquemment proposée en France et à la maternité Port-Royal est la péridurale.

Cependant, en dehors de cas très particuliers où il peut y avoir une indication médicale, la péridurale vous est proposée uniquement pour votre confort, elle est réalisée à votre demande et elle ne peut vous être imposée. Lorsqu'aucun risque n'a été identifié pour vous ou pour votre enfant, vous avez donc le choix d'avoir ou de ne pas avoir une péridurale pour votre accouchement.

Face à ce choix laissé aux femmes, nous nous interrogeons actuellement sur l'information que les femmes reçoivent concernant la péridurale, sur les motivations des femmes à choisir d'avoir ou de ne pas avoir une péridurale pour leur accouchement, ainsi que sur le respect de ce choix. C'est pourquoi nous avons décidé de réaliser une enquête au sein de la maternité Port-Royal. Cette enquête est réalisée sous forme de questionnaire anonymisé.

Si vous acceptez de participer, vous aurez à remplir aujourd'hui la 1^{ère} partie du questionnaire, à l'issue de votre consultation d'anesthésie. La 2^{ème} partie du questionnaire vous sera remise après votre accouchement lors de votre hospitalisation.

Cette enquête ne modifie en rien votre prise en charge. Vous êtes totalement libre de ne pas y répondre sans conséquence sur votre prise en charge et les relations avec notre équipe d'anesthésie

Les données recueillies au cours de cette enquête sont strictement confidentielles. Conformément aux dispositions des articles 62 à 66 de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification auprès du médecin de l'étude.

Les résultats de cette enquête permettront de mieux connaître l'information que les femmes ont reçue et leurs souhaits vis-à-vis de la prise en charge de leur douleur au cours de leur accouchement. Cette enquête participe donc à l'amélioration de la prise en charge de la douleur des femmes qui accouchent à Port-Royal.

Nous vous remercions par avance pour votre participation.

L'équipe anesthésique et obstétricale de la maternité Port-Royal

RESUME

Adéquation entre le souhait des femmes enceintes et la prise en charge effective de l'analgésie péridurale au cours du travail obstétrical

Introduction: L'objectif principal était de décrire l'inadéquation entre le souhait des femmes et la prise en charge effective lors du travail.

Méthode: Cette enquête prospective observationnelle monocentrique a été réalisée de janvier à avril 2015. Des femmes identifiées au hasard étaient interrogées par questionnaires avant la consultation d'anesthésie et après l'accouchement sur leur souhait concernant l'analgésie péridurale (APD) et sur l'analgésie finalement réalisée. Les caractéristiques des femmes et de l'accouchement étaient comparées entre les femmes qui souhaitaient une APD et celles qui n'en voulaient pas initialement, puis parmi les femmes qui ne souhaitaient pas d'APD, entre celles qui n'en avaient pas eue et celles qui en avaient eue une (inadéquation).

Résultats: 451 femmes ont été incluses, 80% souhaitaient une APD. Les femmes qui n'en souhaitaient pas initialement considéraient supporter des niveaux de douleur plus élevés, étaient plus souvent suivies par des sages-femmes (60 versus 43,8%, $p < 0,01$), et privilégiaient des sources d'information humaines par rapport aux femmes souhaitant une APD. Parmi les femmes qui ont accouché avec APD qu'elles ne souhaitaient pas initialement (75% d'entre elles), la raison principale était l'intensité de la douleur. Par rapport aux femmes accouchant comme souhaité sans APD, les femmes avec inadéquation étaient plus souvent nullipares, avaient un accouchement plus long et opératoire.

Conclusion: Les facteurs d'inadéquation sont principalement liés au travail. Pour accompagner un projet d'accouchement sans APD, la communication sur la douleur du travail et sur les moyens disponibles pour la contrôler doit être améliorée.

Mots clés : analgésie péridurale, souhait des femmes, travail obstétrical

Adequacy between initial preference and actual use of neuraxial analgesia for labor pain relief

Abstract :

Background: The main objective was to describe the inadequacy between women's initial preference for labor and its actual use at delivery.

Methods: This observational prospective single-center study was conducted from January to April 2015. Women randomly identified answered to 2 written surveys about their preference for neuraxial analgesia (NA) and the analgesia finally used at delivery: one just before the preanesthetic assessment and the second after birth. Characteristics of women and childbirth were compared between women who initially preferred NA and those who did not, and then, among women who did not prefer NA, between those who had one and those who did not (inadequacy).

Results: 451 women were included, 80% initially preferred NA for labor analgesia. Women who did not initially prefer NA considered being able to cope with higher levels of pain, had their follow-up more often by midwives (60 versus 43.8%, $p < 0.01$) and favored information from human sources than women who preferred not having a NA. Among women who delivered with NA not initially preferred (75% of them), the main reason was pain intensity. Compared with women who delivered without NA as preferred, women with inadequacy were significantly more often nulliparous, had a longer and more often operative delivery.

Conclusion: Factors of inadequacy are mainly related to labor. Communication about labor pain and the means available to cope with it must be improved.

Keywords : neuraxial analgesia, women's preference, labor pain

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06