

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° 205

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

La consultation pré-anesthésique en obstétrique
Évaluation des pratiques dans deux maternités d'Île-de-France

Présentée et soutenue publiquement
le 30 septembre 2016

Par

Bernadette Tamijselvi ANANDANE

Née le 24 mars 1988 à Paris (75)

Dirigée par M. Le Professeur Dan Benhamou, PU-PH

Jury :

M. Le Professeur Christophe Baillard, PU-PH..... Président

M. Le Professeur Sadek Beloucif, PU-PH

M. Le Docteur Kamel Rezig, PH



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

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements

Liste des abréviations

I. La consultation pré-anesthésique

- A. Aspects réglementaires
- B. Objectifs de la consultation
- C. Consultation pré-anesthésique en obstétrique

II. Matériels et méthodes

- A. Type d'étude
- B. Population
- C. Considérations éthiques
- D. Recueil de données
- E. Analyse statistique

III. Résultats

- A. Population étudiée
- B. Modalités de la consultation pré-anesthésique
- C. Implication pour la prise en charge obstétricale

IV. Discussion

- A. Épidémiologie en maternité
- B. De l'exception française
- C. Organisation et limites
- D. Sortir de la norme
- E. Un regard éthique
- F. Des perspectives d'avenir

V. Conclusion

VI. Références bibliographiques

VII. Résumé

VIII. Annexes

Remerciements

À **Monsieur le Professeur Christophe Baillard**, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger de la qualité de ce travail dont vous avez participé à la création. Vous m'avez encouragée dans mon cursus depuis mes premiers pas en anesthésie-réanimation et soutenue dans mes projets les plus atypiques. Voilà pour moi l'occasion d'exprimer ma gratitude et mes sincères remerciements.

À **Monsieur le Professeur Dan Benhamou**, je vous remercie d'avoir su donner forme à l'ébauche de travail de thèse que je vous avais soumise, et de m'avoir patiemment guidée et encadrée. Votre expertise en anesthésie obstétricale et vos conseils avisés m'ont été d'une aide précieuse.

À **Monsieur le Professeur Sadek Beloucif**, je vous remercie de votre soutien sans faille et de votre bienveillance tout au long de mon parcours. Je vous suis infiniment reconnaissante de la confiance que vous m'avez accordée en m'acceptant au sein de votre équipe pour les années à venir. *The Sky is the Limit...*

Au Docteur Kamel Rezig, je te remercie de me faire l'honneur de participer à ce jury. Ton regard critique, tes contributions et ton dynamisme tout au long du déroulement de ce travail m'ont été d'un immense soutien.

Achever ce manuscrit qui porte sur une thématique obstétricale me donne l'impression d'être délivrée de ce travail au terme de nombreux mois de gestation intellectuelle. Et alors même que la grossesse a pour but de conduire à une naissance et compléter une famille, voilà venu pour moi le moment de contempler les miennes...

Regardons vers l'avenir, pour commencer. Vers la famille d'**Avicenne** qui s'apprête à m'adopter, à me voir revenir grandie dans cet univers où j'ai découvert l'anesthésie-réanimation il y a maintenant cinq ans. Merci à cette chaleureuse équipe de m'avoir permis de m'épanouir dans cette spécialité dès mon premier semestre, et de constituer le cadre où j'aspire à continuer de parfaire mon exercice.

Toute proche figure la grande famille qui a contribué à ma formation : mes **terrains de stage** où j'ai eu l'occasion de vivre des expériences intenses. **Montreuil, Beaujon, Bicêtre, Lariboisière, la Pitié-Salpêtrière, l'Hôpital Privé d'Antony, et le SAMU/SMUR de Versailles**. Merci à mes Maîtres d'internat, à mes chefs, infirmiers et infirmiers-anesthésistes, pour vos enseignements et votre patience.

Cette famille-là serait bien incomplète sans mes **co-internes**, prochainement confrères et consoeurs, souvent devenus bien plus que de simples collègues...

À **Aïcha, Caroline, Lara, Mathilde et Stéphanie**, témoins de mes débuts dans la frénésie de l'internat, fine équipe des **Princesses** d'Avicenne qui m'a fait comprendre l'importance d'une dynamique de groupe positive dans notre vie professionnelle comme personnelle.

À **Fabien**, ami sincère et fidèle, ta spontanéité n'a d'égale que ta générosité sans limites. Au plaisir de fonder ensemble notre GH 93 dans un futur proche !

À **ma brillante Pauline**, impressionnante mine de savoir perchée sur ses jolis Louboutin, sans qui mon internat aurait été bien moins rose (et mes stats bien plus obscures !). Merci de ton amitié précieuse et de ta convivialité si naturelle. Un belle aventure t'attend à deux heures de Paris, puissent tes choix avisés te conduire vers l'avenir heureux que tu mérites.

À **Virginie**, ma surprenante rencontre de mi-parcours, découverte petit à petit en réanimation à Lariboisière. Je reste touchée par ta sensibilité et ton grain de folie qui rend le monde plus vivant à mes yeux. Te voilà lancée dans un ambitieux parcours à ta hauteur, pour lequel je te souhaite d'être comblée de réussite et de satisfaction, personnelle et professionnelle.

À **mon cercle britannique**, spontanément créé au fil d'un semestre en réanimation à **Londres**, qui m'a tant soutenue pour que je profite au mieux de cette folle expérience.

À **la joyeuse bande à Mathieu**, comprenant également **Camille, Marine**, et les pièces rapportées... Merci de votre bonne humeur qui a illuminé bien des jours de l'été intense que nous avons passé ensemble, merci pour cette alchimie qui perdurera bien longtemps encore...

À **mes sympathiques urgentistes du SMUR de Versailles** qui ont accepté mes fantaisies d'*anesthésiste - trait d'union - réanimateur*, mes tous derniers co-internes de bout de cursus. Merci pour cette complicité naturelle et ces agréables moments de partage. Vous rencontrer au décours de ce semestre en dehors de ma zone de confort aura été une surprise inespérée !

Sortir de ma zone de confort, voilà une obsession qui aura été récurrente pendant mon cursus. Il m'aurait été difficile de m'en extirper sans les personnes suivantes, véritables **tremplins** qui ont permis de rendre mon parcours plus exotique :

À **Stéphane Racine**, mentor malgré toi, qui m'as fait miroiter des perspectives d'avenir atypiques... J'espère mettre à profit ma jeunesse pour vivre les aventures que tu m'as faites envisager.

À **Élie-Paul Cohen**, sans qui mon expérience londonienne n'aurait été qu'un rêve. Merci de ton altruisme qui a contribué à le rendre possible.

À **Thomas Loewenhaupt**, merci de ta confiance et de tes conseils bienveillants qui m'ont poussée à tenter l'aventure des remplacements, de l'assistance médicale, jusqu'aux confins du *SilkWay Rally*, et certainement d'autres péripéties à écrire.

Plus ancienne, mais pas moins solide, ma **famille d'affection** reste prépondérante :

À **Céline**, soeur spirituelle depuis mes débuts sur les bancs des Saints-Pères. Le temps nous éloigne mais notre amitié perdure. Je serai heureuse de te compter parmi mes proches à l'occasion de la soutenance de cette thèse.

Aux camarades de fac qui m'ont vue évoluer depuis mes débuts en médecine, éparpillés dans l'Hexagone, nos chemins se croisent parfois aux quatre coins du monde, de Pondichéry à Sydney, menant vers des avenir toujours plus prometteurs...

À **la bande du lycée Jacques Brel et à ceux qui s'y sont greffés** : **Pauline et Marine**, pour nos expéditions au bout du monde comme nos soirées cosmo à refaire le monde et théoriser les relations humaines ; **Nafiz**, frère et futur témoin potentiel, **Anissa, Sabine, Azad et Yusra, Zakaria et Fatimata, Jonathan et Fleur, Fred et Becky**, partis au bout du monde, **Lily** dont le retour d'Océanie s'annonce proche, ... jusqu'à **Vanessa**, côtoyée depuis mes toutes premières années de vie et dont l'heureux mariage arrive bien vite ! Notre groupe s'agrandit tout au long de nos chemins audacieux qui parfois nous éloignent quelques temps... Pussions-nous toujours nous retrouver au fil d'événements festifs, mariages, naissances, crémaillères, au détour d'un *iftar* ou autour de notre table habituelle lors d'une soirée rituelle au **Bosphore**. Je serai honorée de votre présence à mes côtés en ce moment particulier de ma vie.

A la famille originelle, la famille de sang sans qui rien n'aurait été possible :

À **Kiruthiga et Ramanujam**, pour les souvenirs d'une enfance que nous avons partagée et un soutien dont j'apprécie la valeur.

À **mes parents** : vos combats, vos peines et votre persévérance n'auront pas été vains. J'espère pouvoir vous apporter la fierté et le bonheur que vous méritez. Merci de m'avoir épaulée depuis toujours, transmis vos valeurs solides, et permis de devenir celle que je suis. Ma reconnaissance est sans limites.

Liste des abréviations

ASA : American Society of Anesthesiologists

CPA : Consultation Pré-Anesthésique

GHR : Grossesse à Haut Risque

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

SA : Semaines d'Aménorrhée

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

I. La consultation pré-anesthésique

A. Généralités

1) Objectifs de la consultation

Dès 1949, Lee ¹ décrit la consultation pré-anesthésique (CPA) comme étant nécessaire à l'optimisation pré-opératoire du patient, afin d'être dans les meilleures conditions lors de l'intervention chirurgicale et ainsi permettre une réhabilitation post-opératoire adéquate. Dans son article visionnaire paru dans *Anaesthesia*, il mentionne ainsi la nécessité d'évaluer et d'améliorer en pré-opératoire la fonction respiratoire, l'état dentaire, la fonction cardiovasculaire, et l'état hydro-électrolytique du patient, ainsi que de prévoir une gestion anticipée de l'anémie et de la dénutrition.

Exercice délicat de la pratique de l'anesthésie-réanimation, la CPA est donc une étape essentielle du parcours péri-opératoire de tout patient. C'est en effet de sa qualité que dépend l'une des bases fondamentales de notre spécialité : l'anticipation du risque péri-opératoire.

Une CPA bien conduite comprend les étapes suivantes ^{2,3} :

- *Étude du dossier médical du patient* : il est nécessaire de rassembler les éléments du dossier médical, comprenant idéalement une demande de consultation d'anesthésie qui décrit le geste chirurgical ou interventionnel prévu pour le patient.

- *Réalisation de l'examen clinique* : l'interrogatoire du patient a pour but de recueillir ses antécédents médicaux, chirurgicaux et anesthésiques, d'éventuelles allergies, la liste de ses traitements en cours, son mode de vie, son degré d'autonomie ainsi que sa tolérance à l'effort. L'examen physique prendra en compte le recueil du poids et de la taille du patient, la recherche de critères de ventilation au masque difficile ou d'intubation difficile, et un examen somatique orienté par les antécédents et le geste chirurgical envisagé.

- *Demande d'un avis spécialisé ou d'examens complémentaires* : celle-ci doit s'envisager en fonction du terrain ou du type de chirurgie, en cas d'anomalies à l'examen clinique nécessitant une exploration adaptée, dans le respect des recommandations en vigueur.

- *Prévoir une stratégie anesthésique* : ce point constitue la conclusion de la partie médicale de la CPA et décrit les lignes directrices de la prise en charge péri-opératoire. Ainsi doivent figurer le score ASA du patient, le protocole d'anesthésie proposé, l'antibioprophylaxie choisie, les résultats de l'évaluation du risque d'intubation difficile et les techniques à envisager, l'anticipation du risque hémorragique et les éventuelles méthodes d'épargne sanguine et stratégies transfusionnelles à mettre en place, le monitoring proposé, le protocole d'analgésie post-opératoire, les éventuelles modifications du traitement personnel du patient et relais à entreprendre, ainsi que la prescription d'une prémédication si nécessaire. L'orientation post-opératoire est également à décider, afin d'organiser en amont le parcours du patient si celui-ci nécessite une surveillance prolongée en salle de surveillance post-interventionnelle ou un transfert en réanimation ou en unité de soins continus au décours de son intervention.

- *Information et obtention de l'accord du patient* : il s'agit là de l'étape finale, impliquant la communication au patient d'une information claire, loyale, adaptée et pédagogique. Elle se doit de résumer en des termes simples la stratégie péri-opératoire envisagée, en mentionnant ses risques et bénéfices. Des documents d'information adaptés à chaque situation spécifique peuvent être remis au patient, néanmoins ils ne se substituent aucunement à l'information orale délivrée par le praticien. Il est nécessaire de colliger dans le dossier d'anesthésie le fait que ces informations ont été communiquées. Cette dernière étape de la CPA est également l'occasion pour le patient de poser des questions à l'anesthésiste-réanimateur concernant sa prise en charge péri-opératoire. À l'issue de ce colloque singulier, le consentement éclairé du patient concernant sa prise en charge à venir pourra être recueilli.

2) Conséquences de la consultation

En dehors de la compréhension de l'état clinique du patient, d'autres points positifs sont apportés par la conduite de cette consultation. Ainsi, la découverte d'une anomalie clinique ou biologique peut mettre en évidence une nouvelle pathologie ou une maladie chronique connue mais non équilibrée, nécessitant une prise en charge adaptée avant la chirurgie. Dans leur analyse rétrospective réalisée à Boston et portant sur 5083 patients reçus en consultation pré-anesthésique, Correll *et al.* ⁴ retrouvent ainsi 647 patients dans ce cas de figure, et 17% d'entre eux ont fait l'objet d'un nouveau diagnostic posé au décours de la consultation. Dans ce cas de figure, il est évident que la réalisation de la CPA en amont de l'acte chirurgical présente un avantage, dans la mesure où elle permet de prendre le temps de poursuivre des explorations complémentaires, ré-équilibrer un traitement, ou instaurer des thérapeutiques nouvelles avant d'envisager la chirurgie. Cela est d'autant plus important pour des populations sans suivi médical régulier, ou vivant dans des conditions précaires compromettant un accès satisfaisant à des soins médicaux. ⁵

Les avantages de la CPA en terme de sécurité médicale s'accompagnent également de bénéfices financiers. Une étude américaine ⁶ publiée en 1997 a étudié deux groupes de patients prévus pour une intervention chirurgicale programmée en ambulatoire : un groupe ayant eu une CPA au préalable et un groupe vu par un médecin anesthésiste le jour de la chirurgie. Le nombre d'examens complémentaires prescrits en pré-opératoire a été comparé entre les groupes. Il s'avère que les patients reçus en CPA avaient eu moins d'examens prescrits car les anesthésistes disposaient d'un algorithme de prescription adapté au terrain des patients, alors que dans l'autre groupe les patients avaient des examens de routine prescrits sans suivre de recommandation particulière. Il en découle de moindres coûts de santé liés aux examens complémentaires dans le groupe avec CPA, avec une diminution de 28% par rapport au groupe sans CPA.

De même, le nombre d'annulations et de reports d'actes chirurgicaux est fortement diminué lorsque la CPA réalisée en amont de la chirurgie est instaurée de manière généralisée. Ferschl *et al.* ⁷ retrouvent une diminution de moitié de la proportion d'interventions annulées dans une population de chirurgie ambulatoire à Chicago lorsque les patients ont été adressés à une CPA par rapport au groupe contrôle sans CPA. Il est intéressant de constater que les patients orientés vers une CPA par le chirurgien avaient un score ASA plus important que ceux du groupe contrôle. Du fait de leurs comorbidités, leur risque d'annulation *a priori* était plus important que ceux de l'autre groupe, néanmoins le fait d'avoir eu une CPA est le facteur qui a permis d'inverser la tendance.

Une étude néerlandaise ⁸ parue en 2002 va également dans le même sens et retrouve une diminution de moitié du taux d'annulations des actes chirurgicaux en cas de CPA réalisée en amont (2% d'annulations sans CPA versus 0,9%), une augmentation du nombre d'actes réalisés en ambulatoire si une CPA avait été réalisée, et une diminution de la durée de séjour hospitalier pour les patients vus en CPA. Cette diminution était d'une journée, ce qui correspondait au fait qu'en l'absence de CPA, les patients devaient être hospitalisés la veille de leur intervention afin d'être évalués par un anesthésiste, alors que si la CPA avait été réalisée en externe au préalable, il était possible de s'affranchir de cette journée d'hospitalisation.

Optimisation de l'état clinique du patient, moins d'examens prescrits, moins d'annulations au programme opératoire, des durées moyennes de séjour plus courtes et une facilité d'accès à l'ambulatoire : tous ces points tendent vers une diminution des coûts de santé et une organisation tournée vers l'efficacité du système, de par la généralisation de la CPA. Cependant, en 2002, un article genevois ⁹ posait la question de la logistique et du financement nécessaire à l'organisation d'une telle consultation, en l'absence de législation la rendant obligatoire. S'il fallait raisonner sur un plan purement économique, il semble évident que les bénéfices qui découlent de la CPA semblent compenser les efforts à mener pour en faire une étape incontournable du parcours péri-opératoire.

B. Aspects réglementaires

1) En France

La pratique de l'anesthésie en France est régie par les dispositions détaillées dans le décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 ¹⁰ relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé dans ce domaine spécifique. Ce décret a permis d'établir un cadre légal d'exercice de l'anesthésie, comprenant des obligations en terme de modalités de déroulement de la consultation d'anesthésie, de tenue du dossier d'anesthésie, d'organisation du programme opératoire, de surveillance per-opératoire, de matériel d'anesthésie-réanimation, et de fonctionnement de la salle de surveillance post-interventionnelle, rendue formellement obligatoire par ce texte.

Les points relatifs à la consultation pré-anesthésique sont les suivants :

« La consultation pré-anesthésique [...] a lieu plusieurs jours avant l'intervention. »

« Si le patient n'est pas encore hospitalisé, elle est effectuée :

a) Pour les établissements de santé assurant le service public hospitalier : dans le cadre des consultations externes relevant des dispositions du décret no 82-634 du 8 juillet 1982;

b) Pour les établissements de santé privés relevant des dispositions de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale : soit au cabinet du médecin anesthésiste-réanimateur, soit dans les locaux de l'établissement. »

« Cette consultation est faite par un médecin anesthésiste-réanimateur. Ses résultats sont consignés dans un document écrit, incluant les résultats des examens complémentaires et des éventuelles consultations spécialisées. Ce document est inséré dans le dossier médical du patient. »

« La consultation pré-anesthésique ne se substitue pas à la visite pré-anesthésique qui doit être effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur dans les heures précédant le moment prévu pour l'intervention. »

« L'anesthésie est réalisée sur la base d'un protocole établi et mis en oeuvre sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste-réanimateur, en tenant compte des résultats de la consultation et de la visite pré-anesthésiques mentionnées à l'article D. 712-41 »

Ces points ancrent donc la consultation pré-anesthésique, réalisée plusieurs jours en amont de l'acte invasif, dans une démarche obligatoire et rigoureuse, nécessaire pour toute intervention impliquant la mise en place d'une anesthésie, quelles que soient ses modalités. Dans le cadre de l'urgence, la consultation pré-anesthésique et la visite pré-anesthésique peuvent être effectuées dans le même temps, la situation ne permettant pas de réaliser une consultation programmée à distance de l'acte chirurgical.

2) À l'étranger

La réglementation encadrant la CPA que nous venons de détailler est une spécificité française, dans la mesure où les choses se déroulent de manière bien différente à travers le monde. Si l'évaluation pré-opératoire par un médecin anesthésiste reste incontournable, la tenue d'une CPA précédant la chirurgie de plusieurs jours est recommandée sans pour autant être formellement exigée. Deux points méritent d'être abordés pour comparer nos pratiques françaises avec d'autres modes de fonctionnement : le délai entre la CPA et l'acte nécessitant une anesthésie, et la qualification du professionnel de santé réalisant la CPA.

En 2012, l'*American Society of Anesthesiologists (ASA)* publiait un rapport ² portant sur la pratique de l'évaluation pré-anesthésique. Dans cet article figurent les résultats d'un sondage réalisé auprès d'un panel de médecins anesthésistes et de membres de l'*ASA*, dans lequel ils étaient interrogés sur le moment où l'évaluation pré-anesthésique était jugée la plus pertinente : en amont de la chirurgie, la veille de l'intervention ou le jour même. Plus l'acte est invasif et donc impliquant un risque chirurgical important, plus les médecins recommandent de réaliser une CPA en amont de la chirurgie. Si l'acte est considéré d'invasivité moyenne ou minime, il est suggéré que la CPA peut être effectuée la veille ou le jour de l'intervention. Par ailleurs, plus l'état clinique du patient était jugé sévère, plus les médecins considéraient utile de réaliser la CPA le plus tôt possible avant la chirurgie. Ce rapport suggère donc que la planification temporelle de la CPA doit s'adapter au risque chirurgical et au risque inhérent au patient.

Les recommandations du *Royal College of Anaesthetists* ¹¹ publiées en 2014 au Royaume-Uni restent plus évasives et mentionnent que la plupart des patients prévus pour une chirurgie programmée devraient avoir une évaluation et une préparation pré-opératoires au cours d'une consultation qui doit être effectuée le plus tôt possible.

Deux études asiatiques menées à Hong Kong ¹² et au Japon ¹³ mettent en évidence le fait que la pratique de la CPA n'y était initiée que depuis quelques années et n'est monnaie courante que dans de faibles proportions. Les limitations de sa généralisation sont liées aux difficultés logistiques de mise en place et de déploiement de locaux dédiés, ainsi que l'absence de protocole de prise en charge péri-opératoire incluant la CPA. Le manque de médecins anesthésistes-réanimateurs est également une problématique majeure qui vient gêner l'organisation de CPA régulières, puisque cela signifie qu'un médecin doit pouvoir se libérer de son activité au bloc opératoire pour assurer des plages horaires de consultation.

Pour ce qui est de la qualification de la personne réalisant la CPA, plusieurs études et recommandations à travers le monde mettent l'accent sur la place d'un infirmier dédié à cette activité, travaillant en partenariat avec le médecin anesthésiste ^{11, 14}. L'infirmier est formé au triage des patients en fonction de leur état clinique et peut réaliser la consultation lui-même si le patient et l'acte chirurgical prévu ne présentent pas de particularité notable. En revanche, dès lors qu'une anomalie est dépistée, l'infirmier doit adresser le patient à l'anesthésiste pour un examen plus poussé et des investigations spécialisées.

La méthode utilisée pour réaliser le triage des patients est souvent un questionnaire à type de check-list ¹⁵, comprenant une liste de paramètres que l'infirmier doit rechercher à l'interrogatoire et à l'examen clinique. Formé à différencier un examen clinique normal d'un examen anormal sans pour autant devoir poser un diagnostic, l'infirmier est alors en mesure d'orienter le patient vers le médecin anesthésiste.

La question du contenu du questionnaire est essentielle ¹⁶ ; celui-ci doit faire l'objet de ré-évaluations pour porter sur des critères dont la sensibilité et la spécificité doivent être optimales afin que le triage soit le plus fiable possible. La formation spécialisée de l'infirmier représente évidemment la pierre angulaire sur laquelle repose la fiabilité de toute cette organisation ¹⁷.

L'exemple de l'hôpital de Torbay ¹⁸ en Angleterre rapporte que près de 10000 patients passent chaque année en CPA programmée avec un infirmier et parmi eux, 900 sont des patients à haut risque de complications péri-opératoires nécessitant une évaluation adaptée. Cette deuxième consultation est menée par un anesthésiste sur une durée d'une heure et comprend une prise en charge pluri-disciplinaire incluant une évaluation de la fonction cardiaque par une épreuve d'effort. Il semblerait que le triage effectué en amont permet à l'anesthésiste de consacrer plus de temps aux patients plus à risque et donc de leur proposer une prise en charge sur mesure, prenant en compte leurs comorbidités et le risque inhérent à la chirurgie.

Afin de nous assurer que ces données de la littérature sont effectivement le reflet d'une pratique courante à l'étranger, nous avons contacté des médecins anesthésistes-réanimateurs de différents pays occidentaux par courrier électronique pour les interroger sur les modalités de la CPA dans leur pays.

- Au Royaume-Uni, comme en Belgique et au Canada, il s'agit effectivement d'infirmiers spécialisés qui reçoivent en consultation tous les patients prévus pour une chirurgie programmée et s'appuient sur des check-lists de triage et des protocoles précis de prescription d'examens complémentaires, avec la possibilité de recourir à l'aide d'un médecin anesthésiste-réanimateur le cas échéant.

- Aux États-Unis, l'organisation est très variable, dépendant de chacun des États, et parfois même de la structure hospitalière concernée. Il y existe un statut particulier de *Certified Registered Nurse Anesthetist*, infirmiers spécialisés en anesthésie pouvant effectuer des CPA et travailler au bloc opératoire, parfois de manière totalement indépendante, parfois sous la supervision d'un médecin anesthésiste-réanimateur.

- A l'inverse, le système germanique est totalement à l'opposé du fonctionnement américain, dans la mesure où en Allemagne, il n'existe pas d'équivalent d'infirmier anesthésiste. La CPA y est effectuée par un médecin anesthésiste-réanimateur et au bloc opératoire, chaque médecin n'est affecté qu'à une seule salle d'opération, quels que soient le score ASA du patient ou le type de chirurgie.

Ces données informatives soulignent les disparités de pratiques à travers le monde et mettent en évidence le rôle prépondérant donné aux infirmiers spécialisés dans la majeure partie des pays occidentaux en ce qui concerne la réalisation de la CPA.

C. Consultation pré-anesthésique en obstétrique

L'anesthésie obstétricale est une branche particulière de notre spécialité, dans la mesure où elle vise à prendre en charge des parturientes — et non des patientes — de manière conjointe avec des équipes de gynécologues-obstétriciens, de maïeuticiens et parfois de pédiatres, afin de pouvoir assurer une prise en charge *peripartum* adaptée. Il ne s'agit donc pas de chirurgie programmée mais de préparation à une naissance dans les conditions les plus sécuritaires possibles. Nous sommes donc amenés à gérer la prise en charge anesthésique et analgésique de femmes à la physiologie modifiée par leur état de gravidité, et par extension d'un fœtus jusqu'au terme de la grossesse.

Les points que nous avons précédemment abordés relèvent d'un contexte d'anesthésie en vue d'une intervention chirurgicale. Néanmoins, nous avons noté qu'en France, la CPA est nécessaire pour tout type d'anesthésie mise en place. La CPA obligatoire dans le cadre de l'anesthésie obstétricale est une spécificité française : en effet, à l'étranger, il est commun que la parturiente n'ayant pas de pathologie particulière n'ait un premier contact avec un anesthésiste de maternité que lors du travail, lorsque celui-ci lui propose la mise en place d'une analgésie péridurale ¹⁹. En revanche, dans le cadre de pathologies préexistantes à l'état de grossesse ou liée à la gestation, la parturiente est classiquement adressée en CPA par l'obstétricien.

Sur un plan purement réglementaire, les recommandations professionnelles de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) ²⁰ relatives à l'organisation de l'anesthésie-réanimation obstétricale éditées en 2016 rappellent que :

« RP 3.1 – (accord fort et disposition légale) : Il est obligatoire d'évaluer le risque anesthésique, de proposer une stratégie analgésique et anesthésique et d'en informer la patiente lors de la consultation pré-anesthésique obligatoire, réglementaire et d'effectuer la visite pré-anesthésique avant l'acte d'anesthésie réanimation et d'analgésie selon les termes réglementaires.

RP 3.2 - (accord fort) En l'absence de consultation pré-anesthésique et/ou de visite pré-anesthésique, il est recommandé de réaliser l'acte d'anesthésie réanimation d'urgence ou d'analgésie après un interrogatoire et un examen clinique minimal compatible avec l'éventuel degré d'urgence s'assurant néanmoins de l'absence de contre-indication apparente au geste »

En France, la CPA est programmée au cours du huitième mois de grossesse, soit entre 32 et 36 semaines d'aménorrhée (SA) dans le cadre d'une grossesse physiologique. Il est évident que les enjeux de la CPA doivent être adaptés à la population obstétricale, et la problématique fondamentale réside dans l'explication du mode d'analgésie *peripartum* le plus communément utilisé de nos jours : l'analgésie périmédullaire par péridurale ou rachianesthésie. L'enquête nationale périnatale de 2010 ²¹ note qu'au cours de cette année-là en France, 81,4 % des femmes qui ont eu un début de travail spontané ou déclenché ont eu une analgésie péridurale ou une rachianalgésie.

Les objectifs généraux de la CPA précédemment détaillés pour un contexte chirurgical sont donc orientés de manière plus spécifique vers les éléments suivants :

1) *Étude du dossier médical / obstétrical* : l'âge, les antécédents obstétricaux, la gestité et la parité, le terme de la grossesse sont des éléments à recueillir. L'existence d'une éventuelle pathologie liée à la grossesse ou d'une condition pouvant altérer le déroulement de l'accouchement et l'état du fœtus est à prendre en compte.

2) Examen clinique : L'évaluation du risque de ventilation et d'intubation difficile est important, même si la femme enceinte est à considérer comme étant une patiente à risque d'intubation difficile *a priori*, et que le risque peut évoluer au cours de la grossesse. L'examen du rachis est utile afin d'anticiper d'éventuelles difficultés d'accès à une anesthésie péridurale ou rachidienne.

3) Avis spécialisé / examens complémentaires : Leur prescription devra être orientée par les antécédents et l'examen clinique, en cas d'interrogation quant à la possibilité d'une situation impliquant de prévoir une modification de la prise en charge anesthésique ou obstétricale. Concernant les prescriptions d'examens d'hémostase, il est important de rappeler que les Recommandations pour la Pratique Clinique de la SFAR publiées en 2006 et révisées en 2011²² mentionnent les éléments suivants :

« Aucune donnée ne permet à ce jour de recommander un bilan d'hémostase systématique chez une femme enceinte, bien portante, sans antécédent pathologique particulier, ayant mené une grossesse normale. »

« Chez la femme enceinte, il n'est pas recommandé de répéter la mesure de la numération plaquettaire effectuée au sixième mois (qui est une obligation légale) avant de réaliser une anesthésie périmédullaire dans le cadre d'une grossesse normale à terme. »

« Si le bilan du sixième mois montre une thrombopénie, il est recommandé d'effectuer un suivi de la numération plaquettaire jusqu'à l'accouchement. Dans le cadre d'une grossesse pathologique, la numération plaquettaire doit être effectuée dans un délai le plus court possible avant l'acte d'anesthésie (consensus professionnel). »

4) Stratégie anesthésique : la stratégie communément proposée en cas d'accouchement prévu par voie basse pour une grossesse physiologique consiste actuellement en France en la pose d'une péridurale analgésique. Une césarienne programmée peut faire envisager une rachianesthésie, et dans le cas de contre-indication à toute anesthésie loco-régionale, il convient d'évoquer les modalités de l'anesthésie générale à la parturiente.

5) Information et consentement : la finalité de cette CPA spécifique à la femme enceinte est de l'informer des bénéfices et risques de la péridurale obstétricale à visée analgésique. Cette information est d'autant plus importante qu'en dehors de contextes pathologiques bien particuliers, la péridurale reste un choix de la parturiente. De fait, cette étape concluant la CPA doit permettre à la femme enceinte de poser des questions concernant cette possibilité, afin de pouvoir prendre sa décision de la manière la plus éclairée possible. Il existe un document d'information édité par la SFAR, classiquement remis à l'issue de la consultation, néanmoins l'information orale doit être privilégiée.

Nous avons vu que les enjeux de la CPA sont multiples : anticiper le risque inhérent à un geste anesthésique/chirurgical, dépister des pathologies dont l'existence modifie le parcours péri-opératoire, proposer une stratégie adaptée au terrain du patient, et enfin l'informer des modalités de sa prise en charge pour obtenir son consentement éclairé.

On peut logiquement supposer que la population formée par les parturientes en France se compose de femmes jeunes, généralement en bon état général, avec peu de comorbidités et menant une grossesse physiologique. Ces femmes présenteraient donc *a priori* un état de santé pour lequel le risque peripartum devrait être minime et qui ne justifierait ni d'une prescription d'investigations spécialisées pour la réalisation d'une anesthésie péridurale, ni d'une adaptation de prise en charge particulière. Dans ce contexte, pour évaluer l'apport bénéfique de la CPA dans cette population particulière, il est licite de se demander dans quelle mesure elle pourrait impliquer une adaptation de la stratégie médicale initialement prévue.

Objectif de l'étude

Nous avons choisi d'étudier les modalités de la consultation pré-anesthésique par le moyen d'un audit réalisé dans deux services de maternité de type III en région parisienne, entre janvier et mars 2015. Pour ce faire, nous avons abordé les axes suivants :

- caractérisation du profil épidémiologique et démographique de cette population
- étude des conditions de réalisation de la CPA
- fréquence de dépistage en CPA de particularités induisant des modifications de la stratégie anesthésique et/ou obstétricale

II. Matériels et méthodes

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective bi-centrique, réalisée du 19 janvier au 30 mars 2015 dans deux maternités de type III en Île-de-France : au Centre Hospitalier Intercommunal de Montreuil, en Seine Saint-Denis, et au Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) du Kremlin-Bicêtre, dans le Val-de-Marne.

B. Population

Toute parturiente faisant l'objet d'une CPA dans le cadre de sa grossesse était éligible pour inclusion dans l'étude. Celles qui ne souhaitent pas participer au recueil de données étaient exclues.

C. Considérations éthiques

Le CHU du Kremlin-Bicêtre est un centre hospitalo-universitaire où chaque patient est informé à son admission du fait que les informations médicales contenues dans son dossier pourraient faire l'objet de travaux de recherche scientifique. Dans nos deux structures, le consentement oral des patients à cette utilisation de leurs données de manière totalement anonyme est systématiquement recueilli au préalable.

D. Recueil de données

Les médecins anesthésistes-réanimateurs et internes en anesthésie-réanimation réalisant la CPA disposaient de questionnaires à remplir après chaque consultation (cf. annexes). Ces feuilles de recueil ont été établies après avoir été longuement discutées avec les seniors des deux maternités étudiées et modifiées jusqu'à obtenir le document finalement utilisé. Les questionnaires ont été récupérés à l'issue de l'étude et les données obtenues ont été colligées de manière synthétique de manière à réaliser des analyses statistiques.

Critère de jugement principal : mise en évidence d'une particularité nécessitant une modification de la prise en charge.

Données recueillies :

- *Épidémiologie et démographie* : centre où a été réalisée la CPA, âge, score ASA, gestité et parité, terme, grossesse physiologique ou à haut risque, présence d'une pathologie maternelle ou d'un risque foeto-néonatal le cas échéant, type d'accouchement prévu *a priori*, antécédent de péridurale obstétricale.

À noter que toute grossesse comportant une pathologie maternelle liée à la grossesse ou un risque foeto-néonatal était qualifiée comme étant une grossesse à haut risque (GHR). Les pathologies maternelles regroupent toute comorbidité de la parturiente dont les conséquences peuvent retentir sur le déroulement de la grossesse : hypertension artérielle, diabète gestationnel ou pré-existant, maladie thromboembolique veineuse, sepsis, cardiopathie connue... Les situations à risque foeto-néonatal comprennent la prématurité, les retards de croissance intra-utérins, les grossesses multiples, ou encore les présentations en siège.

- *Modalités de la consultation* : en semaine/week-end, jour/nuit, programmée ou en urgence, qualification du consultant (interne ou médecin anesthésiste-réanimateur senior), durée de la consultation, temps consacré à l'information sur l'anesthésie obstétricale, présence d'une barrière linguistique, remise du document d'information de la SFAR.

- *En cas de particularité dépistée en consultation*, les conséquences induites sont détaillées selon les catégories suivantes :

- récupération de dossiers antérieurs
- nécessité d'une concertation au sein de l'équipe d'anesthésie
- nécessité d'une réunion avec l'équipe obstétricale et/ou pédiatrique
- demande d'avis spécialisé : cardiologie, neurologie, hématologie, autre
- prescription d'examen complémentaires spécialisés
- stratégie anesthésique à ré-évaluer dans une deuxième consultation d'anesthésie.

E. Analyse statistique

Pour exprimer les données relatives à la description générale de la cohorte et des conditions péri-opératoires, nous avons réalisé des calculs de moyennes et de médianes avec interquartiles 25%-75% pour les variables quantitatives. Les données liées à des variables qualitatives ont été exprimées en valeurs absolues et en pourcentages.

L'analyse statistique univariée réalisée pour rechercher les facteurs influençant la présence d'une particularité constatée en CPA a nécessité l'emploi de tests de χ^2 pour les comparaisons entre des variables quantitatives, et un test exact de Fisher pour ce qui est des comparaisons entre des variables qualitatives. Les différences constatées étaient statistiquement significatives au-delà d'un seuil de $p < 0,05$.

Nous avons utilisé les logiciels StatPlus et R afin de réaliser nos calculs statistiques.

III. Résultats

A. Population étudiée

Pour la période étudiée, 652 parturientes ayant eu une CPA ont été incluses par les équipes d'anesthésie-réanimation obstétricale des deux centres hospitaliers participant à l'étude, dont 55% à Bicêtre et 45% à Montreuil. La moyenne d'âge des parturientes était de 29,5 ans, avec des valeurs extrêmes allant de 16 à 46 ans. La valeur médiane de l'âge était proche de la moyenne, puisque qu'elle est de 29 ans.

La population étudiée comportait peu de comorbidités, dans la mesure où 78,8% des femmes avaient un score ASA égal à 1.

Les valeurs de gestité et de parité étaient respectivement de 2,5 et de 1,1, avec encore une fois des valeurs extrêmes plutôt étendues, de 1 à 10 pour la gestité et 0 à 7 pour la parité. De même, les valeurs médianes restaient concordantes avec les moyennes, retrouvant une médiane de gestité à 2 [interquartiles 25%-75% = 1-3] et une médiane de parité à 1 [interquartiles 25%-75% = 0-2].

Le terme moyen auquel la CPA a eu lieu était de 34,5 semaines d'aménorrhée (SA), avec des valeurs extrêmes s'étendant de 12 à 41 SA.

Les grossesses étaient majoritairement physiologiques puisque 79,6% des parturientes incluses n'avaient ni pathologie maternelle évolutive, ni de risque foeto-natal connu. Parmi les 131 GHR recensées, 84% étaient liées à une pathologie maternelle, 39,7% impliquaient un risque foeto-néonatal et 20,6% étaient qualifiées à risque du fait de l'association d'une pathologie maternelle et d'un risque foeto-néonatal.

Pour 93,3% des parturientes, l'accouchement était prévu par voie basse *a priori*, et 43,6% des femmes avaient déjà eu une péridurale obstétricale pour un précédent accouchement.

Lorsque l'on compare les deux centres où avaient eu lieu les investigations, on note qu'il n'y avait pas de différence significative en terme de proportion de grossesses physiologiques (83,5% à Bicêtre *versus* 86,4% à Montreuil, $p = 0,4556$) ou de pathologies maternelles (18,2% à Bicêtre *versus* 13,6% à Montreuil, $p = 0,5872$). La seule différence statistiquement significative était l'antécédent de péridurale obstétricale, plus fréquent à Bicêtre ($p = 0,0048$). Le tableau 2 détaille ces données.

Tableau 1 : Description de la population

Paramètres	Nombre de sujets (%) <i>Moyenne [valeurs extrêmes]</i>	Médiane [25-75%]
Nombre de sujets – Bicêtre – Montreuil	652 – 358 (55%) – 294 (45%)	
Âge (années)	29,5 [16 - 46]	29 [26 - 33]
Score ASA – 1 – 2 – 3 – N/A	514 (78,8%) 135 (20,7%) 2 (0,3%) 1 (0,2%)	
Gestité	2,5 [1 - 10]	2 [1 - 3]
Parité	1,1 [0 - 7]	1 [0 - 2]
Terme	34,5 [12 - 41]	35 [34 - 36]
Type de grossesse – physiologique – à haut risque (GHR) -> pathologie maternelle (PM) -> risque foeto-néonatal (RFN) -> PM + RFN – N/A	519 (79,6%) 131 (20,1%) -> 110 (84,0% des GHR) -> 52 (39,7% des GHR) -> 27 (20,6% des GHR) 2 (0,3%)	
Type d'accouchement prévu <i>a priori</i> – voie basse – césarienne – N/A	608 (93,3%) 27 (4,1%) 17 (2,6%)	
Antécédent de péridurale obstétricale	284 (43,6%)	

Les variables quantitatives sont exprimées en moyennes avec les valeurs extrêmes entre crochets, et en médianes avec les valeurs des interquartiles 25-75% entre crochets. Les variables qualitatives figurent en valeurs absolues et en pourcentages de parturientes concernées par chacune des caractéristiques évaluées (N=652)

Tableau 2 : Comparaison entre Bicêtre et Montreuil

	Bicêtre	Montreuil	p-value
Grossesse physiologique	83,5 %	86,4 %	0,4556
Pathologie maternelle	18,2 %	16,3 %	0,5872
Antécédent de péridurale	46,1 %	40,5 %	0,0048 *

Les variables qualitatives sont exprimées en pourcentages de parturientes concernées par chacune des caractéristiques évaluées (N=652). L'analyse statistique a employé un test de χ^2 avec un seuil de significativité à $p < 0,05$.

B. Modalités de la consultation pré-anesthésique

Dans la majorité des cas inclus dans notre étude, la CPA était réalisée dans un contexte de consultation programmée (92,6%), en journée (93,9%) et du lundi au vendredi (98,9%). Seuls 0,5% des consultations recensées ont été réalisées de nuit. Soixante-dix-neuf pour cent des CPA ont été réalisées par un médecin anesthésiste-réanimateur senior. Le tableau 3 détaille le contexte et les conditions de déroulement de la CPA.

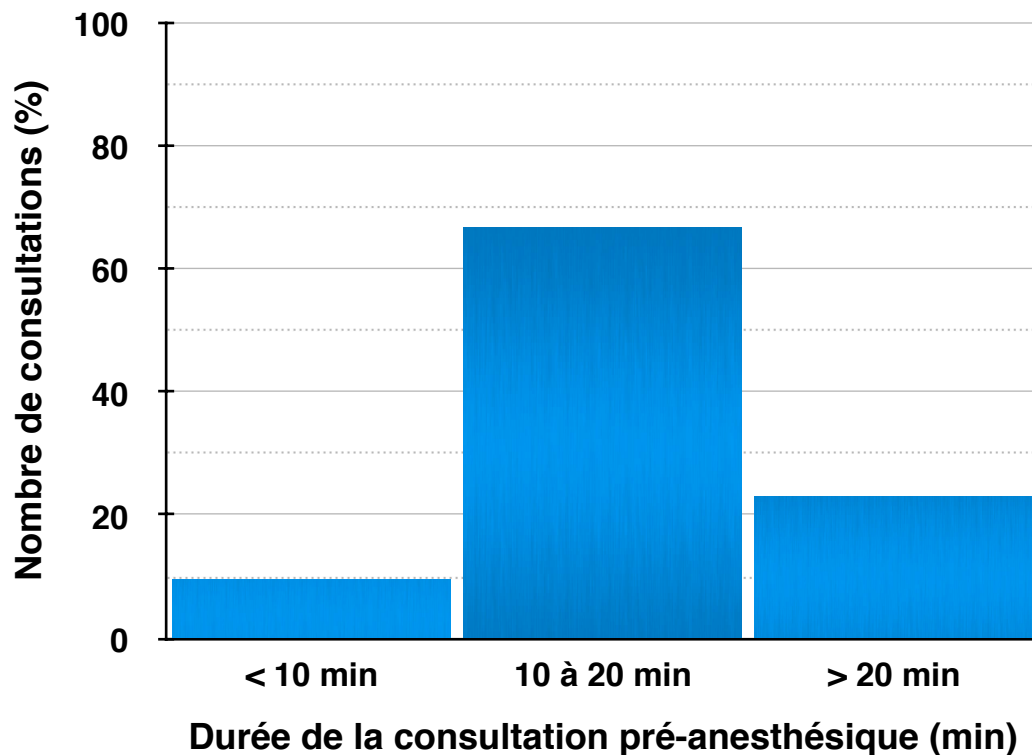
Tableau 3 : Conditions de réalisation de la consultation pré-anesthésique

Paramètres	Nombre de sujets (%)
Jour de la consultation	
– semaine	645 (98,9%)
– week-end	6 (0,9%)
– N/A	1 (0,2%)
Horaire de la consultation	
– jour (8h - 18h)	612 (93,9%)
– nuit (18h - 8h)	3 (0,5%)
– N/A	37 (5,6%)
Contexte de la consultation	
– programmée	604 (92,6%)
– en urgence	46 (7,1%)
-> au lit	-> 33 (71,7% des urgences)
-> en salle de naissance	-> 13 (28,3% des urgences)
– N/A	2 (0,3%)
Consultant	
– senior	515 (79,0%)
– interne	130 (19,9%)
– N/A	7 (1,1%)
Durée de la consultation	
– < 10 min	64 (9,8%)
– 10 à 20 min	434 (66,6%)
– > 20 min	149 (22,9%)
– N/A	5 (0,7%)
Temps accordé à l'information sur la péridurale	
– < 5 min	179 (27,5%)
– > 5 min	468 (71,8%)
–N/A	5 (0,7%)
Présence d'une barrière linguistique	66 (10,1%)
Document d'information de la SFAR remis	602 (92,3%)

Les variables qualitatives sont exprimées en pourcentages de parturientes concernées par chacune des caractéristiques évaluées (N=652)

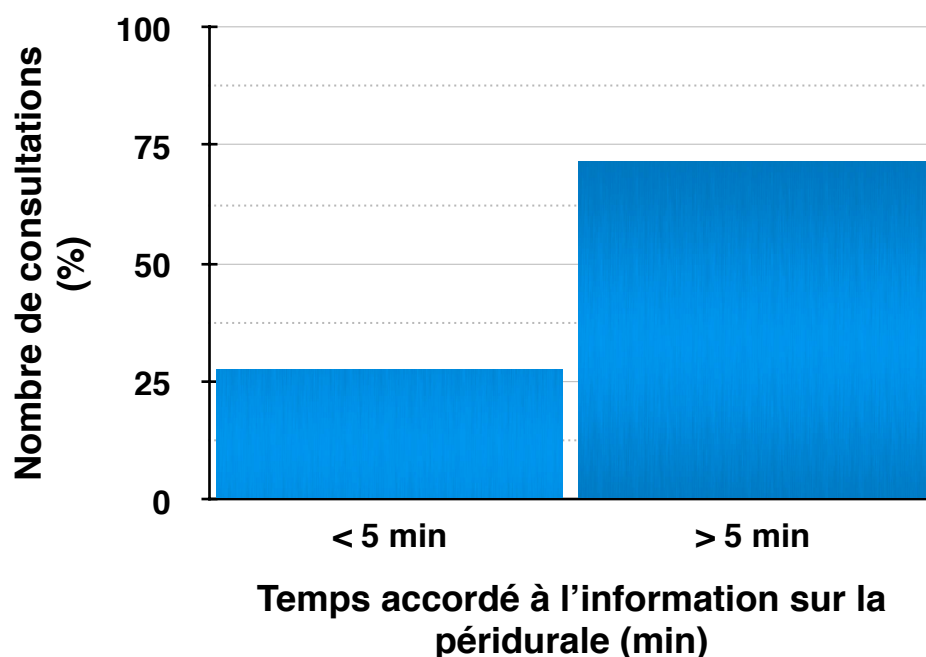
Deux tiers des consultations ont duré entre 10 et 20 minutes, et on constate que 71,8 % des consultations comprenaient un temps accordé à l'information sur la péridurale obstétricale estimé à plus de 5 minutes. Il existait une barrière linguistique dans 10,1% des consultations. Dans 92,3% des cas, le document d'information édité par la SFAR avait été remis à la parturiente.

Figure 1 : Durée de la consultation pré-anesthésique



Histogramme représentant le nombre de consultations pré-anesthésiques exprimé en pourcentages (N=652) en fonction de la durée de la consultation, distinguée selon trois catégories : moins de 10 minutes, 10 à 20 minutes, plus de 20 minutes.

Figure 2 : Temps accordé à l'information sur la péridurale obstétricale



Histogramme représentant le nombre de consultations pré-anesthésiques exprimé en pourcentages ($N=652$) en fonction du temps consacré à délivrer l'information relative à la péridurale obstétricale, distingué selon deux catégories : moins de 5 minutes versus plus de 5 minutes.

On note qu'il n'y avait pas de corrélation entre la durée de la consultation et le statut de grossesse à haut risque : comme l'illustre le tableau 4, l'existence d'une pathologie maternelle ou d'un risque foeto-néonatal n'allongeait pas la durée de la consultation dans notre population.

Tableau 4 : durée de la consultation en fonction du type de grossesse

Durée de la consultation	< 10 min	10-20 min	> 20 min
Grossesse physiologique	57 (10,3%)	368 (67,0%)	125 (22,7%)
Grossesse à haut risque	7 (7,3%)	66 (68,8%)	23 (23,9%)

$p = 0,4763$ (comparaison entre < 10 min et 10-20 min)
 $p = 1$ (comparaison entre 10-20 min et > 20 min)
 $p = 0,504$ (comparaison globale entre < 10 min et > 20 min)

Les variables sont exprimées en valeurs absolues correspondant au nombre de parturientes et en pourcentages calculés par rapport à l'effectif de grossesses physiologiques ($N=550$) d'une part et de l'ensemble des GHR ($N=96$). La somme des effectifs n'est pas égale à 652 compte tenu des données manquantes. Un test de χ^2 a été utilisé, les valeurs étaient statistiquement différentes pour une valeur de $p < 0,05$.

C. Implication pour la prise en charge obstétricale

1) Analyse descriptive

Parmi nos 652 parturientes, aucune particularité clinique ayant entraîné des modifications de la prise en charge anesthésique et/ou obstétricale n'a été constatée chez 570 d'entre elles.

Pour les 80 consultations ayant relevé une telle particularité, il s'agissait majoritairement de la nécessité de prescrire des examens complémentaires (66%), récupérer un dossier antérieur (14%) ou demander un avis spécialisé (7%). Trois parturientes ont fait l'objet d'un avis de cardiologie, une a été adressée à un neurologue et une autre a été ré-évaluée en consultation d'hématologie/hémostase. La figure 3 illustre de manière précise la répartition des différentes adaptations de prise en charge rapportées en conclusion de la CPA.

Tableau 5 : Conclusion de la consultation pré-anesthésique

	Nombre de sujets (%)
Absence de particularité	570 (87,4%)
Particularité constatée	80 (12,3%)
N/A	2 (0,3%)
Détail des particularités :	
– récupération de dossiers antérieurs	11 (1,7%)
– concertation au sein de l'équipe d'anesthésie	2 (0,3%)
– réunion avec l'équipe obstétricale et/ou pédiatrique	5 (0,8%)
– demande d'avis spécialisé :	6 (0,9%)
-> cardiologie	3 (0,5%)
-> neurologie	1 (0,2%)
-> hématologie	1 (0,2%)
-> autre	1 (0,2%)
– prescription d'examens complémentaires spécialisés	53 (8,1%)
– deuxième consultation d'anesthésie à prévoir	2 (0,3%)
– particularité non détaillée	1 (0,2%)

Les variables qualitatives sont exprimées en valeurs absolues correspondant au nombre de parturientes et en pourcentages (N = 652)

Figure 3 : Répartition des différentes particularités relevées en conclusion de la consultation pré-anesthésique

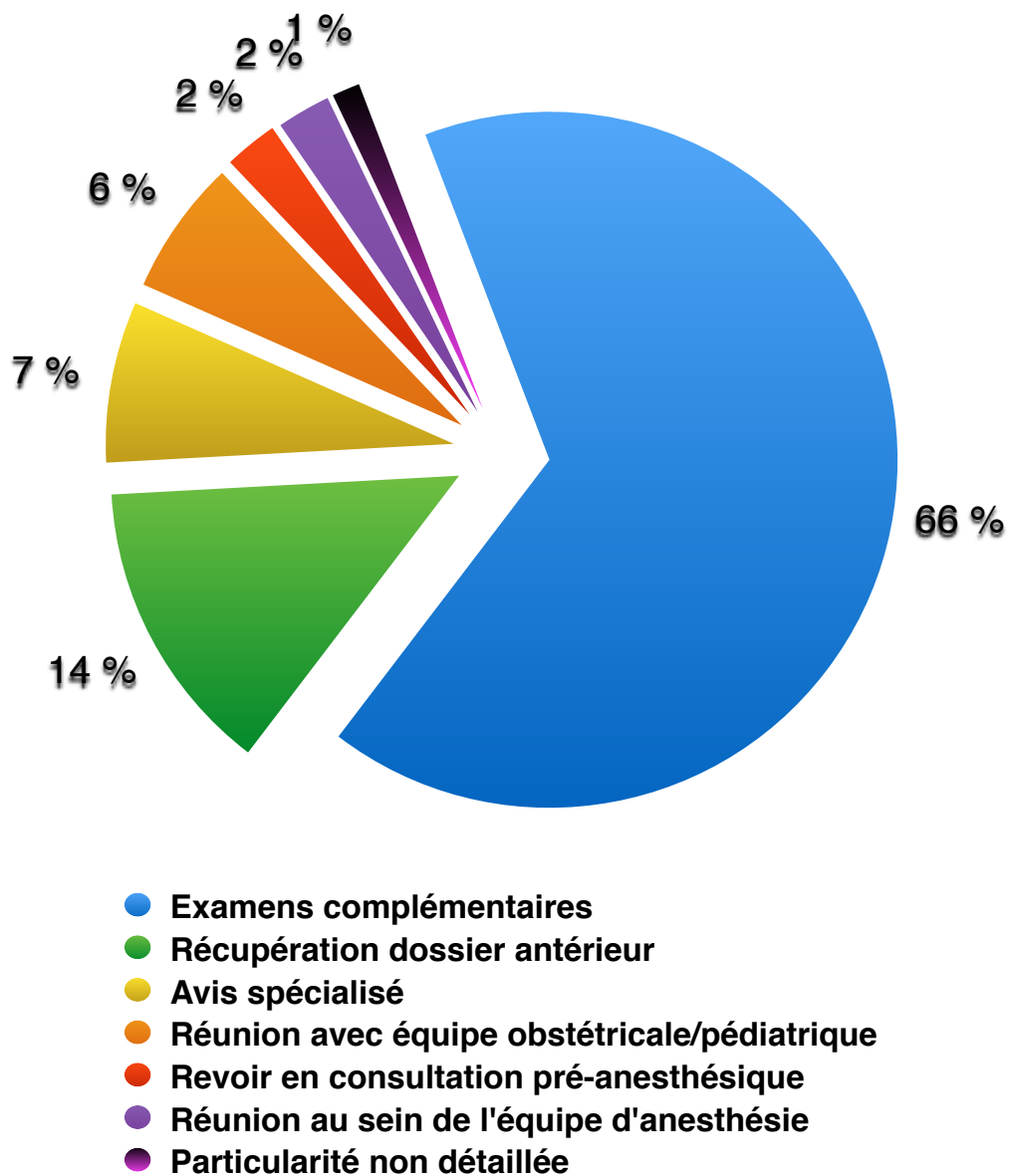


Diagramme détaillant les différentes catégories de particularités distinguées à l'issue de la CPA. Les proportions de parturientes concernées sont exprimées en pourcentages (N=80).

2) Analyse comparative

Après ces observations purement descriptives, nous nous sommes intéressés dans un second temps à la recherche de facteurs de risque de dépistage d'une particularité à l'issue de la CPA. Nous avons ainsi réalisé une analyse univariée pour comparer d'une part le groupe constitué des parturientes dont la consultation a mis en évidence des anomalies nécessitant des investigations, et d'autre part les femmes ayant eu une consultation sans particularité notable. Le tableau 6 détaille les résultats obtenus.

On observe ainsi que plus de particularités étaient relevées à Montreuil par rapport à Bicêtre. Les prises en charge nécessitaient une adaptation chez les parturientes ayant un score ASA plus élevé, et une GHR, qu'elle soit liée à une pathologie maternelle ou un risque foeto-néonatal. Ces différences étaient statistiquement significatives.

On note que ni l'âge, ni le terme, ni l'expérience du consultant n'influaient sur la décision de devoir adapter la prise en charge de la parturiente.

Tableau 6 : Comparaison entre les parturientes avec ou sans particularité nécessitant une adaptation de la prise en charge

	Particularité (N = 80) Nombre de sujets (%) <i>Moyenne</i>	Pas de particularité (N = 570) Nombre de sujets (%) <i>Moyenne</i>	p-value
Centre – Bicêtre – Montreuil	9,3% 16%	90,7% 84%	0,0095 *
Âge (années)	30,5	29,3	0,063
Score ASA – 1 – 2 – 3	10,2% 20% 50%	89,8% 80% 50%	0,0022 *
Terme (semaines d'aménorrhée)	34,1	34,6	0,1518
Type de grossesse – physiologique – à haut risque	9,6% 26,2%	90,4 % 73,8%	< 0,0001 *
Pathologie maternelle – oui – non	27,9 % 9,1%	72,1 % 90,9%	< 0,0001 *
Risque foeto-néonatal – oui – non	23,1 % 11,4%	76,9 % 88,6%	0,0142 *
Consultant – senior – interne	12,5% 12,3%	87,5% 87,7%	0,9646

Tableau de données comparant les deux groupes suivants : parturientes avec une particularité retrouvée en CPA (80 femmes sur 652) versus parturientes sans particularité (570 femmes). Les valeurs étaient statistiquement différentes pour $p < 0,05$. Les variables quantitatives sont exprimées en moyennes et comparées à l'aide d'un test de χ^2 . Les variables qualitatives sont exprimées en pourcentages de patients concernés par chacune des caractéristiques évaluées, et nous avons utilisé un test exact de Fisher pour comparer les deux groupes.

IV. Discussion

Notre étude prospective observationnelle a abordé la question des modalités de déroulement de la CPA en obstétrique et s'est penchée sur son rôle de dépistage de conditions nécessitant une adaptation de la prise en charge anesthésique et/ou obstétricale. Au final, dans notre population de 652 parturientes, la conclusion de la CPA a relevé une particularité justifiant une réflexion médicale spécifique à une situation singulière pour 80 femmes soit seulement 12,3% de notre effectif.

A notre connaissance, il n'existe pas de données dans la littérature mettant en évidence le taux d'anomalies relevées par la CPA dans le contexte très particulier de l'anesthésie obstétricale. Cela est probablement à mettre en relation avec le fait que cette consultation est propre à la pratique française de l'anesthésie obstétricale.

Nous allons à présent nous pencher sur les divers aspects de la consultation d'anesthésie obstétricale abordés par notre étude afin de les analyser à la lumière des données épidémiologiques disponibles.

A. Épidémiologie en maternité

Notre étude s'est déroulée dans deux maternités de type III, Bicêtre, qui comprend 3500 accouchements par an, et Montreuil qui réalise entre 3500 et 4000 accouchements annuels. Ces flux importants de parturientes nous ont permis d'obtenir un effectif conséquent à analyser.

Une structure périnatale de type III dispose d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale. Un transfert *in utero* d'une parturiente d'une maternité d'un autre type vers une structure de type III s'envisage quand il existe un risque majeur d'accouchement prématuré. Elle permet la prise en charge des GHR et des nouveau-nés présentant des détresses graves. Une étude de l'INSEE ²³ portant sur la santé périnatale rapporte qu'en 2013, seuls 36 % des accouchements en Île-de-France ont eu lieu dans une maternité de type III. Notre analyse ne s'étant penchée uniquement sur des structures de type III, la validité externe de nos résultats reste incertaine.

On peut se demander s'il existe un biais de recrutement avec un taux majoré de GHR dans nos deux établissements, en comparaison avec d'autres structures de type I ou II. Cette même étude de l'INSEE retrouve néanmoins un taux d'hospitalisation pré-natale en contexte de grossesse à haut risque pour 18,4% de l'ensemble des parturientes franciliennes, ce qui se rapproche de la proportion de 20,1% que nous avons retrouvée dans notre échantillon.

Le CHU de Bicêtre est un centre de référence dans plusieurs sur-spécialités rattachées à la neurologie, telles que la prise en charge de la syringomyélie ou de neuropathies périphériques. De fait, une femme enceinte ayant une telle comorbidité sera préférentiellement adressée vers Bicêtre pour le suivi de la grossesse et le déroulement de son accouchement, afin de bénéficier de la prise en charge la plus adaptée à sa pathologie.

Le Centre Hospitalier Intercommunal de Montreuil est quant à lui une structure publique polyvalente, dont la localisation fait qu'il draine une population cosmopolite, comprenant un important recrutement de parturientes originaires d'Afrique sub-saharienne, avec une prévalence majorée de drépanocytose par exemple. Ces éléments induisent donc un certain biais de recrutement, lié aux activités spécifiques des centres et à la démographie du secteur où ils se situent.

Nos parturientes sont des femmes d'une moyenne d'âge de 29 ans et demi, et dont les scores médians de gestité et de parité sont G2P1. Il s'agit donc majoritairement de femmes qui ont déjà eu un accouchement par le passé, ainsi que le reflète le taux d'antécédent de péridurale obstétricale de 43,1%. Ces chiffres sont concordants aux récentes données épidémiologiques de l'INSEE ²⁴, qui retrouvent un âge moyen à l'accouchement du premier enfant à 28 ans, et un âge moyen de 30 ans et demi pour tout accouchement en France métropolitaine.

B. De l'exception française

Nous avons déjà abordé l'obligation légale française de réaliser une CPA dès lors qu'un geste d'anesthésie est envisagé. De fait, la CPA obstétricale est l'occasion pour la parturiente d'avoir son premier et souvent unique contact avec l'équipe d'anesthésie avant son accouchement. L'anesthésie obstétricale est dominée par la péridurale obstétricale à visée analgésique. Il est plus rare d'employer une péridurale-rachianesthésie combinée ou une rachianesthésie seule en contexte de travail obstétrical.

L'enquête nationale périnatale de 2010 ²¹ souligne la fréquence de l'usage de telles techniques en France, dans la mesure où cette année-là, parmi les femmes qui ont eu un début de travail spontané ou déclenché, 81,4% ont eu une analgésie péridurale ou une rachianalgésie, soit plus de quatre parturientes sur cinq. Il s'agit là de l'un des taux les plus élevés au monde.

Lorsque l'on se penche sur les fréquences d'utilisation de la péridurale obstétricale dans des pays au niveau socio-économique proche du nôtre, on note un taux de 61% aux États-Unis ²⁵, avec une grande variabilité entre les différents États et entre les ethnies considérées. Au Canada ²⁶, il est de 57,3% pour les péridurales mises en place en début de travail pour un accouchement prévu par voie basse. Ce taux est moindre en Australie ²⁷, où en 2012 il était de 32,6% pour tout type d'anesthésie périmédullaire (péridurale, rachianesthésie et péridurale-rachianesthésie combinée). Il est intrigant de constater qu'en Angleterre ²⁸, il chute jusqu'à 16,4% pour les péridurales pendant le travail en 2013-2014, et 15,1% en ce qui concerne les rachianesthésies, ce nombre englobant les rachianesthésies effectuées pour réalisation d'une césarienne.

Se pose de manière légitime la question suivante : d'où vient notre singularité française en ce qui concerne notre rapport à la péridurale ?

Serait-ce le fait de disposer d'une importante concentration de médecins anesthésistes-réanimateurs ? Les études démographiques ²⁹ souvent relayées par la presse grand public font état du vieillissement des médecins anesthésistes-réanimateurs en France, et prévoient que la proportion de praticiens qui auront quitté leur exercice en 2020 ne sera que difficilement compensée par l'entrée de jeunes médecins dans la profession. À l'échelle nationale, il semblerait que l'offre en terme de médecins anesthésistes-réanimateurs risque d'être en inadéquation avec la demande. Néanmoins, lorsque l'on compare la densité de médecins anesthésistes-réanimateurs entre les différents pays d'Europe occidentale partageant un niveau socio-économique relativement similaire, on constate que la France fait partie des pays au taux d'anesthésistes le plus élevé. Ainsi, une étude démographique de 2002 ³⁰ stipulait que la France était le troisième pays à la densité d'anesthésiste la plus élevée en Europe de l'Ouest, après l'Italie et l'Allemagne, avec près de 15 praticiens pour 100 000 habitants. A titre comparatif, cette valeur est de 4,4 en Irlande, 4,6 au Royaume-Uni et 9,2 aux États-Unis ³¹. Ces disparités entre différents pays au niveau économique proche peuvent influencer sur le recours à la péridurale obstétricale.

L'implication d'une certaine dimension sociétale et culturelle est fortement probable. Ainsi, si la technique de l'abord de l'espace péridural telle qu'elle est actuellement enseignée et appliquée a été initialement décrite dans une étude publiée en 1933 ³², ce n'est que des décennies plus tard que la péridurale obstétricale a commencé à connaître un essor manifeste. L'évolution de l'analgésie péridurale a été marquée par la synthèse de nouvelles molécules d'anesthésiques locaux et de voies d'administration impliquant de nouveaux dispositifs techniques. Ces progrès médicaux ont été concomitants de l'émergence de mouvements féministes, présentant la péridurale comme un droit auquel toute femme devrait pouvoir accéder, et permettant ainsi de s'affranchir du concept millénaire d'accouchement dans la douleur. Devenue le *gold standard* de l'analgésie au cours du travail à la fin du XX^{ème} siècle, c'est en 1994 que le remboursement de la péridurale à 100 % par l'Assurance Maladie est rendu effectif par Simone Veil, alors Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville. Ce geste a ainsi facilité l'accès à la péridurale à toute parturiente désireuse d'en bénéficier.

Nous avons noté que la consultation d'anesthésie est obligatoire pour toute parturiente. Cette étape du parcours de la femme enceinte pourrait implicitement avoir une fonction d'autorisation à mettre en place une péridurale - sous réserve d'un recueil de son consentement éclairé - et ainsi promouvoir son usage généralisé.

Si la péridurale est moins utilisée à l'étranger, qu'en est-il de la consultation en anesthésie obstétricale en dehors de nos frontières ? Prenons l'exemple du Royaume-Uni, où nous avons vu que la fréquence d'utilisation de l'analgésie péridurale au cours du travail est largement inférieure à la nôtre.

En 2004, une publication britannique ³³ rappelait que de plus en plus de femmes sont concernées par des GHR dans la mesure où des pathologies chroniques qui rendaient difficile la poursuite d'une grossesse sont à présent mieux traitées et stabilisées, compatibles avec un tel projet. De ce fait semble logiquement s'imposer la nécessité d'une stratégie obstétricale et anesthésique menée de manière conjointe, élaborée sur mesure pour chaque cas précis, d'où l'intérêt de la CPA obstétricale.

Rai *et al.* ³⁴ se sont penchés sur l'évaluation de la pratique de la CPA en obstétrique. Leur étude publiée en 2005 a consisté en une analyse de la situation par le recueil de réponses à un questionnaire envoyé par voie postale. Cent quatre-vingt-seize structures de maternité au Royaume-Uni ont ainsi participé à cette évaluation. Les auteurs rapportent que les parturientes britanniques ne sont généralement vues en CPA uniquement si elles y ont été adressées par leur gynécologue-obstétricien dans un contexte de GHR. Seules 30% des structures comprennent une telle consultation, et aucune des maternités ayant moins de 1000 accouchements par an n'en organise, l'essentiel des consultations se faisant dans les établissements à plus gros volumes de parturientes. Il n'y a pas de programme de consultations tous les jours de la semaine : au mieux, il s'agit de vacations hebdomadaires, concentrant 3 à 5 parturientes par vacation. L'intérêt bénéfique de la consultation d'anesthésie est souligné, tant sur le plan médical pour les GHR que sur le plan de la communication, l'anesthésiste jouant alors un rôle clé de coordination entre les différents professionnels de santé impliqués dans la prise en charge globale de la femme enceinte.

Plusieurs freins au développement d'une CPA systématique en obstétrique sont rapportés dans la littérature. La tenue d'une consultation régulière est souvent décrite comme compliquée sur le plan logistique et administratif. En effet, bien qu'elle semble particulièrement importante sur un plan conceptuel, la CPA en amont de l'acte anesthésique n'a pas fait ses preuves en terme de réduction de la morbi-mortalité périnatale. Ainsi, la valeur ajoutée d'une telle consultation sans aucun acte technique est difficile à justifier dans une situation de contraintes financières hospitalières importantes. Les maternités britanniques qui ne comportent pas du tout d'activité de CPA rapportent une absence de demande de la part des parturientes ou des gynécologues, un faible nombre de cas de GHR, des coûts trop élevés, des moyens humains trop restreints, et souvent des difficultés à faire changer des pratiques auxquelles médecins et parturientes sont habitués sans avoir de raison de s'en plaindre.

Dans ce contexte de nécessité de rentabilisation des ressources anesthésiques, la question du triage prend tout son sens : les obstétriciens et sages-femmes britanniques ont ainsi la responsabilité d'adresser toute parturiente à risque à une consultation d'anesthésie obstétricale, souvent par l'utilisation d'une check-list reprenant les antécédents et particularités cliniques de la femme enceinte, tout écart par rapport à la normale devant conduire à une CPA.

C. Organisation et limites

Pour notre étude, nous nous sommes penchés de manière rapprochée sur le déroulement de la CPA en pratique.

La majorité des consultations pour lesquelles des questionnaires ont été remplis et nous ont été retournés ont été réalisées en semaine (98,9%), en journée (93,9%) et de manière programmée (92,6%). Il faut confronter ces données au fait que les médecins disposaient de questionnaires vierges en salle de consultation et qu'il leur était très probablement plus aisé de recruter des parturientes lors d'une consultation programmée, plutôt que d'emmener des feuilles de questionnaires dans les étages ou en salle de naissance lorsqu'ils devaient faire une consultation en urgence. Ces difficultés logistiques ont certainement influé sur nos résultats et empêché l'inclusion d'un plus grand nombre de parturientes.

La principale limite de notre étude repose sur le manque d'exhaustivité de notre recueil de données. La durée d'inclusion était de 70 jours ; or, en estimant à 7000 le nombre d'accouchements annuels de nos deux maternités, nous aurions dû avoir un total de 1342 CPA pendant la période étudiée. Nos 652 parturientes ne correspondent qu'à 49% du nombre potentiel de CPA qui ont dû être réalisées pendant la période étudiée. De ce fait, on peut se demander si notre échantillon se compose d'une population pré-sélectionnée car quasiment exclusivement composée de parturientes en CPA programmée, en dehors de tout contexte d'urgence. Nos données sont ainsi difficilement extrapolables à la population obstétricale en dehors de consultations programmées.

On note que des internes en anesthésie-réanimation ont participé au recueil de données dans 19,9% des cas. Une analyse plus poussée met en évidence une différence de pratiques entre nos deux structures hospitalières, les internes de Montreuil ayant des journées de consultation obstétricale incluses dans leur formation, tandis que les internes de Bicêtre étaient amenés à faire des consultations en urgence mais pas de CPA programmée de manière autonome.

La question de la durée de la consultation d'anesthésie peut faire débat. Les textes réglementaires ne définissent pas de durée minimale pour une CPA, néanmoins on peut se demander quelle pourrait être la durée considérée comme acceptable pour une consultation simple, telle que la majorité des CPA en obstétrique. Nous avons en effet noté que la plupart des femmes concernées sont jeunes, sans antécédent majeur, et dont la conclusion de la consultation ne mentionne généralement pas de modification à prévoir pour la suite de la prise en charge. Dans les établissements où a été menée l'étude, les plages de consultation prévues par les secrétariats pour la prise de rendez-vous étaient de quinze minutes, et en moyenne quinze consultations étaient prévues par journée.

Dans notre population, deux tiers des consultations ont duré entre 10 et 20 minutes, 22,9% plus de 20 minutes et moins de 10% se sont achevées en moins de 10 minutes. Dans 71,8% des cas, les médecins déclaraient consacrer plus de 5 minutes aux explications informatives relatives à la péridurale. Bien évidemment, ces valeurs ayant été obtenues par une auto-évaluation des médecins réalisant la consultation, il se peut qu'un biais d'évaluation et de mesure ait interféré avec l'analyse des résultats. Par ailleurs, nous avons noté que 43,6% de nos parturientes avaient déjà eu une péridurale analgésique par le passé. De fait, il n'est pas surprenant que le temps passé à expliquer les modalités de la péridurale ainsi que la durée totale de la consultation soient courts, chez des femmes qui en ont souvent déjà eu l'expérience.

La grande majorité des consultations évaluées par notre audit fait mention de la remise du document d'information de la SFAR (cf. annexes) ou d'un texte équivalent à l'issue de la CPA. Bien qu'il ne s'agisse pas de la preuve de la délivrance effective de l'information relative à la péridurale, cela représente néanmoins une volonté de transmettre une documentation écrite accessible aux parturientes, éditée par la société savante de notre spécialité à l'échelle nationale.

D. Sortir de la norme

Nous avons initialement supposé que la population de parturientes étudiée serait composée de femmes en bon état général pour lesquelles le risque *peripartum a priori* devrait être faible et dont l'état de santé ne devrait que rarement justifier une adaptation de la stratégie anesthésique et obstétricale. Nos résultats viennent corroborer cette idée, dans la mesure où seules 12,3% des parturientes de notre groupe ont présenté des singularités motivant l'anesthésiste-réanimateur à explorer une condition clinique par des explorations complémentaires, récupérer des dossiers antérieurs, demander des avis spécialisés, rediscuter du dossier avec des confrères anesthésistes ou au sein d'une réunion multi-disciplinaire.

Ce cas de figure était plus fréquent quand il s'agissait d'une parturiente menant une grossesse à haut risque, que ce soit dans le cadre d'une pathologie maternelle ou d'un risque foeto-néonatal, et augmentait en fonction du score ASA.

Ces observations sont cependant limitées par les éléments suivants :

- Les CPA qui ont identifié une particularité nécessitant exploration étaient plus fréquentes à Montreuil, et ce de manière statistiquement significative, alors même que nous avons noté qu'il n'y avait pas de différence en terme de taux de GHR entre les deux établissements étudiés. L'appréciation clinique de la nécessité d'une investigation a donc pu être consultant-dépendante, induisant un certain biais d'interprétation.

- Dans deux tiers des cas, l'adaptation stratégique consistait en la prescription d'examens complémentaires. Notre questionnaire ne demandait pas de détailler la nature exacte des examens prescrits. De fait, il est difficile de savoir si ces examens étaient justifiés et étaient prescrits dans le cadre de recommandations scientifiques.

- Même si des examens ou des avis spécialisés étaient prescrits, une nouvelle consultation d'anesthésie n'était prévue que chez 2% des parturientes présentant une particularité. De fait, on ignore si l'anesthésiste qui effectue la consultation se charge de récupérer les résultats de ces investigations et élabore une stratégie anesthésique adaptée sans nouvelle consultation d'anesthésie, ou s'il incombera à l'anesthésiste qui prendra en charge la parturiente en cours de travail obstétrical de prendre connaissance des conclusions de ces avis, sans qu'il n'y ait eu de discussion collégiale autour du dossier au préalable.

- Nous avons noté que les établissements dans lesquels notre étude a été menée ont un recrutement de patientes assez spécialisé. Les parturientes suivies dans ces maternités pour cause de pathologie chronique prises en charge dans ces mêmes structures ont donc souvent une surveillance particulière instaurée par le spécialiste (neurologue, hématologue, cardiologie...). Il est donc fréquent que la parturiente arrive en consultation avec un état pathologique déjà connu, diagnostiqué, une grossesse encadrée par l'obstétricien et le médecin spécialiste référent de la pathologie, et une stratégie obstétricale pré-établie. De fait, le rôle de dépistage et d'évaluation clinique en cours de CPA obstétricale est court-circuité par une prise en charge globale déjà établie en amont. Ce cas de figure est certainement moins fréquent dans des hôpitaux moins spécialisés, au recrutement non biaisé.

E. Un regard éthique

La consultation d'anesthésie obstétricale peut être abordée selon plusieurs principes fondamentaux d'éthique clinique. Le premier d'entre eux est la **bienfaisance**. Il nous semble bien difficile de ne pas concevoir que la consultation d'anesthésie, dans sa dimension d'anticipation des risques *peripartum* éventuels et de délivrance d'information à la parturiente, apporterait un réel bénéfice en terme de prise en charge. Cependant, nous avons noté que ce système est spécifique à la France, et qu'aucune donnée de la littérature ne souligne son intérêt en ce qui concerne la réduction du risque périnatal, bien que les résultats sur des critères subrogés dans le cadre des consultations chirurgicales suggèrent que le changement de pratiques améliore le devenir des patients ³⁵. Les conséquences de l'apport d'informations relatives à la péridurale à la parturiente semblent néanmoins bénéfiques au moins sur un plan purement humain, dans la mesure où l'on pourrait difficilement réaliser un geste d'anesthésie chez une personne n'ayant pas été informée de ses modalités.

Une étude réalisée à Brisbane en Australie ³⁶ dans une population de femmes enceintes obèses a évalué le rôle de la CPA pour assister la femme enceinte à choisir sa technique d'analgésie pour le travail obstétrical. Son intérêt dans le cadre de la réduction d'un score composite de conflit décisionnel comprenant notamment une auto-évaluation de leur degré d'incertitude et d'anxiété a également été analysé. Enfin, l'appréciation de leur statut de grossesse à risque par les parturientes a été évalué avant et après la consultation. Les résultats mettent en évidence que deux tiers des 89 parturientes incluses dans l'étude estiment que la CPA leur a permis de prendre une décision éclairée concernant la façon dont elles voulaient que la douleur du travail soit gérée. La population étudiée a fait un plus large usage de l'analgésie péridurale que la population générale de la région de Brisbane - 48% *versus* 34%. L'implication de la CPA dans cette tendance est probablement avérée. Après la CPA, le score de conflit décisionnel était significativement plus faible qu'avant la consultation, et le score relatif à l'anxiété de la parturiente était également diminué au décours de la consultation. Enfin, l'étude ne retrouve pas d'effet de sensibilisation des parturientes quant à leur perception du degré de risque inhérent à la grossesse dans un contexte d'obésité suite à la consultation d'anesthésie. L'information délivrée n'étant pas standardisée, une approche plus encadrée et multidisciplinaire dans ce sens pourrait être bénéfique.

Une information claire, loyale et adaptée est essentielle à l'obtention du consentement éclairé. Celui-ci repose sur le concept d'**autonomie**, mettant l'accès sur le pouvoir décisionnel qu'a tout individu concernant sa prise en charge. Dans notre cas précis, c'est le choix de décider des modalités d'analgésie pendant le travail qui est crucial. L'accès à la péridurale a été une grande avancée médicale et sociale, dans la mesure où il s'agit de la méthode la plus efficace de gestion de la douleur avec des bénéfices largement supérieurs à ses risques. Néanmoins, sa mise en place dépend évidemment de la volonté de la parturiente, qui doit être respectée en cas de refus. Le processus de consentement repose sur sept éléments fondamentaux ³⁷ : la capacité à prendre une décision, la liberté de pouvoir prendre une décision dans un cadre légal qui l'autorise, l'accès à des informations adaptées, les recommandations d'un professionnel de santé spécialiste dans le domaine concerné, la compréhension par la parturiente des éléments pré-cités, et enfin la décision de la femme enceinte en faveur d'une stratégie et la verbalisation de son autorisation à la mettre en oeuvre. La CPA devrait pouvoir contribuer à recueillir l'avis et le consentement de la parturiente avant qu'elle ne soit en travail.

Une étude texane parue en 2011 dans *Anesthesia & Analgesia* ³⁸ avait abordé cette thématique. Elle rapporte que pour obtenir le consentement de la parturiente, il est nécessaire d'expliquer les risques inhérents à la pratique de l'analgésie péridurale, ceux qui sont les plus souvent explicités étant les plus fréquents et les plus graves. Ces informations doivent cependant être adaptées à la demande de la parturiente. Il semblerait que l'information en CPA obstétricale, en plus de celle des ateliers de préparation à l'accouchement, souvent organisés par des sages-femmes en partenariat avec anesthésistes et obstétriciens, permette une meilleure rétention des données. L'article rappelle que la signature de la parturiente sur un formulaire de consentement, pratique courante dans les milieux anglo-saxons, n'a pas de valeur ni déontologique ni légale, le consentement pouvant être à tout moment révoqué ou rediscuté par la femme enceinte. Enfin la question du consentement peut être au centre de

débats lorsque la décision de la parturiente peut mettre son foetus ou sa propre santé en péril, comme dans le cas des témoins de Jéhovah refusant la transfusion sanguine dans des situations à risque. Les implications médico-légales et éthiques sont essentielles lorsque l'on est face à une parturiente dont l'observance à un traitement est incertaine, quand elle ne consent pas à des thérapeutiques de sauvetage, ou dans le cas de grossesse chez une mineure. La frontière entre autonomie et paternalisme devient alors difficile à distinguer.

Le consentement doit-il pour autant être absolument recueilli en amont du travail ? La femme enceinte en cours de travail est-elle encore en capacité d'élaborer un consentement à la prise en charge de sa douleur, malgré le contexte de stress et de contractions douloureuses ? C'est la question sur laquelle se sont penchés Saunders *et al.*³⁹ dans leur étude parue en 2006. Celle-ci consistait en un recueil de 448 questionnaires envoyés à des anesthésistes américains membres de la *Society of Obstetric Anesthesia and Perinatology*. Soixante-huit pour cent d'entre eux estiment que la parturiente en cours de travail est en mesure de donner un consentement éclairé concernant la méthode d'analgésie qu'elle souhaite pour le travail. Treize pour cent des anesthésistes sondés recommandent une CPA pour les parturientes en demande d'information. Il est important de préciser que le point de vue des parturientes n'a pas été évalué dans cette étude et qu'il s'agit là de la seule appréciation des anesthésistes sans aucun critère objectif robuste, dans un contexte où le recueil d'un consentement par écrit était formalisé pour plus de la moitié des praticiens.

Le consentement pourrait donc être recherché pendant le travail, comme pour une consultation en urgence chez une femme qui n'aurait pas eu de CPA en amont, ou encore une parturiente qui aurait pu changer d'avis entre sa CPA et le début du travail. Toutefois, il paraît important de souligner que le contenu des informations délivrées pendant une consultation formalisée peut être différent de celui transmis dans l'urgence, et la CPA programmée semble être une occasion privilégiée d'établir un contact humain adapté pour répondre aux éventuelles interrogations de la parturiente de manière anticipée et non biaisée par le contexte de travail évolutif.

In fine, s'il est bien une interrogation qui reste difficile à dissiper, c'est celle qui repose sur le consultant : alors qu'à l'étranger le triage des patients et la consultation pour un individu sans antécédent est souvent faite par un infirmier, la CPA est un acte uniquement médical en France. Nous avons toutefois constaté au terme de notre étude que seules 12,3% des parturientes de notre effectif nécessitaient une prise en charge particulière, l'immense majorité ressortant de l'étape de la CPA avec un semblant de « bon pour péridurale ». Or, l'INSEE rapporte un nombre de naissances vivantes de 828000 en France en 2010. Cela signifie donc que dans l'idéal, supposant que ces grossesses ont toutes été suivies, plus de 800000 consultations d'anesthésie obstétricale devraient être menées chaque année par des médecins anesthésistes-réanimateurs.

Nous avons précédemment évoqué la problématique démographique du vieillissement de la population d'anesthésistes et des difficultés à combler leurs départs à la retraite à l'heure actuelle. Monopoliser des anesthésistes pour effectuer autant de consultations chez des femmes dont la majorité est en bon état général et ne nécessite pas d'adaptation thérapeutique pour le *peripartum* pourrait sembler peu approprié dans une logique d'**équité** dans la répartition des ressources de santé et de **justice distributive**. Malgré cela, nous ne pouvons pas nous affranchir du principe de précaution et de l'anticipation, pierre angulaire de notre spécialité : éviter une complication chez une parturiente qui n'aurait pas été examinée en CPA prime sur l'apparente « futilité » d'une consultation médicale chez une femme en bon état de santé.

Notre étude souligne le fait que les femmes présentant une GHR sont les plus à même de devoir nécessiter une prise en charge adaptée en conclusion de la CPA. Nous avons également rappelé l'importance de l'information portant sur les méthodes d'analgésie, et principalement l'analgésie péridurale, afin que la parturiente puisse décider de manière éclairée des méthodes dont elle souhaitera disposer pour contrôler la douleur liée au travail. Le triage des parturientes à risque et la délivrance d'une information adéquate sont donc des points primordiaux, gérés par du personnel paramédical spécialisé à l'étranger.

Une récente étude ⁴⁰ a décrit le parcours d'un patient en CPA pour une chirurgie programmée au Royaume-Uni. Un infirmier non spécialisé reçoit le patient à son arrivée pour recueillir son identité et prendre ses constantes. Dans un deuxième temps, le patient est reçu par un infirmier spécialisé, spécifiquement formé à la prise en charge péri-opératoire. La consultation se déroule de manière similaire à nos CPA médicales françaises : relecture du dossier médical, intervention prévue, recueil des antécédents médicaux du patient, évaluation du score ASA, examen physique sommaire, évaluation du risque de ventilation et d'intubation difficile. L'infirmier délivre par la suite des informations sur les protocoles anesthésiques qui seront mis en oeuvre, et les adaptations pré-opératoires à prévoir, notamment le jeûne et l'arrêt de certains traitements. Enfin, c'est à l'infirmier de prescrire des examens complémentaires et de dresser les grandes lignes de la stratégie péri-opératoire. Seuls les patients complexes sont revus par un médecin anesthésiste et le patient est déclaré « apte à la chirurgie » à l'issue de la consultation avec l'infirmier. Il est étonnant de noter que la durée moyenne d'une telle consultation, sans prendre en compte un éventuel recours à un médecin anesthésiste, est de 46 minutes. Cette durée augmente en fonction de l'âge et du score ASA du patient, pouvant facilement dépasser une heure, ce qui serait difficilement envisageable dans nos pratiques. Cette méthode de prise en charge présente l'avantage de pouvoir désengorger les consultations médicales et de permettre à l'anesthésiste de pouvoir mieux se focaliser sur des cas complexes nécessitant une réflexion médicale poussée. Seulement, elle requiert de pouvoir disposer d'effectifs conséquents d'infirmiers ayant eu une formation spécialisée pour effectuer une CPA de manière appropriée et adresser le patient vers un médecin anesthésiste dès lors que l'état du patient s'éloigne de la normale.

Si ce système fonctionne de manière efficiente au niveau organisationnel, qu'en est-il de son efficacité comparée à une consultation médicale ? Un article britannique ⁴¹ a abordé cette problématique en 2002, par la publication d'une étude de non infériorité à type d'essai randomisé comprenant 1907 patients de chirurgie programmée (digestive, vasculaire,

urologique et mammaire) sous anesthésie générale. Ces patients ont été randomisés en deux groupes, un premier ayant une consultation réalisée par un infirmier spécialisé spécialement formé à la consultation d'anesthésie, le deuxième groupe ayant sa CPA avec un jeune interne non-spécialisé, en cours de formation. L'étude a porté sur la comparaison du recueil d'informations par l'interrogatoire, l'examen physique, et la prescription d'examens complémentaires. Les patients étaient systématiquement évalués dans un deuxième temps par un interne en fin de cursus, spécialisé en anesthésie, et le premier examen était comparé à celui de l'interne senior. Les données étaient finalement revues par un médecin anesthésiste titulaire. Le critère de jugement principal était la recherche d'une sous-estimation du risque avec une implication sur la gestion péri-opératoire. Au final, 13% des évaluations menées par un infirmier échouaient à mettre en évidence des éléments qui pourraient affecter la prise en charge péri-opératoire, versus 15% pour les CPA réalisées par de jeunes internes non spécialisés, et les jeunes internes avaient une tendance plus fréquente à prescrire des examens complémentaires non-indiqués. L'étude conclut à une non-infériorité de l'évaluation infirmière, néanmoins plusieurs limitations de l'étude sont à souligner. D'une part, les résultats étaient globalement peu satisfaisants étant donnée la fréquence d'évaluations inadéquates en terme d'anticipation du risque péri-opératoire. Par ailleurs, utiliser des jeunes internes non formés à une évaluation pré-opératoire pour comparer leurs pratiques à celle d'infirmiers spécialisés semble peu appropriée, la CPA étant généralement réalisée par des internes plus avancés dans leur parcours et spécialisés en anesthésie, voire par des consultants. Il aurait été plus licite de comparer les pratiques infirmières avec celles des médecins anesthésistes.

Peu de données existent dans la littérature pour évaluer l'efficacité d'une consultation infirmière. La méta-analyse de la *Cochrane Database*⁴² datant de 2013 ne retrouve que deux essais randomisés dont celui que nous venons de citer, le second portant sur une évaluation pré-anesthésique menée par des infirmiers dans le cadre de chirurgie pédiatrique programmée. Au final, il n'y a pas de preuve scientifique formelle permettant d'affirmer qu'une consultation par un infirmier a une incidence en terme de différence de complications péri-opératoires, de report de chirurgie, ou de satisfaction des patients, en comparaison avec une consultation médicale.

En France, il serait difficile de concevoir un glissement de tâches du médecin anesthésiste-réanimateur vers un infirmier spécialisé pour désengorger le planning du médecin et l'affecter à une activité visant à drainer uniquement les patients polyopathologiques ou à risque péri-opératoire *a priori* élevé. Des formations de spécialisation infirmières telles que décrites à l'étranger n'existent pas dans l'Hexagone, et pourraient engendrer des coûts non négligeables. Il est également évident qu'au-delà de son intérêt médical, la CPA représente une certaine source de revenus pour les anesthésistes-réanimateurs du secteur privé.

Ces études apportent un autre regard sur nos habitudes et s'il fallait en tirer des conclusions exportables dans nos pratiques, on note la mise en avant de l'intérêt d'une prise en charge conjointe, paramédicale et médicale, associant les multiples professionnels de santé impliqués dans la grossesse de la parturiente.

F. Des perspectives d'avenir

À l'heure actuelle, il est impensable d'envisager la pratique de l'anesthésie comme étant cantonnée aux salles d'opérations et - pour le cadre de l'obstétrique - aux salles de naissance. Le rôle clé du médecin anesthésiste-réanimateur comme membre de l'équipe de la médecine péri-opératoire est incontestable⁴³. Les réflexions issues de notre travail suggèrent cependant qu'il est nécessaire de repenser la pratique de la consultation d'anesthésie obstétricale pour l'adapter à la demande et optimiser son efficacité.

Dans ce sens, l'optimisation du travail d'équipe est essentielle, et si en France il est n'est pas concevable d'imaginer que toute parturiente n'ait pas une consultation d'anesthésie, peut-être qu'un meilleur fléchage des parturientes à risque serait bénéfique. Ainsi, les consultations adaptées aux GHR, moyennant des plages horaires plus vastes et des possibilités d'interactions facilitées avec d'autres spécialistes d'organe, comme cela est déjà mis en place dans certaines maternités, devraient être généralisé.

L'idée de la checklist pour dépister les situations à risque est déjà utilisée, sous la forme du questionnaire d'auto-évaluation parfois remis aux patients et aux parturientes avant la consultation d'anesthésie. Son développement à une plus grande échelle, remplie peut-être avec l'aide d'un professionnel de santé, pourrait permettre de mieux orienter les parturientes à risque vers un spécialiste adapté à leur situation.

Enfin, la communication et la délivrance de l'information représentent une dimension cruciale de la CPA en obstétrique. Si la prise en charge n'est que rarement modifiée pour la grande majorité de nos parturientes, c'est sur une amélioration de la transmission d'information que peut reposer l'enjeu de la consultation pour cette population particulière. Une part d'information est déjà transmise par le recours aux ateliers de préparation à l'accouchement, pratique populaire mais non obligatoire. Dans tous les cas, une femme enceinte sans pathologie évolutive vient généralement à sa consultation avec l'anesthésiste pour être informée des modalités de la péridurale, et le temps que l'on accorde à cette discussion semble minime en comparaison avec les attentes des parturientes.

Notre étude n'a pas évalué le degré de compréhension des informations reçues par les parturientes. La CPA en obstétrique remplit-elle sa mission d'information ? Il s'agit là d'un champ d'exploration qui mériterait une étude spécifiquement orientée vers cette problématique.

Alors que les nouvelles technologies d'information et de communication sont en plein essor, par l'intermédiaire notamment des médias et des ressources disponibles sur Internet, nombre de parturientes se retournent vers des forums où tout un chacun peut dispenser des données non contrôlées à grande échelle. La communauté médicale tente de se tourner vers un meilleur usage de ces médias et tend à valoriser la transmission d'informations officielles issues de recommandations de sociétés savantes sur les sites internet des structures hospitalières.

Des solutions complémentaires pourraient s'envisager. Ainsi, la diffusion de vidéos informatives dans les salles d'attente de la consultation d'anesthésie pourrait être une première approche. La mise en place de consultations en groupe est une autre possibilité, comme cela a été le cas à l'hôpital Antoine Béclère de Clamart. Dans un premier temps, l'atelier se voulait informatif, à type de réunion d'information pédagogique réalisé par des anesthésistes d'obstétrique face à une vingtaine de femmes enceintes, leur permettant par la même occasion de poser des questions et de discuter des problématiques générales qu'elles souhaiteraient soulever. Ensuite, chacune des femmes était reçue dans un box de consultation pour le recueil de leurs antécédents et un examen somatique. Ces modalités n'ont pu être maintenues pour des raisons organisationnelles et leur intérêt en terme de rétention d'information par les parturientes est en cours d'évaluation au fil d'une étude menée à Béclère. La facilitation logistique de ce type de consultation pourrait permettre de rendre plus accessible l'information liée à la péridurale, et d'optimiser de manière efficiente les ressources médicales dans ce sens. Enfin, associer infirmiers spécialisés et sages-femmes dans cette prise en charge revêt une importance capitale pour une prise en charge globale des plus adéquates.

V. Conclusion

Notre étude prospective observationnelle souligne l'intérêt de la consultation pré-anesthésique en obstétrique et rapporte une proportion de 12,3% de parturientes présentant des particularités qui nécessitent des investigations complémentaires dans le cadre de la prise en charge *peripartum*, parmi un effectif de 652 femmes enceintes dans deux maternités de type III en région parisienne.

Ces particularités étaient plus fréquentes chez les femmes ayant un score ASA élevé, ou présentant une grossesse à haut risque, que ce risque soit lié à une pathologie maternelle ou à un risque foeto-néonatal. Elles induisaient des prescriptions d'examens complémentaires, une récupération de dossiers antérieurs et le recours à des avis spécialisés.

La consultation durait en moyenne 10 à 20 minutes avec plus de 5 minutes accordées à l'information relative à l'analgésie péridurale.

Des études complémentaires utilisant par exemple des questionnaires destinés aux parturientes pourraient apporter un nouvel éclairage sur la qualité des informations retenues à l'issue de la consultation et leurs demandes spécifiques, afin d'envisager un accompagnement adéquat durant le travail obstétrical.

VI. Résumé

Contexte : La consultation pré-anesthésique (CPA) est une étape incontournable du parcours pour tout patient en péri-opératoire. Son bénéfice en anesthésie obstétricale et son rôle de dépistage de pathologies impliquant un risque périnatal n'a pas été validé. Nous avons étudié l'épidémiologie d'une population de parturientes, les modalités de réalisation de la CPA et les facteurs prédictifs de la mise en évidence d'une particularité nécessitant des investigations spécifiques à l'issue de la consultation.

Matériel et Méthodes : étude observationnelle prospective réalisée dans deux maternités de type III en région parisienne, de janvier à mars 2015, à partir de questionnaires remplis par les anesthésistes en CPA. *Critères d'inclusion :* toute parturiente faisant l'objet d'une CPA obstétricale. *Critère de jugement principal :* mise en évidence d'une particularité induisant une modification de prise en charge. *Statistiques :* moyennes, médianes et interquartiles 25%-75%, pourcentages, tests de χ^2 et de Fisher. Les résultats étaient significatifs si $p < 0,05$.

Résultats : 652 femmes ont été incluses, dont 20,1% de grossesses à haut risque. Des particularités nécessitant des investigations n'ont été retrouvées que dans 12,3% des cas, et de manière plus fréquente en fonction du score ASA, et d'un statut de grossesse à haut risque ($p < 0,0001$). La CPA durait 10 à 20 minutes avec plus de 5 minutes accordées à l'information sur l'analgésie péridurale. De nouvelles pistes sont à explorer quant aux modalités de réalisation de la consultation et à une meilleure diffusion de l'information sur la péridurale pour une prise en charge globale de la parturiente dans le respect de son autonomie.

VII. Références bibliographiques

1. Lee JA. The anaesthetic out-patient clinic. *Anaesthesia* 1949;4(4):169-174.
2. Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology* 2012;116(3):522-538.
3. Eon et le groupe de travail SFAR «dossier d'anesthésie», La consultation et le dossier d'anesthésie : qualité du dossier, MAPAR 2002, Paris.
4. Correll DJ, Bader AM, Hull MW, Hsu C, Tsen LC, Hepner DL. Value of preoperative clinic visits in identifying issues with potential impact on operating room efficiency. *Anesthesiology* 2006;105(6):1254–1259.
5. Haq ZA, Murthy P, Malik I, Lahori VU, Chaudhary S, Ahuja S. Detection of comorbid illnesses during pre-anaesthesia evaluation in a university teaching hospital: A prospective observational study. *Natl Med J India* 2014;27(5):256–258.
6. Starsnic MA, Guarnieri DM, Norris MC. Efficacy and financial benefit of an anesthesiologist-directed university preadmission evaluation center. *J Clin Anesth* 1997;9(4):299-305.
7. Ferschl MB, Tung A, Sweitzer B, Huo D, Glick DB. Preoperative clinic visits reduce operating room cancellations and delays. *Anesthesiology* 2005;103(4):855-859.
8. van Klei WA, Moons KGM, Rutten CLG, Schuurhuis A, Knape JTA, Kalkman CJ, Grobbee DE. The effect of outpatient preoperative evaluation of hospital inpatients on cancellation of surgery and length of hospital stay. *Anesth Analg* 2002;94(3):644-649.
9. Klopfenstein CE. La consultation d'anesthésie, *Forum Med Suisse* 2002;12:272–275.
10. Décret n°94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique, *Journal Officiel de la République Française*, n°284, décembre 1994.
11. Jones K, Guidelines for the Provision of Anaesthetic Services, *Anaesthesia Services for Preoperative Assessment and Preparation*, Royal College of Anaesthetists 2014:1-10.
12. Chan FWK, Wong FYY, Cheung YS, Chui PT, Lai PBS. Utility of a preoperative assessment clinic in a tertiary care hospital. *Hong Kong Med J* 2011;17(6):441–445.
13. Amaya F, Shimamoto S, Matsuda M, Kageyama K, Sawa T. Preoperative anesthesia clinic in Japan: a nationwide survey of the current practice of preoperative anesthesia assessment. *J Anesth* 2015;29(2):175-179.
14. Pre-operative Assessment and Patient Preparation, *The Role of the Anaesthetist*, Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland Safety Guideline. 2010.

15. Bond DM. Pre-anesthetic assessment clinics in Ontario, *Can J Anaesth* 1999;46(4): 382-387.
16. Hilditch WG, Asbury AJ, Crawford JM. Pre-operative screening: Criteria for referring to anaesthetists. *Anaesthesia* 2003;58(2), 117-124.
17. Muckler VC, Vacchiano CA, Sanders EG, Wilson JP, Champagne MT. Focused Anesthesia Interview Resource to Improve Efficiency and Quality. *J Perianesth Nurs* 2012;27(6):376-384
18. Dhesi JK, Swart M. Specialist pre-operative assessment clinics. *Anaesthesia* 2016;71 Suppl 1:3-8.
19. Epidural Anaesthesia in Labour - Clinical Guideline, Royal Cornwall Hospitals, NHS Trust 2015, 1-11.
20. Recommandations professionnelles : Organisation de l'Anesthésie-Réanimation Obstétricale, Société Française d'Anesthésie et de Réanimation 2016, 1–20
http://sfar.org/wp-content/uploads/2014/04/RPOrgaARO_final_15012016.pdf
21. La situation périnatale en France en 2010, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (775):1-8
22. Les blocs périmédullaires chez l'adulte : Recommandations pour la Pratique Clinique, Société Française d'Anesthésie et de Réanimation 2006.
23. Vincelet C, Crenn-Hébert C, Lebreton E, Menguy C, Poulain C, Daniel AG. La santé périnatale en Île-de-France. Tableau de bord d'indicateurs départementaux et régionaux en périnatalité et orthogénie. Observatoire Régional de Santé - Île de France, septembre 2015
24. Davie E. Un premier enfant à 28 ans. *INSEE Première* 2012;1419:1–4.
25. Osterman MJK, Martin JA. Epidural and spinal anesthesia use during labor: 27-state reporting area. *Natl Vital Stat Rep* 2011;59(5):1-13, 16.
26. 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;21(4):317-23.
27. Pregnancy Outcomes in South Australia 2012, Pregnancy Outcome Unit, South Australia Health, September 2014.
28. National Health Service Maternity Statistics. Hospital Episode Statistics. Health and Social Care Information Centre, January 2015.
29. Pontone S, Brouard N. La démographie médicale des anesthésistes-réanimateurs est-elle encore compromise en France à l'horizon 2020 ? *Ann Fr Anesth Reanim* 2010;29(12): 862-867.

30. Scherpereel P, Sondore A. The evolution of human resource needs in Europe. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2002;16(3):443-457.
31. Ségura P. La démographie des anesthésistes en Europe. Communication du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers en Anesthésie-Réanimation 2006, 11-14.
32. Dogliotti AM. Segmental peridural spinal anesthesia. *Am J Surg* 1933;20:107–118.
33. Francis S. Antenatal anaesthetic assessment of the pregnant woman, *Anaesth Intensive Care Med* 2004:218–221.
34. Rai MR, Lua SH, Popat M, Russell R. Antenatal anaesthetic assessment of high-risk pregnancy: A survey of UK practice. *Int J Obstet Anesth* 2005;14(3):219–222.
35. Blitz JD, Kendale SM, Jain SK, Cuff GE, Kim JT, Rosenberg AD. Preoperative evaluation clinic visit is associated with decreased risk of in-hospital postoperative mortality. *Anesthesiology* 2016;125(2):280-294
36. Eley VA, Donovan K, Walters E, Brijball R, Eley DS. The effect of antenatal anaesthetic consultation on maternal decision-making, anxiety level and risk perception in obese pregnant women. *Int J Obstet Anesth* 2014;23:118-124.
37. Hoehner PJ. Ethical aspects of informed consent in obstetric anesthesia - new challenges and solutions. *J Clin Anesth* 2003;15(8):587-600.
38. Broaddus BM, Chandrasekhar S. Informed consent in obstetric anesthesia. *Anesth Analg* 2011;112(4):912-915.
39. Saunders TA, Stein DJ, Dilger JP. Informed consent for labor epidurals: A survey of Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology anesthesiologists from the United States. *Int J Obstet Anesth* 2006;15(2):98-103.
40. Hawes RH, Andrzejowski JC, Goodhart IM, Berthoud MC, Wiles MD. An evaluation of factors influencing the assessment time in a nurse practitioner-led anaesthetic pre-operative assessment clinic. *Anaesthesia* 2016;71(3):273–279.
41. Kinley H, Czoski-Murray C, George S, McCabe C, Primrose J, Reilly C, Wood R, Nicolson P, Healy C, Read S, Norman J, Janke E, Alhameed H, Fernandes N, Thomas E. Effectiveness of appropriately trained nurses in preoperative assessment: randomised controlled equivalence/non-inferiority trial. *BMJ* 2002;325(7376):1323–1328.
42. Nicholson A, Coldwell CH, Lewis SR, Smith AF. Nurse-led versus doctor-led preoperative assessment for elective surgical patients requiring regional or general anaesthesia, *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Nov 12;(11) Art.No.: CD010160.
43. Carlisle JB, White SM, Tobin AE. The anaesthetist and peri-operative medicine: Migration and evolution. *Anaesthesia* 2016;71 Suppl 1:1-2.

VIII. Annexes

A. Questionnaire utilisé pour le recueil de données

* Consultation d'anesthésie obstétricale : audit *

Montreuil

Bicêtre

Parturiente : Initiales (Nom/Prénom) :

Âge : Classe ASA :

Gestité : Parité : Terme : SA jours

Grossesse physiologique

Pathologie maternelle liée à la grossesse (HTA, infection, MTEV, risque hémorragique...)

Risque foeto-néonatal (prématurité, RCIU, grossesse multiple ...)

Modalité d'accouchement prévue : Voie basse Césarienne

Antécédent de péridurale obstétricale : oui non

Déroulement de la consultation

Date : ___/___/___ semaine week-end

Heure : 8h-18h 18h-8h

Modalités : programmée

en urgence : au lit de la parturiente en salle de naissance

Réalisée par : Senior Interne

Durée: < 10 min 10 à 20 min > 20 min

Temps consacré à l'information sur l'anesthésie obstétricale : < 5 min > 5 min

Barrière linguistique : oui non

Document d'information remis : oui non

Conclusion de la consultation

Consultation sans particularité, bilan et avis non nécessaires

Nécessité de récupérer un dossier antérieur (de l'hôpital ou de l'extérieur)

Nécessité d'une :

Au sein de l'équipe d'anesthésie

Réunion avec l'équipe obstétricale et/ou pédiatrique

Demande d'avis spécialisé

(cardiologie , neurologie , hématologie/hémostase , autre

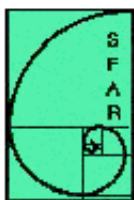
.....)

Prescription d'examen complémentaires spécialisés

Stratégie anesthésique à ré-évaluer dans une deuxième consultation d'anesthésie

Modification de la stratégie obstétricale initialement prévue

B. Document d'information de la SFAR



Information médicale sur l'analgésie péridurale en obstétrique

Ce document est destiné à vous informer sur la technique d'analgésie péridurale, ses avantages et ses risques. Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure qui vous sera proposée par l'équipe médicale, ou que vous demanderez vous-même pour votre futur accouchement.

Qu'est-ce que l'analgésie péridurale ?

C'est une technique d'anesthésie locorégionale réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur. Elle est destinée à supprimer ou à atténuer les douleurs de l'accouchement et/ou, si besoin, à en faciliter le déroulement. C'est à ce jour la méthode la plus efficace. Son principe est de bloquer la transmission des sensations douloureuses au niveau des nerfs provenant de l'utérus en injectant à leur proximité un produit anesthésique local associé ou non à un dérivé de la morphine.

Cette technique assure une bonne stabilité des fonctions vitales, bénéfique pour la mère et l'enfant. Ce blocage se fait à proximité de la moelle épinière dans l'espace péridural, par l'intermédiaire d'un tuyau très fin (cathéter) introduit dans le dos à l'aide d'une aiguille spéciale. Le cathéter reste en place pendant toute la durée de l'accouchement afin de permettre l'administration répétée de l'anesthésique. S'il est nécessaire de pratiquer une césarienne ou toute autre intervention, l'anesthésie pourra être complétée par ce dispositif ; ce qui n'exclut pas le recours à l'anesthésie générale au décours de l'accouchement.

Une consultation est réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur dans les quelques semaines précédant votre accouchement. N'hésitez pas à cette occasion à poser toutes les questions que vous jugerez utiles. Au moment de bénéficier de l'analgésie péridurale, vous aurez la visite du médecin anesthésiste-réanimateur qui vous prendra en charge et les données de la consultation seront actualisées. Il peut arriver, en fonction de votre état de santé ou du résultat des examens complémentaires qui vous auront éventuellement été prescrits, que l'analgésie péridurale ne puisse être effectuée, contrairement à ce qui avait été prévu. C'est le cas, par exemple, s'il existe de la fièvre, des troubles de la coagulation du sang, une infection de la peau au niveau du dos ou toute autre circonstance pouvant être considérée à risque. Le choix définitif et la réalisation de l'acte relèvent de la décision du médecin anesthésiste-réanimateur et de sa disponibilité.

Comment serez-vous surveillée pendant l'analgésie péridurale ?

Comme tout acte d'anesthésie, l'analgésie péridurale se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation.

Durant l'analgésie péridurale, vous serez prise en charge par une équipe comportant le médecin anesthésiste-réanimateur, la sage-femme, et éventuellement une infirmière anesthésiste diplômée d'état.

Quels sont les inconvénients et les risques de l'analgésie obstétricale ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque. Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie permettent de dépister rapidement les anomalies et de les traiter.

Pendant l'analgésie péridurale, une sensation de jambes lourdes et une difficulté à les bouger peuvent s'observer. C'est un effet sans gravité de l'anesthésique local. Au moment de la sortie du bébé, l'envie de pousser est souvent diminuée et une sensation de distension peut être perçue. Une difficulté transitoire pour uriner est fréquente lors d'un accouchement et peut nécessiter un sondage évacuateur de la vessie. Une baisse transitoire de la pression artérielle peut survenir. Si les dérivés de la morphine ont été utilisés, une sensation de vertige, des démangeaisons passagères, des nausées sont possibles. Des douleurs au niveau du point de ponction dans le dos peuvent persister quelques jours mais sont sans gravité.

L'analgésie peut être insuffisante ou incomplète pendant les contractions. Une nouvelle ponction peut alors être nécessaire, de même qu'en cas de difficulté de mise en place ou de déplacement du cathéter.

Exceptionnellement, des maux de tête majorés par la position debout peuvent apparaître après l'accouchement. Le cas échéant, leur traitement vous sera expliqué. Dans de très rares cas, une diminution transitoire de la vision ou de l'audition peut être observée.

Des complications plus graves : convulsions, arrêt cardiaque, paralysie permanente ou perte plus ou moins étendue des sensations, sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésies de ce type sont réalisées chaque année.

Enfin, pour votre bébé, l'accouchement sous analgésie péridurale ne comporte pas plus de risque qu'un accouchement sans péridurale.

La consultation pré-anesthésique en obstétrique Evaluation des pratiques dans deux maternités d'Île-de-France

Contexte : La consultation pré-anesthésique (CPA) est une étape incontournable du parcours pour tout patient en péri-opératoire. Son bénéfice en anesthésie obstétricale et son rôle de dépistage de pathologies impliquant un risque périnatal n'a pas été validé. Nous avons étudié l'épidémiologie d'une population de parturientes, les modalités de réalisation de la CPA et les facteurs prédictifs de la mise en évidence d'une particularité nécessitant des investigations spécifiques à l'issue de la consultation.

Matériel et Méthodes : étude observationnelle prospective réalisée dans deux maternités de type III en région parisienne, de janvier à mars 2015, à partir de questionnaires remplis par les anesthésistes en CPA. *Critères d'inclusion :* toute parturiente faisant l'objet d'une CPA obstétricale. *Critère de jugement principal :* mise en évidence d'une particularité induisant une modification de prise en charge. *Statistiques :* moyennes, médianes et interquartiles 25%-75%, pourcentages, tests de χ^2 et de Fisher. Les résultats étaient significatifs si $p < 0,05$.

Résultats : 652 femmes ont été incluses, dont 20,1% de grossesses à haut risque. Des particularités nécessitant des investigations n'ont été retrouvées que dans 12,3% des cas, et de manière plus fréquente en fonction du score ASA, et d'un statut de grossesse à haut risque ($p < 0,0001$). La CPA durait 10 à 20 minutes avec plus de 5 minutes accordées à l'information sur l'analgésie péridurale. De nouvelles pistes sont à explorer quant aux modalités de réalisation de la consultation et à une meilleure diffusion de l'information sur la péridurale pour une prise en charge globale de la parturiente dans le respect de son autonomie.

Mots clés : Consultation pré-anesthésique, anesthésie obstétricale, analgésie péridurale, information, consentement éclairé, pratiques à l'étranger, épidémiologie obstétricale

Pre-anesthesia assessment in obstetrics A survey in two obstetric units in Parisian suburbs

Context: Pre-anesthesia assessment (PAA) is a fundamental step for any patient requiring surgery. In obstetrical anesthetics, it has not been proven if the PAA improves the medical outcome amongst pregnant women yet. Our study focused on obstetrical epidemiology in France, the way the PAA is usually done in obstetrics and the predictive factors that could lead to discover undetected comorbid illnesses, which may require proper assessment, treatment and optimization before delivery.

Methods: prospective observational study conducted in two level 3 maternity hospitals (with neonatal intensive care unit) in Parisian suburbs, from January to March 2015, based on a questionnaire filled up by anesthetists doing obstetrical PAA. *Inclusion criteria:* any pregnant woman seen on PAA. *Primary outcome:* any problem found on PAA inducing a change in the therapeutic care for the rest of the pregnancy. *Statistics:* mean values, median values and 25-75% interquartiles, percentages, χ^2 and Fisher's test were used. The results were significant if $p < 0,05$.

Results: 652 women have been included, and 20,1% of them were having a high-risk pregnancies. PAA highlighted problems requiring investigations in only 12,3% of the entire group; these findings were more frequent amongst women with higher ASA score and high-risk pregnancy ($p < 0,00001$). PAA took 10 to 20 minutes to be done, including more than 5 minutes to share information about pain management options during labour. There is room for improvement of PAA logistical organisation to make it more efficient. Alternative ways to inform pregnant women about epidural analgesia should be sought for a better global and ethical care.

Keywords: Pre-anesthesia assessment, obstetrical anesthesia, epidural analgesia, information, informed consent, comparison with international practice, obstetrical epidemiology

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