HAL open science

Discordance entre souhait et réalisation de l'analgésie péridurale : étude multicentrique, descriptive, rétrospective, quantitative

Hélène Delannoy

To cite this version:

Hélène Delannoy. Discordance entre souhait et réalisation de l'analgésie péridurale : étude multicentrique, descriptive, rétrospective, quantitative . Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01666528

HAL Id: dumas-01666528

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01666528v1

Submitted on 18 Dec 2017

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

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

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE

FACULTE LIBRE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE

FILIERE MAIEUTIQUE

DISCORDANCE ENTRE SOUHAIT ET REALISATION DE L'ANALGESIE PERIDURALE

Etude multicentrique, descriptive, retrospective, quantitative

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Présenté et soutenu par

Hélène DELANNOY

Sous la direction de

Mme Buttitta – Docteur en psychologie

Année universitaire 2016-2017

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE

FACULTE LIBRE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE

FILIERE MAIEUTIQUE

DISCORDANCE ENTRE SOUHAIT ET REALISATION DE L'ANALGESIE PERIDURALE

Etude multicentrique, descriptive, retrospective, quantitative

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Présenté et soutenu par

Hélène DELANNOY

Sous la direction de

Mme Buttitta – Docteur en psychologie

Année universitaire 2016-2017

Remerciements

Je tiens à remercier :

- Mme Demilly pour m'avoir aidée à réaliser mon protocole ainsi que mon questionnaire et pour ses encouragements lors du passage du CIER.

- Mme Buttitta qui m'a soutenu et aidé dans l'aboutissement de ce mémoire.

- Mme Roux pour son soutien et pour m'avoir orientée lors de la naissance de ce mémoire de fin d'étude.

Je tiens à remercier Jean Paul Niguet pour sa disponibilité et son aide dans l'analyse des données statistiques.

Je tiens également à remercier les cadres des différentes maternités qui m'ont permis de mener mon étude ainsi que toutes les équipes des services de suites de couches.

Je tiens à remercier les patientes qui ont participé à cette étude et sans qui ce mémoire n'aurait pu aboutir.

Je tiens à remercier l'équipe pédagogique, pour la qualité de leur enseignement ainsi que leur disponibilité et leur écoute.

Je tiens à remercier ma famille et mes ami(e)s pour leur bienveillance et leur soutien durant ces 5 années d'étude ainsi que Constance Ruffat pour ces quatre années de collocation, ses bons conseils et sa fraicheur.

Sommaire

Glossaire 2
Introduction 3
Matériel et Méthode 5
Résultats et Analyses 8
1. Description de la population étudiée 8
1.1. Population d'analyse 8
1.2. La demande « a priori » des femmes 9
1.3. Souhait initial et issue de l'accouchement 9
2. Caractéristiques de la population 9
3. Caractéristiques du travail 13
4. Raisons de la pose de l'analgésie péridurale 18
Discussion 20
1. Biais et limites 20
2. Discussion des résultats 21
2.1. Issue de l'accouchement face au souhait énoncé des parturientes lors de leur grossesse 21
2.2. Caractéristiques de la population 22
2.3. Caractéristiques du travail 25
2.4. Les raisons du changement d'avis des patientes concernant l'APD 28
Conclusion 31
Bibliographie 33

Glossaire

APD : Analgésie Péridurale

CCTIRS : Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé

CIANE : Collectif Inter Associatif autour de la Naissance

CIER : Comité Interne d'Ethique de la Recherche

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de Recherche Médical

PNP : Préparation à la Naissance et la parentalité

RPM : Rupture prématurée des membranes

SA : Semaine d'Aménorrhée

Introduction

On ne saurait que trop insister sur le poids de la malédiction biblique dans le vécu des accouchements d'autrefois : "Tu enfanteras dans la douleur" dit la Genèse, faisant de chaque naissance l'expiation indéfiniment renouvelée de la faute de la première femme. Depuis toujours, le vécu de la douleur dans l'accouchement est bien connu et on s'est efforcé de soulager la parturiente : d'abord par des moyens traditionnels, puis à partir des années 1840 par l'anesthésie, ensuite dans les années 1930-1950 par la mise au point de méthodes naturelles d'accouchement "sans crainte" ou "sans douleur", et enfin à partir des années 1980 par la péridurale [1].

L'explosion de l'analgésie péridurale en France date des années 70-80, période de débat sur l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) et d'émancipation de la femme. Les mouvements féministes et la presse vantaient cette méthode, vue comme un droit. En face, les médecins ont répondu très favorablement à ces demandes, comme les pouvoirs publics, qui ont pris les dispositions réglementaires adéquates. En outre, sous l'impulsion de Simone Veil, l'acte est remboursé à 100% par l'Assurance maladie depuis 1994 [2].

L'histoire du soulagement de la douleur dans l'accouchement s'est donc faite grâce à la conjonction de trois mouvements : les découvertes médicales de techniques et de produits anesthésiants ; la demande des femmes de ne plus souffrir en accouchant ; la volonté du corps médical de ne plus assister dans l'impuissance à des couches douloureuses et souvent dramatiques comme en témoigne une sage-femme en 1995 : « *Depuis l'arrivée de la péridurale en obstétrique, je dois reconnaître n'avoir plus jamais eu à vivre ces accouchements où la naissance était davantage vécue par la femme comme une séance de torture et où, nous, les sages-femmes impuissantes, nous sortions de ces accouchements remplies de honte* » [1].

De nos jours, en France, la pratique de l'analgésie péridurale au cours du travail est en constante augmentation : 66,5% en 1998, 74,9% en 2003 et 77,8% en 2010 [3]. De plus, depuis 2005, le nombre de femmes arrivant à la maternité en souhaitant une péridurale s'accroit considérablement, de même que le taux de péridurale réellement réalisé ensuite **:** 88% des patientes primipares et 58% des patientes multipares ont eu une péridurale en 2012, contre respectivement 76% et 50% pendant la période 2005-2007 [4]. Par ailleurs, la France est l'un des pays où le taux d'APD est le plus élevé en comparaison avec la Finlande 65% (2012), au Canada 57 % (2008) ou encore à la Grande Bretagne 40% selon la BBC en 2011 [5].

Cependant, au cours de mes cinq années d'études, j'ai dû faire face à une minorité de femmes qui ne souhaitaient pas de péridurale, ou qui me disaient « dans un premier temps je veux essayer sans » tout en se laissant la possibilité de changer d'avis. Le souhait d'accoucher sans

APD peut être multifactoriel ; La peur du geste technique de l'APD ainsi que de ses conséquences médicales est la raison la plus souvent avancée (44,7%) par les patientes ne souhaitant pas de péridurale pour leur accouchement. Vient ensuite les motivations de l'ordre de l'intime, reliées à la condition de femme (26,3%). Et enfin, les motivations liées à une volonté d'autonomie dans le travail et l'accouchement (20,2%) [6].

C'est pour cela que depuis quelques années, on assiste à des mouvements féministes et une demande parentale croissante pour une approche moins médicalisée des naissances. En réponse à ce souhait, des maternités proposent des alternatives à la médicalisation avec le développement de salles nature, des pôles physiologiques ainsi que l'accueil des sages-femmes libérales en plateau technique et, depuis peu, l'ouverture des « maisons de naissance ». En revanche, le taux de péridurale dans ces maternités est, au niveau national, rigoureusement égal à celui des maternités qui ne possèdent pas d'espaces physiologiques [7]. Ainsi, en dépit de la demande croissante des patientes pour une démarche moins médicalisée de l'accouchement, l'APD garde une place prépondérante pour gérer la douleur en salle de travail.

L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) en août 2015, nous démontre en effet que 25% des femmes ont déclaré lors de leur grossesse vouloir gérer la douleur différemment sans analgésie péridurale. Parmi elles, 52% ont finalement opté pour cette forme d'anesthésie au cours du travail. Cette étude nous montre que c'est moins le profil de la femme que l'organisation des soins qui va conduire à la pose d'une péridurale au cours du travail [8].

Ainsi, nous pouvons nous poser la question : **Quelles sont les circonstances qui mènent à la pose d'une péridurale au cours du travail chez une femme qui n'en souhaitait pas lors de sa grossesse ?**

L'objectif principal de mon étude est d'analyser les raisons qui mènent à la pose d'une péridurale chez une parturiente qui n'en souhaitait pas lors de sa grossesse.

L'objectif secondaire est d'identifier les différents éléments relatifs à la prise en charge de la patiente au cours du travail pouvant avoir une influence sur son choix.

Mon étude aura alors pour but de déterminer les raisons précises pour lesquelles les patientes qui ne souhaitaient pas, à priori, d'APD ont finalement accouché sous analgésie. Il s'agit d'effectuer une étude descriptive des circonstances du travail (dystocie cervicale, utilisation d'ocytocine de synthèse, RPM…) ainsi que des autres moyens mis en place avant la pose de l'APD.

Matériel et Méthode

Type d'étude

Notre étude était multicentrique, descriptive, rétrospective, quantitative.

Lieux de l'étude :

L'étude s'était déroulée dans six maternités : dont deux niveaux 3 et deux niveau 2 qui réalisaient plus de 2000 accouchements par an. Ainsi que deux maternités niveau 2 qui réalisaient moins de 2000 accouchements par an.

Population

Les parturientes qui, au cours de leur grossesse, ne souhaitaient pas d'analgésie péridurale pour leur accouchement.

Critères d'inclusion

- Les parturientes qui avaient mené une grossesse à bas risque au-delà de 37 Semaines d'Aménorrhée (SA) et qui étaient programmées pour un accouchement physiologique
- Les patientes primipares ou multipares
- Les patientes ayant exprimé le souhait de ne pas bénéficier d'une analgésie péridurale et ayant reçu une péridurale pendant le travail
- Les patientes ayant accepté de remplir le questionnaire et donc de participer à l'étude après avoir reçu une information complète et écrite de l'étude.

Critères de non inclusion

- Les patientes qui avaient exprimé le souhait de bénéficier d'une péridurale lors de leur grossesse
- Les patientes ayant mené une grossesse pathologique ou avec présence de facteurs de risques (âge maternel, sièges, grossesses multiples, diabète gestationnel avec retentissement fœtal, bassin chirurgical, utérus multi cicatriciel)
- Les patientes qui avaient présenté des contre-indications à la péridurale
- Les patientes qui étaient dans l'incapacité de lire ou comprendre le questionnaire soumis
- Les patientes mineures, sous tutelles ou en incarcérations

Principaux critères de jugements

Les raisons de la pose de l'analgésie péridurale, soit :

- Le taux de stagnation de la dilatation du col
- Le taux de travail long et douloureux
- La sous-estimation de la douleur en pré natal
- Le taux de risque accru de césarienne en urgence
- L'anxiété et/ou fatigue
- Sur indication médicale
- La disponibilité limitée de l'anesthésiste
- Le souhait émis par l'accompagnant
- Le souhait émis par l'équipe médicale

Critères de jugements secondaires

- L'accompagnement de la patiente
- Les alternatives non médicamenteuses proposées
- Les antécédents obstétricaux de la patiente :
    - Parité/ Gestité
    - Antécédents d'anesthésie
    - Antécédents de déclenchement ou d'extraction instrumentale
    - Préparation à la naissance
- Les informations concernant l'analgésie péridurale
- La disponibilité de l'anesthésiste
- Le type de travail (spontané, déclenchement…)
- L'administration d'ocytocine de synthèse
- Les conditions de rupture de la poche des eaux
- Accouchement nuit/jour – Voie Basse (avec ou sans extraction) / Césarienne

Outil

Nous avions recueilli les données à l'aide d'un questionnaire comportant 20 questions, standardisé et anonymisé de manière irréversible [ANNEXE I]

Mode de recueil des données

Nous avions pris contact auprès des différents cadres des services de maternités afin de présenter le protocole de recherche et d'obtenir leurs autorisations pour commencer l'étude. Nous avions sélectionné les patientes qui répondaient aux critères d'inclusion et de non inclusion dans le but de distribuer et récupérer les questionnaires ainsi qu'une lettre d'information [ANEXE II] dans les maternités des six centres investigateurs.

Les données recueillies étaient issues des réponses données dans les questionnaires et ont été retranscrites dans une base de données Excel. Elles étaient anonymisées et aucune information médicale en dehors du questionnaire n'a été recueillie.

Méthode d'analyse

Afin de répondre à nos objectifs, nous avons procédé essentiellement à une analyse descriptive des données : les moyennes et écarts-types pour les données quantitatives (suivant une loi gaussienne) ; les médianes et espaces interquartiles pour les données quantitatives (suivant une loi non-gaussienne) ; les effectifs et les fréquences pour les données qualitatives.
Logiciels : Excel, IBM SPSS

Autorisations

La réalisation de l'étude avait fait l'objet d'autorisations préalables des référents pédagogiques et des référents de terrain.
Ce projet avait obtenu un avis favorable sans restriction auprès du Comité Interne d'Ethique de la Recherche (CIER) [ANNEXE III] du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL).
Le questionnaire ayant été rempli de manière totalement anonyme sans existence d'une table de concordance entre les codes des patientes dans l'étude et de leur identité, le CCTIRS et la CNIL n'ont pas été saisis pour avis et autorisation pour cette étude.

Résultats et Analyses

1. Description de la population étudiée

1.1. Population d'analyse

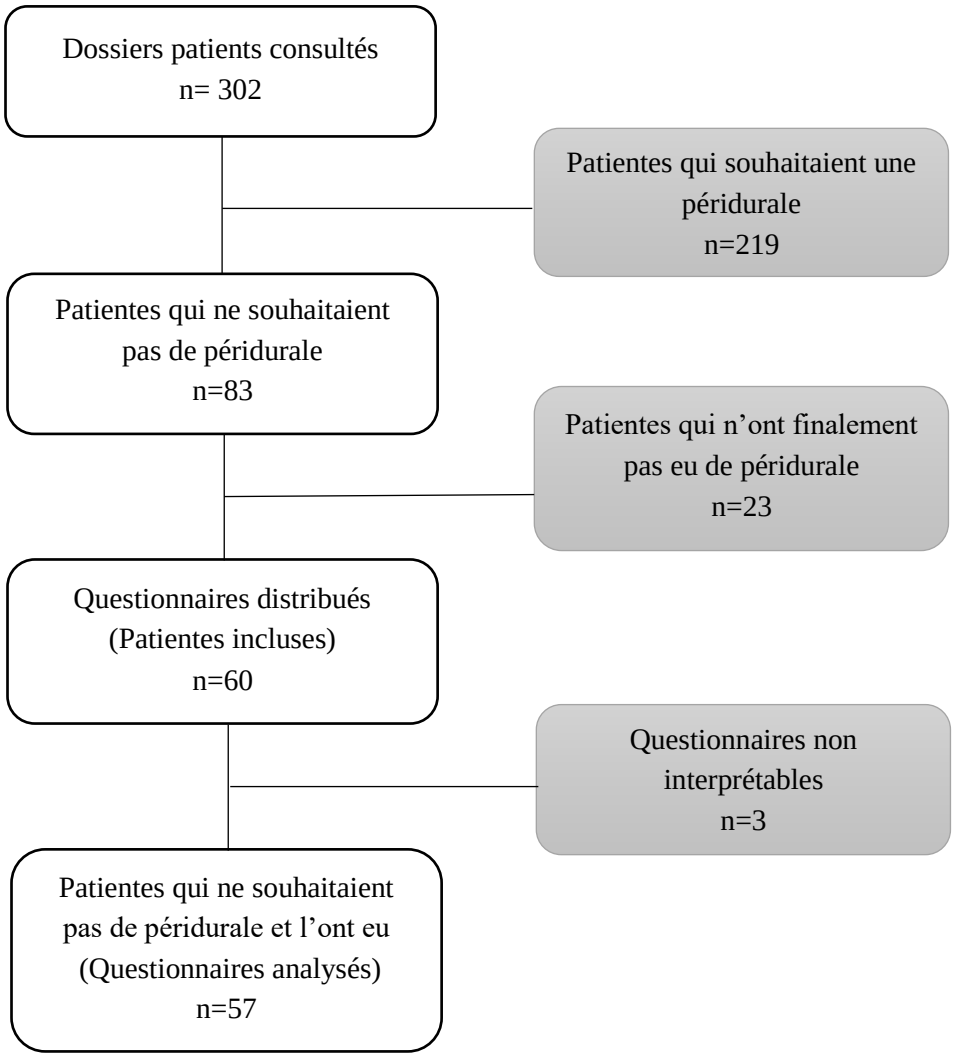

Figure 1 : Population d'analyse

Entre Octobre 2016 et Janvier 2017, au cours de nos vingt-cinq visites dans les six hôpitaux différents de notre étude : 302 dossiers de patientes présentes en maternité ont été consultés, dont 219 patientes qui souhaitaient une péridurale pour leur accouchement. Sur ces 302 dossiers consultés, 83 patientes ne désiraient pas de péridurale pendant leur grossesse dont 60 en ont finalement eu une au cours du travail et rentraient dans mes critères d'inclusions. Le questionnaire n'a pas pu être rempli correctement par trois de ces patientes et au total 57 questionnaires ont donc été recueillis. Ainsi le taux de réponse pour la population à analyser a été de 95%.

1.2. La demande « a priori » des femmes

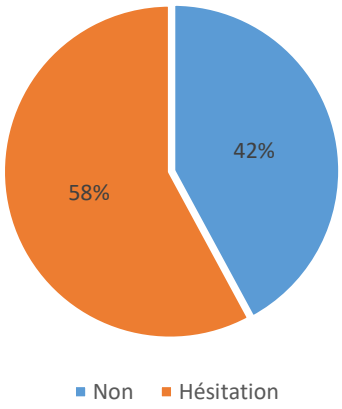

Figure 2 : Souhait des femmes

Parmi notre population de 57 patientes, 24 (42%) étaient décidées à ne pas vouloir bénéficier d'analgésie péridurale pour leur accouchement et 33 (58%) n'en souhaitaient pas dans un premier temps mais éventuellement se laissaient la possibilité de changer d'avis.

1.3. Souhait initial et issue de l'accouchement

Parmi les 83 patientes de notre échantillon qui avaient déclaré au cours de leur grossesse souhaiter accoucher sans analgésie péridurale, 23 (28%) ont pu aller au bout de leur choix initial et 57 patientes (68%) ont eu une péridurale pour leur accouchement.

Notre population d'analyse est dont constitué de 57 patientes.

2. Caractéristiques de la population

L'âge médian de notre population était de 28 ans (+ / - 4.6). Parmi nos patientes : 30% avaient moins de 25 ans et 40,3% avaient entre 25 et 29 ans.
Le terme moyen de notre population était de 40 SA (+/- 1.41).

Question 1

Tableau I : Parité

	Effectif	Pourcentage
Primipares	***26***	45.6 %
Multipares	**31**	54.4 %
2ème pares	20	35 %
3ème pares	7	12.3%
4ème pares	2	3.5 %
5ème pares	2	3.5 %

Parmi notre population : 26 patientes (45,6%) étaient primipares, 31 patientes (54,4%) étaient multipares. Vingt patientes (35%) ont déjà eu un accouchement antérieur, sept patientes (12,3%) ont déjà eu deux accouchements antérieurs, deux patientes (3.5%) ont déjà eu trois accouchements antérieurs et deux autres patientes (3,5%) ont déjà eu quatre accouchements antérieurs.

Tableau II : Antécédents obstétricaux chez les multipares (n= 31)

	Effectif	Pourcentage
Antécédents Obstétricaux		
Accouchement sans péridurale	12	38,7%
Accouchement avec péridurale	26	83,9%
Accouchement avec et sans péridurale	7	22,5%
Extraction instrumentale (forceps ou ventouse)	10	32,2%
Déclenchement	5	16,1 %

Parmi les 31 multipares, 12 patientes (38,7%) ont déjà vécu au moins un accouchement sans péridurale, 26 patientes (83,9%) ont déjà eu au moins un accouchement avec péridurale, sept patientes (19,3%) ont déjà vécu des accouchements à la fois avec péridurale et sans péridurale. 10 patientes (32,3%) ont eu au moins un antécédent d'extraction instrumentale et enfin cinq patientes (16,1%) ont eu au moins un antécédent de déclenchement.

Tableau III : Vécu des analgésies péridurales antérieures des patientes multipares

	Effectif	Pourcentage
Vécu d'une analgésie péridurale antérieure	***26***	100 %
Très bien	2	7,7%
Bien	6	23,0%
Assez bien	7	27 %
Mal	11	42,3%

Parmi ces 26 patientes, l'antécédent d'analgésie péridurale a été bien voire très bien vécu dans 30,7% des cas. En revanche il a été mal vécu par 11 patientes (42,3%).
Parmi notre population de patientes, cinq n'ont jamais eu de péridurale lors de leurs accouchements précédents.

Question 2

Tableau IV : Grossesse, Préparation à la naissance

	Effectif	Pourcentage
Préparation à la naissance	**35**	**100%**
Classique	18	51%
Sophrologie	9	25%
Haptonomie - Yoga	4	12%
Piscine	4	12%
Information reçue concernant l'analgésie péridurale pendant la PNP	28	80%
Dont primipares	**21**	**60%**
Dont multipares	**14**	**40%**

Parmi notre population : 35 patientes (61,4%) sur 57 ont eu des cours de préparation à la naissance au cours de leur grossesse. Soixante pour cent d'entre elles étaient des patientes primipares et 40% des patientes multipares.
Au cours de ces séances, sept patientes (20%) ont dit ne pas avoir reçu d'information sur la pose, les bénéfices ou les complications potentielles de l'analgésie péridurale.

Question 3

Tableau V : Autres sources d'informations concernant l'analgésie péridurale

	Effectif	Pourcentage
Source d'information concernant la péridurale		
Consultation d'anesthésie du 8ème mois	57	100%
Document remis en consultation pré natale	12	21%
Information donné par l'entourage	22	38,5%
Recherche personnelle effectuée (Internet, documentaire…)	15	26,3%

Parmi notre population, la totalité des patientes a reçu des informations concernant l'APD au cours de la consultation d'anesthésie obligatoire du 8ème mois.

Question 4

Tableau VI : Satisfaction des informations recueillies sur l'APD en pré natal

	Effectif	Pourcentage
Satisfaction des informations APD en pré natal	***57***	100 %
Très suffisante	6	10,5%
Suffisante	40	70,3%
Insuffisante	11	19,2%

De manière globale, les patientes considèrent que les informations recueillies en pré natal concernant l'analgésie péridurale sont suffisantes voir très suffisantes à 80,8%.

Question 5

Tableau VII : Grossesse, suivi médical de la grossesse

	Effectif	Pourcentage
Suivi médical de la grossesse	***57***	100 %
Sage-femme	48	84,2%
Gynécologue-obstétricien	9	15,7%
Médecin Généraliste	-	-

Parmi les 57 patientes de notre population, 48 patientes (84,2%) ont consulté principalement un(e) sage-femme pour le suivi de leur grossesse, neuf patientes (15,7%) ont consulté un(e) gynécologue obstétricien. Aucun médecin généraliste n'a suivi de patiente tout au long de sa grossesse.

3. Caractéristiques du travail

Question 2

Tableau VIII : Arrivée à la maternité

	Effectif	Pourcentage
	57	100 %
Salle de naissance traditionnelle	40	70,1 %
Salle nature	8	14 %
Pré travail puis salle de naissance	9	15,7 %

A leur arrivée à la maternité, les patientes ont été dirigées majoritairement vers les salles de naissances (70,1%), huit patientes (14%) se sont vues proposer une salle nature, disponible uniquement dans deux maternités. Enfin neuf patientes sont d'abord passées en pré travail avant d'arriver au niveau des salles de naissances. Parmi elles s'y trouvaient trois déclenchements de notre étude.

Question 3

Nos résultats rapportent que le temps moyen entre l'arrivée des patientes au niveau des salles de naissances et la pose de l'APD entre les maternités réalisant moins de 2000 accouchements par an et les maternités réalisant plus de 2000 accouchements par an sont semblables : 150 minutes [120-195] versus 150 minutes [90-195] .

Question 4

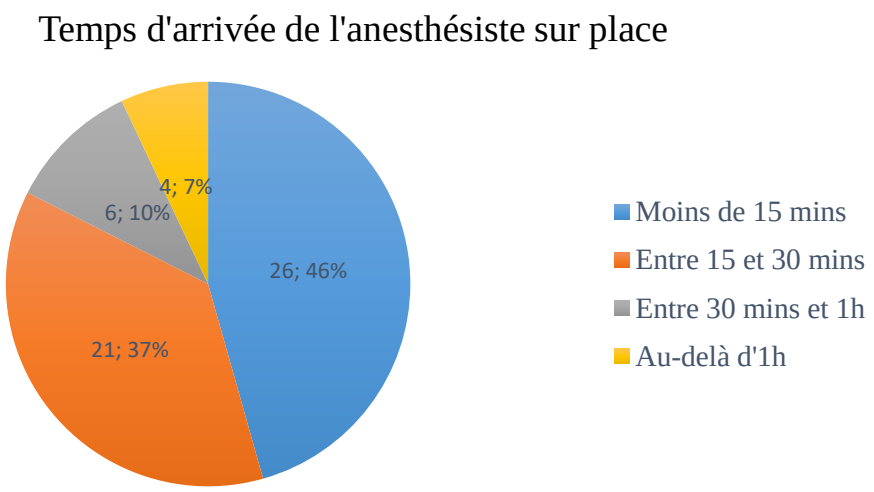

Figure 3 : Temps passé entre la demande d'analgésie péridurale et l'arrivée de l'anesthésiste sur place

Sur les 15 patientes de notre population qui ont accouché dans les deux maternités de notre étude réalisant moins de 2000 accouchements par an : quatre ont coché qu'elles avaient attendu l'anesthésiste au-delà d'une heure, trois patientes ont attendu entre 30 minutes et 1 heure et enfin huit patientes ont attendu moins de 30 minutes. La totalité des patientes qui ont attendu moins de 15 minutes ont accouché dans des maternités réalisant plus de 2000 accouchements par an.

Question 5

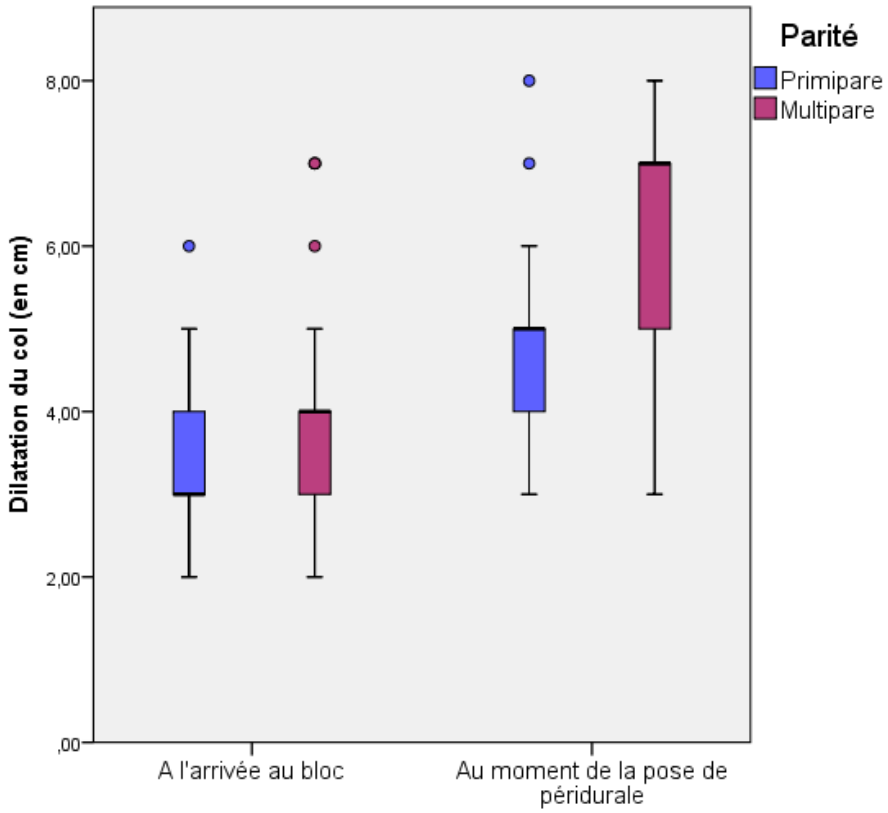

Figure 4 : Dilatation du col

A l'arrivée des patientes au niveau des salles de naissances, la médiane de dilatation du col se situait à 3 cm concernant le col des primipares et 4 cm concernant le col des multipares.
Au moment de la pose de l'analgésie péridurale, la médiane de dilatation du col se situait à 5 cm concernant le col des primipares et 7 cm concernant le col des multipares.

Question 6 et 9

Parmi les patientes de notre population, 94 % d'entre elles ont eu un travail spontané. On compte trois déclenchements parmi les 57 patientes.
Le temps moyen du travail des patientes de notre population était de 470 mins (+/- 42).

Question 7

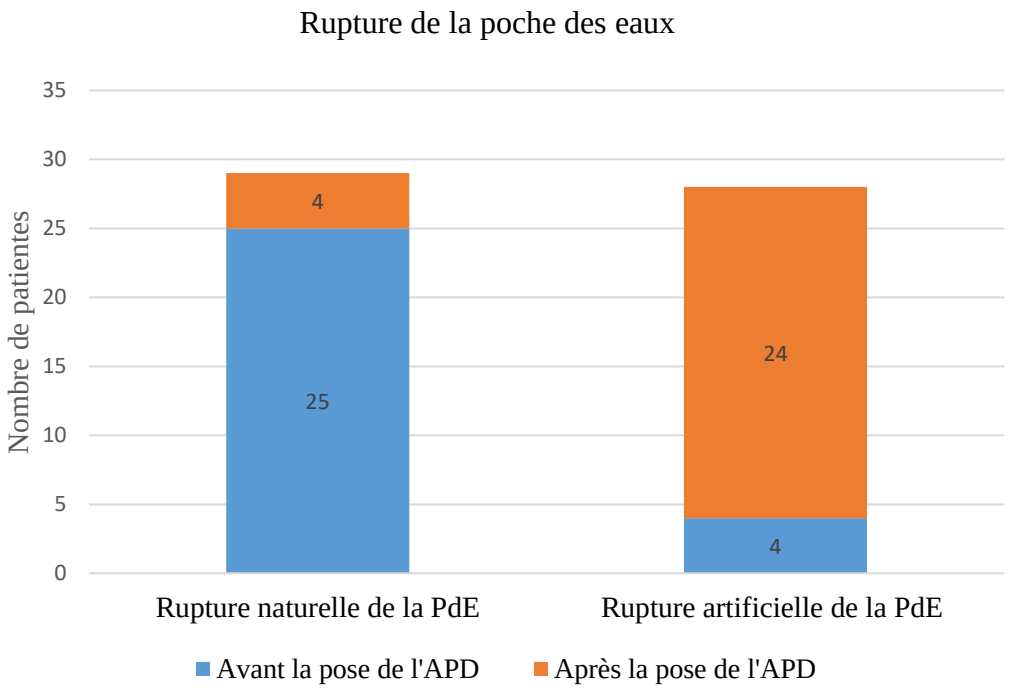

Figure 5 : Modalités de la rupture de la poche des eaux

Concernant la rupture de la poche des eaux au cours du travail, parmi nos résultats, on pouvait remarquer qu'une majorité de patientes a rompu la poche des eaux soit de manière naturelle avant la pose de l'analgésie péridurale (43,8%), soit de manière artificielle après la pose de l'analgésie péridurale (42,1%). Cependant, nous avions quatre patientes sur 57 à qui l'on a rompu la poche des eaux artificiellement avant la pose de l'analgésie péridurale. Parmi ces patientes, on comptait deux déclenchements du travail.

Question 8

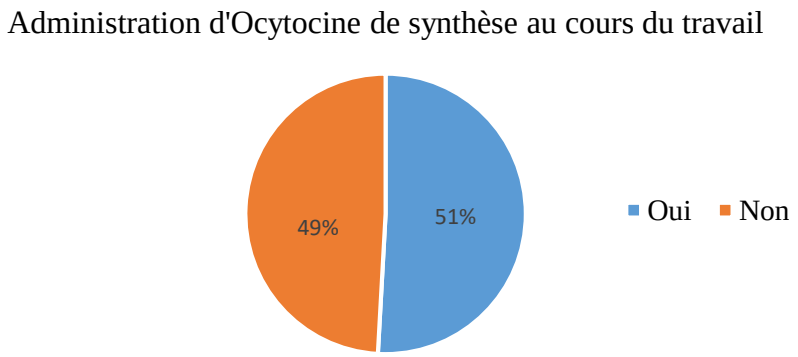

Figure 6 : Administration d'Ocytocine de synthèse au cours du travail

Au cours du travail, on a administré de l'ocytocine de synthèse à la moitié des patientes de notre population c'est-à-dire : 29 patientes (51%).

Tableau IX : Moment de l'administration de l'ocytocine de synthèse

	Effectif	Pourcentage
Administration d'Ocytocine	***29***	**100%**
Avant la pose de l'analgésie péridurale	3	10 %
Après la pose de l'analgésie péridurale	26	90 %

L'administration d'ocytocine de synthèse s'est faite avant la pose de l'analgésie péridurale pour trois patientes, parmi lesquelles on compte deux déclenchements du travail. Quatre-vingt-dix pour cent des patientes se sont vues administrer de l'ocytocine de synthèse après la pose de l'APD.

Question 10

On note que 91% des patientes ont été accompagnées par leur conjoint pendant le travail.

Question 12

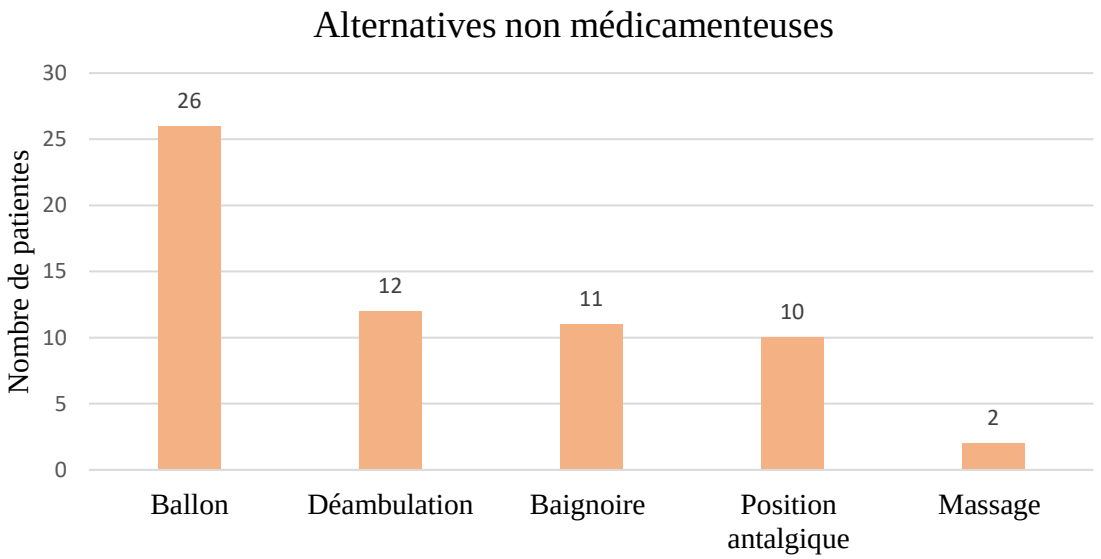

Figure 7 : Alternatives non médicamenteuses proposées avant la pose de la péridurale

Au cours du travail, on a proposé à 29 patientes (50,9%) une alternative non médicamenteuse afin de les aider à gérer la douleur des contractions différemment avant la pose de l'analgésie péridurale. Nos résultats montrent que le bain a été utilisé par 38% des patientes alors que le

ballon a été utilisé par 89% des patientes. La déambulation et les positions antalgiques ont été pratiquées respectivement à 41,3% et 34,4% par les patientes.

Question 13

De manière générale, sur les 29 patientes à qui l'on a proposé une alternative non médicamenteuse, 27 patientes (93%) se disent satisfaites de la prise en charge de la douleur. En revanche sur les 28 patientes à qui l'on n'a pas proposé d'alternative dans un premier temps pour les aider à gérer les contractions, 18 (64 %) se disent peu satisfaites de la prise en charge de la douleur.

Tableau X : Proposition d'alternative non médicamenteuse

	Effectif	Pourcentage
Proposition d'alternative non médicamenteuse	***29***	**100%**
Jour	17	58,6%
Nuit	12	41,4%

Parmi notre population de 57 patientes, 30 patientes (53%) ont accouché la nuit et 27 (46%) ont accouché le jour. Sur les 30 patientes qui ont accouché la nuit, on n'a pas proposé d'alternative non médicamenteuse à 18 patientes, et sur les 27 patientes qui ont accouché le jour, on n'a pas proposé d'alternative non médicamenteuse à 10 patientes.

Question 14

Tableau XI : Accouchement final

	Effectif	Pourcentage
Accouchement		
Jour	27	46 %
Nuit	30	53 %
Accouchement voie basse	41	72 %
Accouchement voie basse avec extraction instrumentale	13	23 %
Césarienne	3	5,2 %

Finalement, 72% de nos patientes ont accouché par voie basse sans complication, 23% des patientes ont accouché par voie basse à l'aide d'une extraction instrumentale et enfin 3 patientes ont eu une césarienne.

4. Raisons de la pose de l'analgésie péridurale

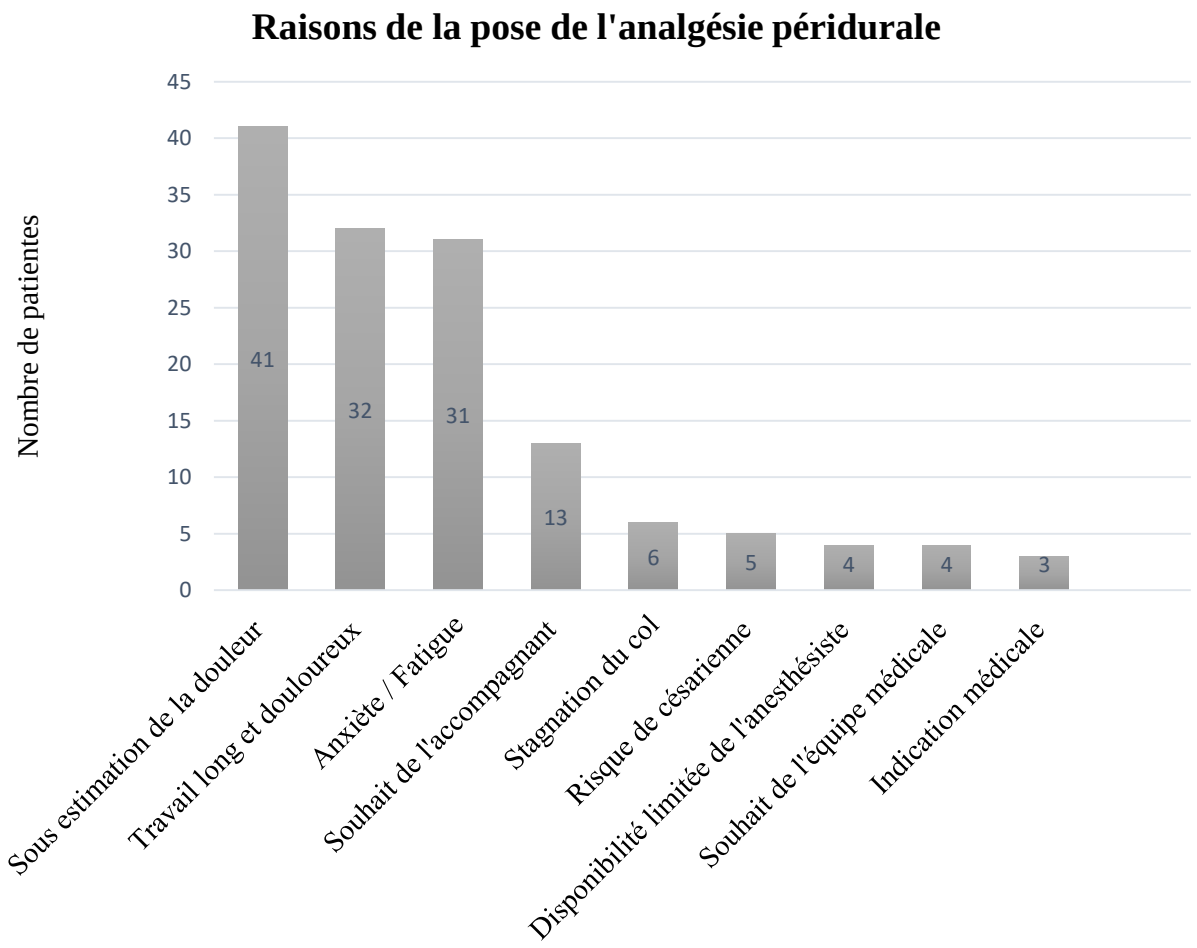

Figure 7 : Différentes raisons de la pose de l'analgésie péridurale

Les patientes pouvaient sélectionner plusieurs réponses pour cette question. Sur notre échantillon de 57 patientes, seulement 11 (19%) d'entre elles ont répondu par une proposition unique : sept patientes ont coché uniquement qu'elles n'imaginaient pas que la douleur serait si forte, deux patientes ont coché uniquement le risque de césarienne en urgence et deux patientes ont coché uniquement souhait de l'accompagnant. Nous avons ainsi observé que les raisons qui ont poussé les patientes à demander une analgésie péridurale sont multifactorielles.

Parmi les raisons à l'origine du changement d'avis des patientes concernant la demande d'APD, 72 % d'entre elles n'imaginaient pas que la douleur serait aussi intense et 56% d'entre elles ont considéré que leur travail était trop long et douloureux. Ensuite venait l'anxiété et la fatigue (54,3%) puis l'influence de l'accompagnant (22,8%).

La totalité des patientes qui ont coché la stagnation du col pendant le travail, ont également coché un travail trop long et douloureux. On compte parmi les cinq patientes (8,7%) de notre population qui ont coché le risque de césarienne en urgence, trois qui ont coché également le souhait de l'équipe médicale. Sur les trois patientes qui ont coché l'indication médicale (on compte trois déclenchements), une patiente a également coché le souhait de l'équipe médicale.

Discussion

1. Biais et limites

Les patientes de notre étude ont été recrutées en post partum dans le service de suite de couche. Le questionnaire a donc pu être distribué aux femmes environ deux à trois jours après leur accouchement. Cette période était idéale, car elle a permis de limiter le biais de mémorisation. En effet les patientes avaient eu le temps, à la fois de prendre du recul sur le déroulement de leur accouchement et elles disposaient encore des informations précises sur le suivi du travail et sur ce que l'on leur avait proposé ou non.

Nous avons choisi le service de suite de couches afin de limiter un biais de sélection par non réponse (femmes centrées sur leur travail, algique, refusant de répondre à ce moment-là ou dans l'incapacité de le faire). De plus, le fait de demander aux patientes de remplir le questionnaire sur place a permis d'avoir un bon taux de réponses : 60 questionnaires ont été distribués et 57 nous ont été retournés soit 95%.

Le principal biais de notre étude reste le biais de sélection lié au mode de recrutement des patientes. En effet, malgré notre implication (réalisation de protocoles, explication orale de l'étude aux équipes sur place) et nos nombreuses visites en maternité, le recrutement n'a pas pu être fait en continu et donc certaines patientes qui ne souhaitaient pas de péridurale pour leur accouchement ont pu nous échapper.

Nous avons tenté de limiter en partie le biais de sélection en réalisant une étude multicentrique (six centres de niveaux différents) afin d'avoir un échantillon le plus représentatif de la population concernée. Toutefois, il existe un résidu de ce biais car l'étude s'est concentrée principalement dans les hôpitaux publics. L'étude Le Ray [5] postule que les femmes choisissent d'accoucher sans APD plus souvent dans les maternités publiques (15,9% versus 10,3% pour les hôpitaux privés). Nous avons donc choisis cinq hôpitaux publics et un hôpital privé à but non lucratif.

Une partie de notre questionnaire s'intéressait aux spécificités du travail de la parturiente, il comportait donc des termes médicaux qui peuvent sembler compliqués à comprendre pour une patiente n'appartenant pas au corps médical. Nous avons cependant tenté de limiter ce biais de mesure en expliquant de façon claire chaque terme technique qui peut être réalisé au cours du travail.

Nous avons conscience que le fait de ne pas avoir recueilli les données sur le déroulement du travail des femmes qui sont allées au bout de leur projet et n'ont pas bénéficié de péridurale afin de pouvoir les comparer à celles qui ont finalement eu une péridurale fait partie des limites de notre étude. Mais ceci n'était pas le but recherché de ce mémoire.

2. Discussion des résultats

2.1. Issue de l'accouchement face au souhait énoncé des parturientes lors de leur grossesse

Au cours de notre étude, nous avons consulté 302 dossiers patients (en écartant les dossiers des grossesses à hauts risques où une péridurale paraissait inévitable et des césariennes programmées). Sur ces 302 patientes, 83 (27,4%) ont déclaré ne pas souhaiter d'analgésie péridurale au cours de leur grossesse, dont 23 patientes (27,7%) ont été au bout de leur choix initial et 57 (68%) patientes ont bénéficié d'une analgésie péridurale au cours du travail (sans compter trois questionnaires qui étaient ininterprétables).

Nous pouvons rapprocher ces résultats d'une récente étude de l'INSERM [8]. Les auteurs y ont recueilli les données à partir d'entrevues avec des mères dans le service de maternité en post partum et des dossiers médicaux. Ils ont mené leur étude auprès de 7123 patientes dont les grossesses étaient à bas risques. Ils ont révélé qu'un quart (25,8%) des patientes (n= 1835) avait déclaré pendant leur grossesse ne pas vouloir de péridurale lors de l'accouchement. Toutefois, 52% ont finalement reçu une analgésie péridurale au cours du travail.

Il est intéressant de remarquer que dans notre population considérée comme des grossesses à bas risques comme celle analysée par l'Inserm, à peu près un quart (27,4% versus 25,8%) ont déclaré ne pas souhaiter d'analgésie péridurale au cours de leur grossesse. Cependant le taux final de réalisation d'analgésie péridurale dans notre population est plus élevé que celui de l'étude de l'Inserm (68% IC (56%-80%) versus 52%). Les éléments recueillis ne nous permettent pas d'identifier des facteurs expliquant cette discordance.

Les vingt-trois patientes qui ne souhaitaient pas d'analgésie péridurale et qui ont réussi à aller au bout de leur choix initial ne font pas partie de la population d'analyse. Nous ne connaissons donc pas les détails concernant leurs antécédents obstétricaux et le déroulement de leur travail. Il s'agit en effet d'une limite à notre étude déjà mentionnée. Cependant, nous trouvions intéressant d'avoir une idée du taux de parturientes qui avaient réussi à aller au bout de leur projet et celles qui ont décidé d'avoir une péridurale afin de rapprocher ces résultats de ceux de l'étude de l'INSERM.

2.2. Caractéristiques de la population

2.2.1. Parité, âge, terme : comparaison avec les chiffres nationaux

L'âge moyen des patientes de notre population était de 28 ans (+/- 4.6) et nous avions 26 patientes (45,6%) primipares ainsi que 31 patientes (54,4%) multipares. Les résultats de l'Enquête de périnatalité menée en 2010 [3] nous ont montré que l'âge moyen de notre population et l'âge moyen de la population nationale paraissent semblables (28 ans versus 29,7 ans).Toutefois, la proportion de primipares semble plus élevée dans notre population (45,6% versus 32,9%).

L'analyse des données disponibles concernant l'étude menée par l'Inserm en 2015 [8] a montré que les femmes qui ne souhaitaient pas initialement de péridurale au cours de leur grossesse sont celles de moins de 25 ans ainsi que les patientes multipares. Si l'on s'intéresse uniquement aux 52 % de patientes de la population analysée qui ne souhaitaient pas d'analgésie péridurale initialement et qui en ont bénéficié au cours du travail, nous pouvons remarquer plusieurs concordances avec nos résultats : 23,3% des femmes avaient moins de 25 ans (versus 30% des patientes de notre population), 44,8% d'entre elles étaient primipares (versus 45,6%) et enfin il y avait 55% de multipares (versus 54,4% des multipares dans notre population). Concernant le terme de l'accouchement, 84 % des patientes de l'étude de l'Inserm étaient entre 37 et 40+6 SA (versus 85% des patientes de notre population).

Nous pouvons émettre alors l'hypothèse d'un éventuel lien entre la parité et l'âge maternel, et le souhait d'accoucher sans péridurale.

2.2.2. Influence des antécédents obstétricaux sur le choix des multipares

Lorsque nous avons commencé notre étude, nous nous sommes demandés si le vécu d'un accouchement précédent influencerait, le choix d'accoucher avec ou sans péridurale. Nous pensions également que le fait d'avoir eu un mauvais vécu ou d'avoir dû subir les conséquences négatives d'une péridurale (brèche, bloc moteur, absence de sensation de poussée) pourrait pousser les femmes à accoucher sans.

Parmi notre population, on note un fort taux d'antécédent d'extraction instrumentale (32,2% versus les 15% d'une enquête menée par le CIANE en 2012 sur le souhait des femmes et le vécu de l'accouchement [12]), Cependant, notre taux d'antécédent de déclenchement est inférieur (16,1 % versus 23%2). D'après cette étude les extractions instrumentales ainsi que les déclenchements sont associés à un surcroit d'interventions et à un vécu moins bon de l'accouchement.

Une récente méta-analyse du groupe « Grossesse et Accouchement » de la Cochrane [19], portant sur les résultats de 8212 parturientes incluses dans vingt-trois études, a retrouvé un risque plus important d'extractions instrumentales dans le groupe recevant l'analgésie péridurale (RR 1,42, IC 95 % 1,28 à 1,55). Cela peut donc expliquer le choix des femmes de notre population, qui après avoir vécu une naissance avec intervention médicale, veulent que leur futur accouchement soit le plus physiologique possible.

On note que sur les 26 patientes multipares de notre population qui ont eu un antécédent d'analgésie péridurale pour leurs accouchements précédents, 42,3% d'entre elles ont déclaré avoir eu un mauvais vécu.

Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que les antécédents obstétricaux des patientes jouent un rôle important dans la manière dont elles veulent vivre leurs futurs accouchements et donc dans le choix de vouloir bénéficier ou non d'une analgésie péridurale.

2.2.3. Préparation à la Naissance

Parmi nos patientes qui ont suivi des séances de PNP, on compte 60% de primipares ainsi que 40% de multipares. Nous pouvons rapprocher nos résultats de ceux de l'Enquête périnatale de 2010 [3] dans laquelle 73% de patientes primipares contre 28,4% de patientes multipares ont suivi des cours de PNP.

Il semblerait que les taux de participation aux séances de PNP entre primipares et multipares soient plus homogènes dans notre étude, avec une participation des patientes multipares de notre population plus élevée par rapport aux chiffres nationaux (40% versus 28,4%).

On peut émettre l'hypothèse que les patientes qui se posent la question de bénéficier ou non d'une analgésie péridurale pour leur accouchement se dirigent plus souvent vers une préparation à la naissance afin de les aider à adopter leurs propres stratégies face à la douleur des contractions, de renforcer leur sentiment d'auto-efficacité, ainsi que de diminuer l'anxiété à l'approche de l'accouchement.

En France, différents types de préparation à la naissance sont proposées. Celles qui ont été le plus suivies par les patientes de notre population sont les préparations dites « classiques » à 51% ainsi que la Sophrologie à 25%. Il est possible que ces proportions s'expliquent par le fait que ce sont les deux préparations à la naissance qui semblent le plus couramment proposées en France.

La préparation classique consiste le plus souvent en des séances d'informations à propos du déroulement des différentes phases du travail, de l'accouchement et du post partum. Le fait d'avoir des informations claires sur ce qui va se dérouler dans son corps le jour J peut permettre à la femme de se projeter et d'aborder différemment la douleur des contractions et de l'accouchement. La sophrologie est une préparation qui favorise la détente, l'image mentale et l'écoute du corps. Nous pouvons supposer que cette méthode aide également les femmes à gérer les douleurs qu'entrainent le travail et l'accouchement.

2.2.4. Sources d'information concernant la péridurale

Une étude de 2006 sur la demande APD par les patientes et les équipes obstétricales [9] montre que lorsque les patientes ont eu une information concernant l'APD lors de la préparation à la naissance, la demande « a priori » d'une analgésie péridurale était significativement plus fréquente que lorsqu'il n'y en avait pas eu (46% versus 36%). Ce qui peut expliquer le fort taux (80%) des patientes de notre population qui ont déclaré avoir reçu une information sur l'analgésie péridurale au cours de la PNP et qui ont fini par recevoir une APD.

De plus l'information est renforcée par la consultation d'anesthésie qui est obligatoire au 8ème mois de grossesse pour toutes les patientes, durant laquelle est abordée la question de l'analgésie péridurale qu'on la désire ou non.

Au cours des séances de préparation à la naissance, seulement sept patientes (20%) ont dit ne pas avoir reçu d'information sur la pose, les bénéfices ou les complications potentielles de l'analgésie péridurale. Etant donné que les patientes de notre population se dirigeaient vers un accouchement sans péridurale, il se peut qu'elles soient passées à côté des informations qui leur ont été données par la sage-femme au cours de PNP ou qu'elles n'aient pas questionné la sage-femme outre mesure sur l'APD.

2.2.5. Suivi de la grossesse

Parmi les 57 patientes de notre échantillon 48 patientes (84%) ont consulté une sage-femme principalement pour le suivi de la grossesse. La sage-femme est une spécialiste des grossesses dites physiologiques, elle peut donc assurer le suivi d'une grossesse à bas risque du diagnostic de la grossesse jusqu'au jour de l'accouchement en toute autonomie. Notre population ne regroupe que des grossesses à bas risques, ce qui peut justifier ce fort taux de suivi par une sage-femme.

2.3. Caractéristiques du travail

2.3.1. Disponibilité de l'anesthésiste

Le guide méthodologique de la qualité et la sécurité des soins dans le secteur des naissance de l'HAS [18] nous rappelle que pour les unités réalisant plus 1500 accouchements par an, la présence d'un anesthésiste réanimateur est requise tous les jours de l'année, 24h/24h, dans l'établissement de santé, sur le même site, en mesure d'intervenir dans l'unité d'obstétrique dans les délais compatibles avec l'impératif de sécurité ; si l'unité réalise plus de 2000 accouchements par an l'anesthésiste réanimateur est présent tous les jours de l'année, 24h/24h au sein même de l'unité d'obstétrique.

Notre étude s'est déroulée dans six maternités de niveaux différents, parmi lesquelles deux réalisaient moins de 2000 accouchements par an. Cependant, nos résultats rapportent qu'en moyenne, le temps entre l'arrivée des patientes au niveau des salles de naissances et la pose de l'APD entre les maternités réalisant moins de 1500 accouchements par an et les maternités réalisant plus de 2000 accouchements par an sont semblables : (150 mins [120-195] versus 150 mins [90-195]).

De plus, les données de l'étude de l'Inserm (2015) [8] montrent que 30,4% des patientes qui ne voulaient pas d'APD et en ont reçu une ont accouché dans un hôpital dont l'anesthésiste était sur place mais pas affecté uniquement à l'unité d'obstétrique (versus 26% des patientes de notre population) et 51,4% des patientes ont accouché dans un hôpital où l'anesthésiste réanimateur est uniquement affecté à l'unité d'obstétrique (versus 73% des patientes notre population). Notre taux de 73% peut se justifier par le fait qu'une majorité des hôpitaux dans laquelle s'est déroulée l'étude réalise plus de 2000 accouchements par an.

2.3.2. Dilatation du col

Notre étude nous a permis d'analyser la différence de dilatation entre les cols des primipares et des multipares au cours du travail à l'arrivée au niveau des salles de naissances et au moment de la pose de péridurale.

Concernant l'arrivée au niveau des salles de naissances, la médiane d'ouverture du col des primipares se situait à 3 cm, et à 4 cm pour le col des multipares. Au moment de la pose de l'analgésie péridurale, nous avions une médiane qui se situait à 5 cm pour le col des primipares et 7 cm pour le col des multipares.

La courbe de Friedman [20] fait état d'une dilatation de pré-travail, tout à fait au début du travail de 2,5 cm chez la primipare et 3,5 cm chez la multipare. Ce résultat est concordant avec la différence de dilatation du col de 1 cm dans nos résultats entre primipare et multipare à l'arrivée au niveau des salles de naissances.

Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que la différence de mesure de la dilatation du col entre primipare et multipare à l'arrivée en salle de naissance et au moment de la pose de péridurale est due à un travail plus rapide chez les patientes multipares, conformément au postulat de Friedman.

2.3.3. Modalités du travail

Durée du travail

D'après l'étude sur l'évaluation de la demande et de l'accès à la péridurale de travail [10], la durée du travail a un rôle dans la réalisation de la péridurale. Les données nous montrent que la durée du travail en cas de non-réalisation de l'APD est beaucoup plus courte : 81 mins (+/- 90) contre 470 mins (+/- 321) lorsque l'APD est demandé en salle de naissance. Il est intéressant de remarquer que notre résultat est le même (470 mins) concernant la moyenne de la durée du travail lors de la réalisation d'une APD.

Administration d'ocytocine

L'enquête périnatale de 2010 [3], atteste que 64% des femmes reçoivent de l'ocytocine de synthèse. Ainsi, près de la moitié des parturientes en travail spontané recevraient cette hormone de synthèse dont 90% des usages seraient sans indication médicale. Ce taux est déjà relativement élevé mais l'étude INSERM 2015 retrouve également une sur-utilisation d'ocytocine de synthèse à 79,8% parmi sa population de patientes qui ne souhaitaient pas d'APD et qui l'ont reçu. On remarque que la moitié de notre population (51%) a reçu de l'ocytocine de synthèse. Ce taux est certes plus bas que celui des autres études trouvées, toutefois on note que 94% de nos patientes ont eu un travail spontané et comme il s'agissait de grossesse à bas risque, il n'y avait à priori pas d'indication médicale réelle à leur administrer de l'ocytocine de synthèse.

Rupture de la poche des eaux

Concernant la rupture de la poche des eaux au cours du travail, parmi nos résultats on pouvait remarquer qu'une majorité de patientes ont rompu leur poche des eaux de manière naturelle avant la pose de l'analgésie péridurale (43,8%).

La rupture de la poche des eaux est sans douleur car il n'y a pas de terminaisons nerveuses dans les membranes amniotiques. Cependant, une fois les membranes rompues, les contractions deviennent plus douloureuses. Ce qui peut expliquer que 43,8% des patientes qui ont rompu naturellement la poche des eaux en début voire avant le travail ont eu plus de mal à gérer la douleur des contractions.

2.3.4. Alternatives non médicamenteuses proposées et satisfaction

D'après l'étude du CIANE sur la Douleur et l'Accouchement (2013) [4]: 25% des femmes ayant eu une péridurale ont recouru à une autre forme de soulagement versus 29% dans notre étude. Ce taux plus élevé peut s'expliquer par le fait que les patientes de notre étude sont uniquement des parturientes qui ne souhaitaient pas initialement de péridurale.

Selon cette même étude, la technique la plus utilisée pour soulager la douleur chez les patientes est le bain. En dehors du bain, les femmes sans péridurale utilisent de manière importante les techniques manuelles (position antalgique, massage...). Notre étude montre que le bain a été utilisé par 38% des patientes alors que le ballon a été utilisé par 89% des patientes. Cependant ces résultats peuvent se justifier par le fait que, sur les six hôpitaux de notre étude, seulement trois possédaient une baignoire et que le ballon est une technique de soulagement plus accessible que le bain.

Le CIANE conclut que les alternatives devraient être développées (car 46% des patientes qui ont eu recours à une alternative pour soulager leur douleur n'ont pas eu de péridurale) notamment le ballon et le bain qui semblent globalement des techniques très appréciées des femmes.

Concernant la satisfaction de la prise en charge de la douleur, parmi notre population, seulement 34% des patientes qui ont eu recours à la péridurale alors qu'elles ne le souhaitaient pas au départ ont déclaré être insatisfaites de la prise en charge de la douleur alors qu'elles sont 56% dans l'étude du CIANE à être insatisfaites.

2.4. Les raisons du changement d'avis des patientes concernant l'APD

2.4.1. La douleur

Nous avons observé que les raisons qui ont poussé les patientes à demander une analgésie péridurale sont multifactorielles. Le fait qu'elles n'imaginaient pas que la douleur serait aussi intense ainsi qu'un travail long et douloureux étaient les raisons les plus avancées par les parturientes (respectivement 72% et 56%) qui ne souhaitaient pas d'APD lors de leur grossesse.

La douleur est actuellement la principale indication de la péridurale. C'est une indication dite de « confort », c'est-à-dire non nécessitée par une maladie. Bien qu'il s'agisse d'une sensation subjective et donc difficilement appréciable par autrui, la douleur est estimée globalement sur 100 femmes qui accouchent [21] comme : extrêmement violente (de l'ordre de celle provoquée par une intervention chirurgicale) pour 25% d'entre elles, variable (de modérée à forte) pour 50% d'entre elles et enfin 25% des femmes ne ressentent peu ou pas de douleur.

La douleur peut provoquer une augmentation du débit cardiaque et respiratoire maternel et donc une moins bonne oxygénation fœtale. Toutefois, la douleur a aussi des conséquences physiologiques positives puisqu'elle permet la sécrétion d'endorphines. Ces endorphines favorisent la maturation pulmonaire du fœtus et jouent un rôle dans la mise en place de la lactation et dans l'attachement mère/enfant.

2.4.2. Travail long

Un travail considéré trop long était l'une des raisons évoquées en priorité par les patientes (56%), cela peut être mis en lien avec l'anxiété et la fatigue qu'elles pouvaient ressentir à 54,3%. Nous avons déjà abordé le fait que la durée du travail des patients a un rôle dans la réalisation de la péridurale. En effet, un travail long est plus difficilement supporté par les femmes.

2.4.3. L'accompagnement

En 2003, 75% des femmes en France étaient accompagnées de leur conjoint lors de la naissance de leur enfant [23] (versus 91% des patientes notre population). Ce taux plus élevé de notre étude peut se justifier par le fait que, de nos jours, la place du père est devenue une évidence dans les salles de naissances.

La principale motivation des pères est le fait d'assister à la naissance de leur enfant, vient ensuite le fait d'être présent pour accompagner la future mère, pour la soutenir et qu'elle ne soit pas seule. Ce soutien facilite le processus de maternité et conduit à une diminution de l'anxiété. Il peut également apporter son soutien pratique en massant le dos de sa compagne ou en l'aidant à respirer.

En revanche, la présence du père peut rendre la naissance plus difficile dans le sens où il peut transmettre sa peur. En effet, sa place n'est ni évidente ni facile, souvent les sentiments d'impuissance et d'inutilité peuvent apparaître. De plus, sans vivre les douleurs du travail, les pères peuvent souffrir de voir leur compagne ressentir une si forte douleur. Ce qui peut expliquer que 22,8% des patientes de notre population ont déclaré avoir été influencées par le souhait de leur conjoint concernant la décision d'une pose d'APD.

2.4.4. Risque de souffrance fœtale

On compte parmi les cinq patientes de notre échantillon qui ont coché un risque de césarienne en urgence, trois qui ont également coché le souhait de l'équipe médicale. En effet, l'analgésie péridurale permet une intervention plus rapide de l'équipe obstétricale en cas de souffrance fœtale (et donc de risque de césarienne en urgence). De plus, il est plus aisé pour les patientes, d'avoir recours à une APD au lieu d'une anesthésie générale qui comporte plus de risque pour la mère et le fœtus. Elle permet aussi une surveillance du rythme cardiaque fœtale plus facile car les patientes sont moins mobiles.

2.4.5. Déclenchement du travail

Sur les trois patientes qui ont coché l'indication médicale (on compte trois déclenchements), une patiente a également coché souhait de l'équipe médicale. Effectivement, le déclenchement est une indication quasi incontournable à la péridurale. En cas de direction du travail, les contractions induites sont douloureuses, mécaniques et anti-rythmiques pour la mère et le fœtus. Il existe donc un risque d'intervention augmenté (forceps, césarienne) et cela d'autant plus que la perfusion d'ocytocine de synthèse dure dans le temps.

2.4.6. Disponibilité limitée de l'anesthésiste

La totalité des patientes qui ont sélectionné la proposition disponibilité limitée de l'anesthésiste ont accouché dans une maternité réalisant moins de 2000 accouchements par an. La présence d'un anesthésiste réanimateur y est requise tous les jours de l'année, 24h/24h, dans l'établissement de santé, sur le même site, en mesure d'intervenir dans l'unité d'obstétrique dans les délais compatibles avec l'impératif de sécurité. Cependant, il n'est pas uniquement affecté à l'unité d'obstétrique, ce qui peut expliquer qu'il soit indisponible dans certaines situations d'urgence.

Conclusion

De nos jours, on ne peut nier que l'analgésie péridurale est une réelle avancée en obstétrique. Avec près de 77% des femmes qui accouchent sous péridurale en France, celle-ci n'a plus besoin de faire ses preuves dans la prise en charge des douleurs du travail et de l'accouchement. En effet, 72% des patientes de notre étude ont cité en premier lieu comme raison de leur changement d'avis concernant l'analgésie péridurale, qu'elles n'imaginaient pas que la douleur ressentie serait aussi intense

L'analgésie péridurale a permis aux femmes d'aborder plus sereinement la naissance de leur enfant. Elle a également sécurisé un certain nombre de naissances car elle permet une intervention plus rapide en cas de souffrance fœtale. Cependant, on ne peut que s'inquiéter de sa généralisation et de sa banalisation, alors qu'un certain nombre de patientes disent en avoir eu un mauvais vécu.

Les différentes études, dont la nôtre, montrent que les pratiques non conformes au respect de la physiologie et aux recommandations scientifiques internationales quant à la prise en charge des grossesses à bas risques sont à la fois causes et conséquences du non-respect des femmes et de leurs choix. On peut prendre comme exemple le fait que la moitié des patientes de notre étude ont reçu de l'ocytocine de synthèse. C'est une pratique fréquente pour faciliter et accélérer l'accouchement en France. Il faut toutefois faire la différence de son administration quand une indication médicale l'exige (ex : direction du travail).

L'enquête de périnatalité de 2010 a démontré que 90% des usages de cette hormone de synthèse serait sans réelle indication médicale. Cependant, il est vrai ce genre de pratique permet de réorganiser le travail du personnel et rend une meilleure gestion du temps de travail de l'équipe. Il faut alors mettre en évidence et trouver des réponses à la surcharge de travail quotidienne des sages-femmes qui peut également être la conséquence d'une mauvaise adaptation aux souhaits des femmes [14].

De nos jours, un certain nombre de femmes, tant primipares que multipares, souhaitent un accompagnement moins médicalisé et individualisé. Ce souhait se traduit en particulier par des demandes telles que l'absence de péridurale et le recours à des formes non anesthésiantes de soulagement de la douleur, une liberté de postures et de mouvement, le respect du rythme, et un accompagnement global à la naissance.

Pour mieux accompagner les femmes dans leur projet, plusieurs voies d'amélioration existent, telles qu'améliorer l'information. Bien que les patientes de notre étude ont déclaré avoir été satisfaite de l'information concernant l'analgésie péridurale à 80%, une information plus complète sur les limites de la péridurale devrait réduire le niveau d'insatisfaction, en rendant possible un choix plus éclairé : soit la femme s'engage en connaissance de cause, soit elle décide en définitive de renoncer à la péridurale. Il serait également bénéfique de proposer plus largement des formes de soulagement variées. En effet, seulement la moitié des patientes de notre étude se sont vues proposer des alternatives non médicamenteuses pour faire face à leur douleur. Le bain et le ballon notamment semblent être globalement très appréciés des femmes.

Il est important d'informer les femmes de façon claire sur l'avancement du travail et sur l'impact de telle ou telle mesure (rupture de la poche des eaux, administration d'ocytocine) afin de permettre une décision en connaissance de cause. Enfin, les préférences exprimées pourraient être plus respectées : ne pas proposer une péridurale à une femme qui a dit qu'elle n'en voulait pas, mais attendre qu'elle la demande ; aider une femme indécise ou qui ne voulait pas de péridurale à passer le cap de la fin du travail.

L'ensemble de ces mesures doivent permettre d'améliorer la prise en charge des parturientes qui ne souhaitent pas d'APD lors de leur accouchement, et ainsi les aider à voir aboutir leur projet de naissance.

Bibliographie

[1] Morel M.F, Société d'Histoire de la Naissance, Histoire de la douleur dans l'accouchement 02/01/2012.
Consultable à l'URL : http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article44

[2] Cascian C, Pourquoi tant d'accouchements sous péridurale en France [En ligne] publié par L'Express le 03/09/2015. 1 page
Consultable à l'URL : http://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/pourquoi-tant-d-accouchements-sous-peridurale-en-france_1712141.html

[3] Blondel B, Kermarrec M - Enquête nationale périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003-Rapport INSERM- Mai 2011- 48 pages
Consultable à l'URL :
http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf

[4] CIANE-Douleur et accouchement. Enquête sur les accouchements-dossier n°5-PARIS-Avril 2013 [pdf] 64 pages.

[5] Le Ray.C, Goffinet.F - Factors associated with the choice of delivery without epidural analgesia in women at low risk in France. Birth. 2008 Sept; 35(3):171-8

[6] Getti.M-Le souhait d'accoucher sans péridurale : étude descriptive de la prévalence, des motivations des femmes et leurs caractéristiques socio-professionnelles- Mémoire- Ecole de sages-femmes de Grenoble-2013-30 pages

[7] CIANE-Une demande croissante pour des approches moins médicalisées, Communiqué de Presse- PARIS- 22 Mai 2013- 4 pages

[8] Kpéa. L, Bonnet.M,- Initial Preference for Labor Without Neuraxial Analgesia and Actual Use: Results from a National Survey in France. Anesth Analg, et coll édition, Volume 121, Septembre 2015

[9] Palot M, Leymarie F-Request of epidural analgesia by women and obstetrical teams in four French areas. Part II: Management of epidural analgesia. A. Ann Fr Anesth Reanim. 2006 Jun;25(6):569-76.

[10] Pottecher T, Palot M. Evaluation of the demand for access to peridural obstetrical anesthesia in maternity units. Ann Fr Anesth Reanim. 2002 Jul;21(7):558-63.

[11] Guillaume.S -Recours à la péridurale : choix ou contrainte pour les femmes ?- Communiqué de Presse- CNSF-Paris-28 Aout 2015.
Consultable à l'URL : http://www.cnsf.asso.fr/doc/8A7B2228-F30D-F6C2-5AD03504BECCEC0A.pdf

[12] CIANE-Enquête sur les accouchements, respects des souhaits et vécu de l'accouchement, dossier N°3, PARIS, Aout 2012, 18 pages.

[13] CNSF, CIANE et le collectif des sages-femmes, Contribution Commune : la filière physiologique en obstétrique.- PARIS-Février-Juin 2015,62 pages.

[14] CNSF, recours à la péridurale : choix ou contrainte pour les femmes ? - Communiqué de presse- PARIS-28 août 2015.

[15] Pineau E. L'accouchement sans péridurale : un choix sociologiquement déterminé ? - Mémoire- Ecole de Sage-femme de Nantes- 2007-2008- 52 pages

[16] Robin V. L'accompagnement des parturientes serait-il influencé par l'analgésie Péridurale ? – Mémoire- Centre Hospitalier Universitaire de Rouen-2011-30 pages

[17] Comité éditorial de l'UVMaF. Dystocie mécanique, 2014 [pdf] 21 pages.
Consultable à l'URL :
http://campus.cerimes.fr/maieutique/UEobstetrique/dystocie_mecanique/site/html/cours.pdf

[18] HAS, Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance- Guide méthodologique. Paris-Mars 2014. 32 pages
Consultable à l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014 03/guide_qualite_securite_secteur_naissance.pdf

[19] Anim-Somuah M, Smyth RMD-Epidural versus non-epidural or no analgesia in labor. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art.

[20] CNGOF-MTO-Cours sur la Dilatation du col utérin- NANTES-2015-4 pages
Consultable à l'URL : http://campus.cerimes.fr/media/disquemiroir/2015-06-09/UNF3Smiroir/campus-numeriques/gynecologie-et-obstetrique/diuecho/MTO/poly/15000fra.html

[21] Vigué J.P et Machauffe J.C- L'urgence et la douleur en obstétrique. Rôle de l'équipe d'anesthésie en obstétrique. 02.2000

[22] Poitel. B, Stora.P - Péridurale : choisir en connaissance de cause- Dossier association Femmes /Sages-femmes d'Aquitaine- Montpouillan-2000
Consultable à l'URL : http://portail.naissance.asso.fr/docs/peridurale-choisir.pdf

[23] Kopff-Landas.A, Moreau.A, Séjoune.N - Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude quantitative- « Gynecologie Obstétrique et Fertilité » 2008-Vol 36 n°3-p1101-1104

Annexes

Annexe I

Questionnaire de mémoire de sage-femme :
« Discordance entre souhait et réalisation de l'analgésie péridurale »

Hélène Delannoy

Bonjour,

Etudiante sage-femme en dernière année à la faculté de médecine et de maïeutique de Lille, je vous sollicite dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, portant sur le non souhait d'une péridurale au cours de la grossesse de la patiente et sa réalisation lors de l'accouchement.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette étude, je vous invite à remplir ce questionnaire et à le remettre à votre sage-femme.

Les données ainsi recueillies resteront **anonymes** et **confidentielles.**

Cela vous prendra environ 5 minutes pour répondre aux questions.

Merci d'avance.

Au cours de votre grossesse, avez-vous souhaité bénéficier d'une analgésie péridurale pour l'accouchement ?

- ❑ Oui
- ❑ Non
- ❑ Je ne voulais pas de péridurale dans un premier temps mais si besoin, je me suis laissé la possibilité de changer d'avis.

La suite de ce questionnaire s'adresse plus particulièrement aux femmes qui **ne souhaitaient pas de péridurale pour leur accouchement ou qui se laissaient la possibilité de changer d'avis**.

Donc si vous souhaitiez une péridurale au cours de votre grossesse, veuillez retourner ce questionnaire à la sage-femme qui vous l'a remis.

Merci

Partie I :

Informations générale :

- Votre âge :
- Nombre d'accouchements :
- Nombre de grossesses (menées ou non à leur terme) :
- Terme (dernier accouchement) :

Si vous avez plusieurs enfants, merci de compléter le tableau suivant :

1. Concernant vos accouchements précédents, veuillez remplir vos antécédents s'il vous plait :

ACCOUCHEMENT	AUCUNE ANESTHESIE	PERIDURALE OU RACHIANESTHESIE	EXTRACTION INSTUMENTAL	DECLENCHEMENT (PGE2 OCYTOCIQUE MECANIQUE)
1ER				
2				
3				
4				
5				

Si vous avez déjà bénéficié d'une analgésie péridurale : Quel a été votre vécu concernant l'/les analgésie(s) péridurale(s) antérieure(s) ?

- ❑ Très bien
- ❑ Bien
- ❑ Assez bien
- ❑ Mal

Concernant votre dernier accouchement :

2. Avez-vous bénéficié de cours de Préparation à la naissance lors de votre suivie de grossesse ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

Si Oui, Précisez laquelle (exemples : Classique, Sophrologie, Piscine, Haptonomie…)

: ……
……

Si Oui, au cours des séances avez-vous reçu des informations sur l'analgésie Péridurale ?

- ❑ Aucune information reçue
- ❑ Informations sur les bénéfices
- ❑ Informations sur le déroulement de la pose de la péridurale
- ❑ Informations sur les complications potentielles
- ❑ Autres :……

3. Avez-vous eu d'autres sources d'informations concernant la péridurale ?

- ❑ Je n'ai eu aucunes autres sources d'informations.
- ❑ En consultation d'anesthésie obligatoire au 8ème mois de grossesse
- ❑ Sur un document que l'on vous a remis lors d'une consultation pré natale.
- ❑ Information donnée par mon entourage (Famille, amie…)
- ❑ Recherche personnelle effectuée : grâce à Internet, documentaire, Revues destinées aux femmes enceintes….
- ❑ Autres : ……

4. De manière globale, considérez-vous que les informations recueillies lors de votre grossesse sur l'analgésie péridurale sont :

- ❑ Très suffisante
- ❑ Suffisante
- ❑ Insuffisante
- ❑ Ne sais pas

5. Quel est le professionnel qui a principalement suivi la grossesse ?

- ❑ Gynécologue-obstétricien
- ❑ Sage-femme
- ❑ Médecin généraliste

Partie II

1. Au cours du travail, avez-vous finalement bénéficié d'une analgésie péridurale ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

- **Si Oui, Veuillez continuer ce questionnaire, Merci.**
- **Si Non, Veuillez remettre ce questionnaire à votre sage-femme, Merci.**

2. Après votre arrivée aux urgences, vous avez été emmenée :

- ❑ En salle physiologique (salle nature)
- ❑ En salle de travail traditionnelle
- ❑ En salle de pré-travail puis en salle de travail.

3. A votre avis, combien de temps s'est-il passé entre votre arrivée au niveau des salles de naissances et la pose de la péridurale ?.....

4. Combien de temps s'est-il passé entre votre demande d'analgésie péridurale et l'arrivée de l'anesthésiste sur place ?

- ❑ Moins de 15 mins
- ❑ Au bout de 30 mins
- ❑ Entre 30 mins et 1 heure
- ❑ Au-delà d'1 heure

5. A combien votre col était-il dilaté :

A votre arrivée :……

Au moment de la pose de la péridurale :……

6. Le début de votre travail était-il :

- ❑ Spontané (les contractions ont été tout de suite régulières et intenses naturellement)
- ❑ Maturation (on a dû vous aider à avoir des contractions grâce à un gel intra-vaginal, à un tampon ou à un ballon intra-vaginal)
- ❑ Déclenchement (On a dû vous mettre une perfusion avec un médicament en salle de travail pour vous aider à avoir des contractions plus régulières et intenses)
- ❑ Autres:……

7. Votre poche des eaux, s'est-elle rompue :

- ❑ Naturellement
- ❑ Artificiellement (avec l'aide de la sage-femme en salle de travail)
- ❑ Avant la pose de la péridurale
- ❑ Après la pose de la péridurale
- ❑ La poche des eaux est restée intacte jusqu'à l'accouchement

8. A-t-on dû vous administrer une perfusion avec un médicament (Syntocinon) pour régulariser et augmenter l'intensité de vos contractions ?

- ❑ Oui
- ❑ Non
- ❑ Je ne sais pas

Si Oui,

- ❑ Avant la pose de l'analgésie péridurale
- ❑ Après la pose de l'analgésie péridurale

9. Quelle a été la durée de votre travail (temps entre votre arrivée en salle de naissance jusqu'à l'accouchement) :…….....

10. Pendant votre travail, étiez-vous :

- ❑ Seule
- ❑ Avec votre conjoint
- ❑ Autres :……

11. Quelles sont la ou les raison(s) pour la(les)quelle(s) vous avez finalement bénéficié d'une analgésie péridurale ? *(réponses multiples possible)*

- ❑ Votre col ne se dilatait plus
- ❑ Le travail devenait trop long et douloureux
- ❑ Vous ne vous imaginiez pas que la douleur serait si forte
- ❑ Risque accru de césarienne en urgence (Ex : anomalie du rythme foetal…)

- ❑ Sur indication médicale
- ❑ Anxiété et/ou Fatigue
- ❑ Souhait émis par l'accompagnant
- ❑ Souhait émis par le corps médical
- ❑ Disponibilité limité de l'anesthésiste
- ❑ Autres :
  ……..……

12. Vous a-t-on proposé des alternatives non médicamenteuses ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

Si oui, la(les)quelle(s) ?

- ❑ Ballon et/ou moyens de suspension (Liane, Arceau…)
- ❑ Positions antalgiques
- ❑ Déambulation
- ❑ Baignoire
- ❑ Massages
- ❑ Techniques de respiration
- ❑ Autres :……

13. Concernant la prise en charge de votre douleur pendant le travail par l'équipe soignante, êtes-vous :

- ❑ Très satisfaite
- ❑ Satisfaite
- ❑ Peu satisfaite
- ❑ Pas satisfaite

14. Avez-vous accouché :

- ❑ La journée
- ❑ La nuit
- ❑ Voie basse sans complication
- ❑ Voie Basse avec extraction instrumentale (Ventouse ou Forceps)
- ❑ Par Césarienne

Je vous remercie pour votre implication dans le cadre de cette étude et me tiens à votre disposition pour toutes questions ou renseignements,

Hélène Delannoy
@ : helene.delannoy@lacatholille.fr
Tel (secrétariat Faculté de Médecine et de Maïeutique) : 03 20 13 40 00

Annexe II

Faculté de Médecine et de Maïeutique
56 rue du Port 59046 LILLE

Nom de l'étudiant : DELANNOY
Prénom de l'étudiant : Hélène
Tel du secrétariat de la FMM : 03 20 13 40 00

Numéro de code du patient dans l'étude :

Information pour participation à une étude médicale

Madame,

Dans le cadre du mémoire que je dois réaliser au cours de mes études j'effectue un travail de recherche médicale intitulé :

« Etude d'un changement d'avis des patientes concernant la pose de l'analgésie péridurale »

Le service de maternité de …… dans laquelle vous avez accouché, a accepté d'être centre participant de cette étude.

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir certaines réponses (qui seront totalement anonymisées), à l'aide d'un *questionnaire* auquel vous acceptez de répondre en acceptant de participer à cette étude.

Ce questionnaire, une fois complété, sera à déposer dans la boite de retour située au secrétariat du service de maternité.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
- Que les données recueillies seront traitées de manière totalement anonyme sans connaissance de votre identité.
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectuées

Fait en double exemplaires,

A ……. Le ……..

Signature de la patiente :

Annexe III

GROUPEMENT DES HÔPITAUX DE L'INSTITUT CATHOLIQUE DE LILLE

Avis du comité interne d'éthique de la recherche médicale (CIER) du GHICL

Numéro d'ordre de l'avis : 2016-05-03
Intitulé de la recherche : Etude d'un changement d'avis des patientes concernant la pose de l'analgésie péridurale.
Investigateur ou responsable du projet : Hélène DELANNOY
Promoteur : GHICL
Lieu où se déroule la recherche : Auprès des centres hospitaliers de Valenciennes, Lens, Tourcoing, Roubaix, Armentières et Saint Vincent de Paul.

Documents sur lesquels le comité (protocole, document d'information et/ou de consentement **remis aux sujets participants...)** : Grille CIER, lettre d'information, formulaire de consentement

Date de réunion du comité d'éthique : 25/05/2016

Personnes ayant délibéré :
- ✓ Le président du CIER : Dr Baumelou
- ✓ Le président de la CME du GHICL ou son représentant : Pr Decoster
- ✓ Le doyen de la FMM et/ou le vice doyen chargé de la recherche : Pr Gosset
- ✓ Le responsable adjoint du DRM : Mme Demilly
- ✓ Un expert médical : Dr Lansiaux
- ✓ Un psychologue du GHICL : Mme Luizet
- ✓ Une juriste : Mme Géraldine Bolet
- ✓ Un représentant des usagers : Mr Marie
- ✓ Un membre du CEM : Mr Cobbault

Avis du comité d'éthique du GHICL

- ☐ **Avis favorable sans restriction**
- ✓ **Avis favorable avec demande de modifications** (avis temporaire) : voir fiche « demande de modifications du CIER » jointe à cet avis
- ☐ **Avis défavorable**
  - motivations :
  - recommandations :

Le président du comité d'éthique du GHICL
Nom : DECOSTER Anne
Date : 27/5/2016
Signature :

l'Expert médical du GHICL
Nom : LANSIAUX Amélie
Date : 02/06/16
Signature :

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME (2017)

TITRE : Discordance entre souhait et réalisation de l'analgésie péridurale

AUTEUR : Hélène DELANNOY

Sous la Direction de : Madame Buttitta (Docteur en psychologie)

MOTS-CLES : Analgésie péridurale, accouchement physiologique, préparation à la naissance, ocytocine de synthèse, douleur, accompagnement, alternative non médicamenteuse, satisfaction.

RESUME :

Introduction : De nos jours, on ne peut nier que l'analgésie péridurale est une réelle avancée en obstétrique. Avec près de 77% des femmes qui accouchent sous péridurale en France, celle-ci n'a plus besoin de faire ses preuves dans la prise en charge des douleurs qu'entraînent un accouchement. Cependant, un certain nombre de femmes souhaitent un accompagnement moins médicalisé de la naissance. Ce souhait se traduit en particulier par des demandes telles que l'absence de péridurale, qui n'est pas toujours évident à entreprendre. Ainsi, notre étude cherche à analyser quelles sont les circonstances qui mènent à la pose d'une péridurale au cours du travail chez une femme qui n'en souhaitait pas lors de sa grossesse.

Matériel et Méthode : Un questionnaire standardisé et anonymisé a été distribué aux patientes qui répondaient aux critères d'inclusion ; en post partum dans les services de suites de couches au sein de six hôpitaux de niveaux différents. Ensuite nous avons procédé à une analyse descriptive des données : les moyennes et écarts-types pour les données quantitatives (suivant une loi gaussienne) ; les médianes et espaces interquartiles pour les données quantitatives (suivant une loi non-gaussienne) ; les effectifs et les fréquences pour les données qualitatives.

Résultats :
Initialement 27,4% des patientes ont déclaré ne pas vouloir recevoir d'analgésie péridurale pour leur accouchement. Toutefois 68% d'entre elles ont finalement bénéficié d'une péridurale au cours du travail. L'effectif final de l'étude est de 57 patientes. L'analyse de nos données montre que les femmes qui ne souhaitaient pas de péridurale et qui en ont reçu une ont entre 25 et 29 ans, sont majoritairement multipares, avec un antécédent d'extraction instrumentale, un mauvais vécu d'une péridurale antérieure ou qui ont reçu de l'ocytocine de synthèse pendant le travail. Cependant un travail long ou encore une douleur intense ont été les raisons premières évoquées par les femmes concernant leur changement d'avis.

Conclusion : A l'échelle de notre étude, nous avons pu montrer quelques facteurs qui poussent les patientes à changer d'avis concernant le fait de bénéficier d'une péridurale ou non. Plusieurs mesures peuvent être mises en place afin d'aider les femmes à aller au bout de leur choix initial telles que : mieux informer les femmes sur l'avancement du travail et de l'impact de telle ou telle mesure (administration d'ocytocine de synthèse, rupture de la poche des eaux…), proposer plus largement des alternatives variées afin de soulager la douleur, informer les patientes sur les limites de la péridurale afin d'améliorer leur prise en charge.