



HAL
open science

Connaissances et représentations des femmes sur l'analgésie péridurale

Sarah Couplier

► **To cite this version:**

Sarah Couplier. Connaissances et représentations des femmes sur l'analgésie péridurale. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03163495

HAL Id: dumas-03163495

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03163495v1>

Submitted on 9 Mar 2021

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.



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**CONNAISSANCES ET REPRESENTATIONS DES
FEMMES SUR L'ANALGESIE PERIDURALE**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Couplier Sarah

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2020



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**CONNAISSANCES ET REPRESENTATIONS DES
FEMMES SUR L'ANALGESIE PERIDURALE**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Couplier Sarah

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2020

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier,

Madame Brigitte Storme, médecin anesthésiste et réanimateur, pour avoir accepté d'être ma directrice de mémoire. Votre disponibilité, votre encadrement et votre soutien m'ont permis d'avancer dans mes recherches.

Madame Eve-Caroline Madrona, sage-femme enseignante, pour avoir accepté d'être ma co-directrice de mémoire. Votre bienveillance, votre gentillesse, votre aide, vos précieux conseils m'ont permis de concrétiser l'élaboration de ce travail.

L'ensemble de l'équipe pédagogique, qui m'a aidé à me réaliser en tant que future sage-femme.

L'ensemble des sages-femmes, sans qui la réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible.

Toutes les femmes, qui ont accepté de participer à cette étude, qui m'ont accordé de leur temps et qui m'ont également motivé.

Mes parents, pour ce que vous faites au quotidien, pour votre amour, pour rendre possible ce que je pense inaccessible. Merci Maman pour tout ce temps consacré à mes études ainsi que ta présence dans les moments de doute. Merci, à toi, Papa, pour avoir toujours su me faire rire dans les moments de doute. Je vous remercie pour tout, vous admire et vous aime

Estelle, pour son soutien quotidien, pour avoir toujours cru en moi, et son amour de grande sœur. Merci de m'avoir permis de devenir celle que je souhaitais être.

Quentin, pour son soutien, son investissement et le bonheur que tu m'apportes.

Mes amies, Pauline, Jeanne, Romane et Manon, pour ces quatre années riches en émotion. A toi Pauline, mon binôme du premier jour, pour tous ces fous rires. A toi Jeanne, pour tous ces périples. A toi Romane, pour ton sourire au quotidien. A toi Manon, pour toutes ces expressions. Vous avez rendu ces années pleines de joie et de rires, je vous souhaite le meilleur !

Mes proches, ma famille, mes amis, pour leur présence infaillible depuis ces cinq années et tous ces moments partagés.

ABREVIATIONS

APD : Analgésie Péridurale

PIEB : Programmed Intermittent Epidural Boluse

PCEA : Patient Controlled Epidural Analgesia

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

AG : Anesthésie Générale

EVA : Echelle Visuelle Analogique

MAPAR : Mises Au Point en Anesthésie Réanimation

PH : Potentiel Hydrogène

ALR : Anesthésie Loco-Régionale

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

LCR : Liquide Céphalo-Rachidien

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé Et de Recherche Médicale

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

Score ASA: American Society of Anesthesiology

CARO : Club Anesthésie Réanimation en Obstétrique

EPP : Entretien Périnatal Précoce

RSPA : Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SA : Semaines d'Aménorrhée

EE : Efforts Expulsifs

CU : Contractions utérines

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	2
REVUE DE LA LITTERATURE.....	3
1.1 L'analgésie péridurale : la théorie.....	3
1.1.1 La définition.....	3
1.1.2 Histoire de l'analgésie péridurale.....	4
1.1.3 Les indications.....	6
1.1.4 Les contre-indications.....	7
1.2 Pourquoi l'analgésie péridurale ?.....	8
1.2.1 Les avantages.....	8
1.2.2 Les complications.....	10
1.2.3 La surveillance après la mise en place de l'analgésie péridurale.....	14
1.2.4 Analgésie péridurale en France.....	14
1.2.5 Analgésie péridurale dans le monde.....	15
1.2.6 Les méthodes non médicamenteuses.....	16
1.3 Information des patientes vis-à-vis de l'analgésie péridurale.....	16
1.3.1 Une obligation légale.....	16
1.3.2 Les différentes sources d'information.....	17
POPULATION ET METHODES.....	20
2.1 Population.....	20
2.2 Méthodes.....	20
RESULTATS.....	23
3.1 Description de l'échantillon.....	23
3.2 Résultats.....	25
3.2.1 Les idées reçues.....	25
3.2.2 Les motivations du choix de l'analgésie péridurale.....	28
3.2.3 Les sources d'informations.....	32
3.2.4 Les facteurs influençant le choix.....	37
DISCUSSION.....	41
4.1 Les points forts de l'étude.....	41
4.2 Les points faibles.....	42
4.3 Discussion des résultats.....	44
4.3.1 Pourquoi l'analgésie péridurale.....	44
4.3.2 Les motivations d'une analgésie péridurale.....	47
4.3.3 Les sources d'information.....	50
4.4 Projets d'action.....	54
4.4.1 La diffusion de l'information.....	54
4.4.2 La formation des professionnels de santé.....	55
CONCLUSION.....	57
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....
ANNEXES.....

INTRODUCTION

L'analgésie péridurale fit son arrivée en France en 1972 mais elle ne fut utilisée que pour les césariennes dans un premier temps. De nos jours, l'analgésie péridurale (APD) occupe une place importante dans le milieu obstétrical ; en effet, selon l'enquête nationale périnatale réalisée en 2016, 82,6% des femmes ont bénéficié d'une APD contre 78,1% en 2010 [1]. De plus, il est à noter la diminution des contre-indications vis-à-vis de l'APD ainsi que son évolution dans le but d'être le moins délétère dans le déroulement du travail et de l'accouchement. L'évolution de l'APD permet aussi d'améliorer la satisfaction maternelle notamment avec l'utilisation de produits faiblement dosés, et des modes PIEB (Programmed Intermittent Epidural Boluse) et PCEA (Patient Controlled Epidural Analgesia) [2]. En effet, de nombreuses raisons motivent les patientes à s'orienter vers une APD.

Néanmoins, l'information sur l'APD est remise tardivement lors de la grossesse. Il est vrai que si l'information est une obligation légale de la part des professionnels de santé selon le Code de Santé Publique [3], celle-ci intervient seulement après le deuxième trimestre de grossesse. En effet, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) débutent après le deuxième trimestre de grossesse et la consultation d'anesthésie est programmée entre 32 et 36 semaines d'aménorrhées. Mais rappelons que différentes sources d'informations vont contribuer à la prise de décision notamment les séances de PNP, internet mais aussi l'entourage. Malgré ces informations tardives, il est demandé précocement aux femmes enceintes si elles souhaitent bénéficier de l'APD pour l'accouchement, cette question est à la fois posée par les professionnels de santé mais aussi par l'entourage.

Face à ce constat, il est donc apparu intéressant de recueillir les connaissances des femmes avant l'information apportée par les professionnels de santé, les motivations et les sources d'informations sur l'APD au cinquième et sixième mois de grossesse. En effet, quelles sont les connaissances des femmes sur l'APD pouvant permettre de répondre précocement au choix de l'APD ? Qui apporte les principales informations à ce terme de grossesse ? Et quelles sont les principales motivations à s'orienter vers une APD ?

Dans un premier temps, dans ce travail de recherche, une revue de la littérature est présentée et permet de resituer le contexte actuel ; dans un second temps, la méthode employée pour ce travail de recherche effectué auprès de patientes volontaires d'une maternité de type III. Enfin une troisième partie est consacrée à la présentation des résultats qui sont analysés, discutés et qui conduiront à la proposition d'un projet d'action.

**REVUE DE LA
LITTERATURE**

1.1 L'analgésie péridurale : la théorie

1.1.1 La définition

Dans la littérature actuelle le terme analgésie signifie la suppression de la douleur. Quant au terme péridural, il vient du grec « peri » signifiant « autour de » et du latin « durus », la dure-mère.

Tout d'abord, l'analgésie péridurale est une analgésie loco régionale qui consiste à injecter dans l'espace péridural des anesthésiques locaux qui agissent au niveau des racines de la moelle épinière [4]. L'espace péridural est défini anatomiquement comme l'espace situé entre le sac dural et les parois rachidiennes. Cet espace s'étend donc depuis le foramen magnum (trou occipital) en haut, jusqu'à l'extrémité inférieure du canal vertébral en bas [5].

L'objectif de l'APD est de procurer une analgésie dans un territoire donné via l'espace péridural. Cette méthode est en effet utilisée pour l'accouchement dans le but d'atténuer ou de supprimer la douleur dans les parties inférieures du corps ; elle est donc réalisée dans la région lombaire [6].

Au niveau de la technique de pose, le médecin anesthésiste réanimateur palpe le sommet postérieur des crêtes iliaques ce qui lui permet de trouver l'intersection entre le grand axe du rachis et la ligne joignant les sommets postérieurs des crêtes iliaques. En effet, cela correspond à l'espace où le cathéter de péridurale sera mis en place c'est-à-dire entre L4-L5 la plupart du temps, mais la ponction peut aussi être réalisée au niveau de L2-L3 et L3-L4 [5].

De plus, la solution anesthésique peut être administrée en continu avec les modes PIEB et PCEA ; le but étant d'acquiescer une analgésie optimale tout en limitant les effets secondaires tels que l'hypotension artérielle et l'apparition d'un bloc moteur.

1.1.2 Histoire de l'analgésie péridurale

1.1.2.1 Accouchement sans douleur

Plusieurs avancées ont eu lieu concernant l'atténuation de la douleur avec par exemple l'apparition dans les années 1930 de la méthode de Read. Prisée dans les pays anglo-saxons, elle est composée d'enseignements théoriques basés sur l'anatomie et la physiologie, de relaxation et de psychothérapie.

Le concept d'accouchement sans douleur lui, s'est introduit en France grâce au professeur Fernand Lamaze qui introduit dans la maternité de l'Hôpital de Métallurgistes la méthode psychoprophylactique développée par des médecins soviétiques. L'accouchement sans douleur repose sur le postulat que c'est un phénomène naturellement indolore ; l'apparition de la douleur résulte d'un conditionnement inadéquat de la patiente. L'objectif médical était de supprimer la douleur en apprenant aux femmes à accoucher de manière « correcte ». En réalité, dans ce concept, il faut plutôt prévenir la douleur que de la traiter par des moyens pharmacologiques [7].

En octobre 1951, le professeur Lamaze réalise le premier « accouchement sans douleur », par la suite il va instaurer des séances de préparation à l'accouchement sans douleur. Les obstétriciens vont donc transmettre des connaissances scientifiques mais aussi enseigner des exercices de respiration ainsi que des postures pour le relâchement musculaire. Selon ce concept, la douleur de l'accouchement n'est pas provoquée par les contractions utérines mais par une mauvaise interprétation du cerveau des signaux électriques. Le but ultime de cette méthode est de détourner le cerveau de la douleur, c'est donc avec ce concept qu'est apparu le terme « contractions utérines » tout simplement pour remplacer le mot « douleur » ayant un aspect péjoratif.

Cependant il a fallu attendre jusqu'en 1956 que ce concept rencontre un succès massif pour obtenir l'inscription à la Sécurité Sociale de six séances de préparation à l'accouchement sans douleur. Les séances de préparation à l'accouchement sans douleur deviendront par la suite les séances de préparation à la naissance basées sur un accompagnement de la physiologie de la grossesse [7].

En parallèle, l'accouchement sous anesthésie a poursuivi son développement dans les pays anglo-saxons puis s'est généralisé plus tardivement en Europe grâce à l'apparition de sédatifs neurotropes et de l'analgésie péridurale. Au niveau des pratiques, on a donc eu une médicalisation de l'accouchement au XXème siècle [8].

1.1.2.2 Arrivée de l'analgésie péridurale en France

En réalité, l'analgésie péridurale a été inventée par les docteurs Sicard et Cathelin en 1901 qui effectuaient des péridurales pour de nombreux actes chirurgicaux mais elle ne fut pas encore utilisée dans le secteur de l'obstétrique, cependant cette méthode révolutionnaire fut oubliée pendant plusieurs années [8]. En effet, il a fallu attendre les années 50 pour que l'APD se développe dans le milieu obstétrical principalement dans les pays d'Outre Atlantique [9].

L'analgésie obstétricale fit donc son arrivée en France en 1972 suite au congrès parisien d'anesthésiologie et se développa grâce à P. Viars et J. Seebacher mais elle ne fut utilisée que pour les césariennes au début des années 80. En effet, l'APD a mis quelques temps avant de connaître un succès, ce n'est qu'à partir de 1994 que la technique s'est généralisée suite à son remboursement par la Sécurité Sociale.

De nos jours, l'analgésie péridurale occupe une place importante dans le milieu obstétrical, avec un taux de 81,4% des femmes recevant une anesthésie loco-régionale (rachianesthésie ou APD) en 2010 selon l'enquête nationale périnatale [1]. L'utilisation de l'APD ne cesse d'augmenter pour les femmes ayant eu un travail spontané ou déclenché, en effet, selon l'enquête nationale périnatale réalisée en 2016, 82,6% des femmes ont bénéficié d'une APD en 2016 contre 78,1% en 2010. De plus, parmi les femmes ayant bénéficié d'une APD, un peu plus de la moitié ont eu une PCEA [10].

En réalité, l'anesthésie loco-régionale occupe aussi une place importante en cas de césarienne, en effet, 94,3% des femmes ont bénéficié d'une APD ou d'une rachianesthésie contre 5,7% des femmes qui ont bénéficié d'une anesthésie générale en 2016 [10].

1.1.3 Les indications

La douleur associée au travail et à l'accouchement constitue une indication suffisante à la pose d'une APD. Au cours des dernières années, les indications de pose d'APD chez les parturientes se sont développées, en effet, la morbidité et la mortalité maternelle associées à l'anesthésie générale (AG) obligent parfois les professionnels de santé à recommander l'APD.

1.1.3.1 Les indications maternelles

Comme expliqué précédemment, la douleur associée au travail et à l'accouchement d'une parturiente constitue une indication de pose d'APD, en effet, l'ensemble des organisations obstétricales professionnelles considèrent qu'une EVA supérieure à trois constitue une indication de pose d'APD à condition que la femme le souhaite.

Les pathologies cardiovasculaires, pulmonaires, neurologiques susceptibles de décompenser suite à l'hyperstimulation sympathique consécutive à la douleur ou à la diminution du retour veineux liés aux efforts de poussée sont aussi des indications de pose d'APD.

En réalité, toutes les situations où l'anesthésie générale est à risque chez une parturiente doivent inciter les professionnels de santé à recommander une APD notamment en cas de risque d'intubation difficile, d'obésité et d'allergie aux curares [11].

1.1.3.2 Les indications obstétricales

L'APD est aussi indiquée dans le cadre de complications obstétricales notamment la dystocie dynamique et le déclenchement qui peuvent amener l'équipe professionnelle à utiliser de l'ocytocine de synthèse ou bien des prostaglandines et donc provoquer une hyperstimulation utérine, douloureuse pour la patiente. De même, le travail prolongé, les extractions instrumentales, les grossesses multiples ainsi que le potentiel risque de césarienne constituent aussi des indications de pose d'APD [11].

1.1.3.3 Les indications fœtales

D'autre part, la prématurité, le retard de croissance intra-utérin et les présentations fœtales dystociques (podalique, transverse sur le deuxième jumeau...) peuvent conduire l'équipe obstétricale à réaliser des manœuvres obstétricales notamment une version par manœuvre interne ou bien une extraction instrumentale, c'est pour cela que ce sont aussi des indications de pose d'APD [12,13].

1.1.4 Les contre-indications

En réalité, l'analgésie péridurale constitue la technique analgésique la plus sûre et la plus efficace pour le travail et l'accouchement ; néanmoins il existe des contre-indications dictées par l'évaluation du rapport bénéfices/risques.

En effet, dans l'étude portant sur le fait qu'il reste des contre-indications à l'analgésie péridurale obstétricale en 2004, Mignon et Goffinet démontrent que malgré une pratique élevée d'APD en salle de naissance avec un taux moyen en France de 90%, il reste des contre-indications absolues à l'APD, notamment le refus de la patiente qui en réalité est très rare grâce à l'information reçue lors de la consultation d'anesthésie. De plus, l'intensité des contractions utérines lors du travail fait aussi diminuer le taux de refus à l'APD [12].

Les troubles congénitaux ou acquis de la coagulation sont aussi considérés comme des contre-indications absolues. Alors que la valeur seuil recommandée de numération plaquettaire pour autoriser une patiente à bénéficier d'une APD est de 100 000/mm³, en pratique ce seuil est souvent abaissé à 70 000/mm³.

De même, l'instabilité hémodynamique liée à une hypovolémie non compensée constitue aussi une contre-indication à la pose d'APD tout comme un syndrome infectieux. En réalité, seulement un syndrome infectieux localisé au point de ponction ou généralisé avec un retentissement hémodynamique peut être considéré comme une contre-indication.

Dans cette même étude, Mignon et Goffinet ont montré qu'il existe aussi des contre-indications relatives dépendantes des hôpitaux, notamment le placenta prævia antérieur

ou ayant saigné, qui est une contre-indication dans une maternité de type III parisienne, en effet une AG sera préférable dans ce cas [12].

En revanche, les contre-indications se sont progressivement réduites au cours des dernières décennies. En effet, la prééclampsie est l'exemple type, l'APD provoquait une hypotension sévère et une souffrance fœtale, dans ce cas, l'APD était donc contre-indiquée. En réalité, l'APD permet de normaliser l'hypertension mais aussi d'améliorer le débit sanguin utéro-placentaire [11].

Il est aussi important de rappeler que la mortalité maternelle directement liée à l'anesthésie est très rare et qu'elle recule depuis plusieurs décennies ; en effet elle ne constitue que la neuvième cause de décès (moins de 3%) [13].

1.2 Pourquoi l'analgésie péridurale ?

1.2.1 Les avantages

1.2.1.1 Les avantages médicalement prouvés

L'analgésie péridurale est une des techniques les plus utilisées pour faire face à la douleur de l'accouchement, en effet son utilisation est passée de 3,9% en 1981 à 74,9% en 2003 en France [1].

Effectivement, un des principaux avantages de l'APD est l'état de conscience qui est préservé permettant à la patiente de participer de manière active à son accouchement mais aussi d'éviter les risques liés à la perte de contrôle des voies aériennes [12].

Un article du congrès MAPAR (Mises Au Point en Anesthésie Réanimation) de 2000 précise que la douleur, outre son retentissement psychologique, peut être délétère pour la mère et le fœtus car elle entraîne une augmentation du débit cardiaque qui peut atteindre, lors des efforts expulsifs, le double de celui observé habituellement en fin de grossesse, ainsi qu'une hyperventilation pouvant favoriser une hypoxie fœtale. L'APD prévient ces phénomènes qui sont habituellement sans conséquences mais qui peuvent avoir un retentissement important en cas de pathologie maternelle ou fœtale préexistante [14].

De plus, depuis l'utilisation de l'APD, les professionnels de santé ont fait de nombreux progrès pour améliorer la satisfaction maternelle notamment avec la PCEA avec laquelle on observe moins de bloc moteur, une diminution de la charge de travail pour l'équipe médicale (moins de surveillance clinique), mais aussi une diminution des doses totales d'anesthésiques administrées. En effet, la PCEA permet d'ajuster les débits analgésiques mais aussi d'autonomiser les parturientes et donc de permettre une participation active lors de leur accouchement. La satisfaction maternelle est aussi améliorée avec le mode PIEB qui se définit comme une administration de bolus programmés ; cette administration régulière et automatique permet d'administrer des bolus dans l'espace péri-dural sans attendre la réapparition de la douleur [15].

En effet, de nos jours les professionnels de santé essaient de respecter la physiologie de l'accouchement, le terme « d'analgésie physiologique » peut donc être employé notamment avec la mise en place de l'analgésie péri-durale déambulatoire, qui permet à la patiente de se mobiliser tout en ayant une analgésie, cependant elle nécessite une surveillance régulière et spécifique (télémétrie) pas encore assez développée pour généraliser cette pratique [2,16].

1.2.1.2 Les motivations

L'analgésie péri-durale bénéficie d'une image positive auprès des patientes. De nombreuses raisons motivent les patientes à s'orienter vers une APD notamment le fait d'éviter l'AG en cas de césarienne en urgence.

En effet, dans une étude réalisée dans la région Toulousaine en 2009 portant sur les motivations des femmes souhaitant accoucher avec ou sans APD, Séjourné et Callahan ont montré qu'une appréhension de l'accouchement peut constituer une motivation vis-à-vis de l'APD ; en effet la patiente souhaite se sentir plus détendue et entourée par l'équipe médicale. La parturiente souhaite aussi être plus agréable pour son entourage et être dans les meilleures conditions pour accueillir son bébé. Concernant la douleur, une femme souhaiterait accoucher sous APD car elle a peur de souffrir, qu'elle ne connaît pas d'autres méthodes pour ne pas souffrir ou bien qu'elle estime qu'elle n'a pas besoin de souffrir [17]. A l'inverse, les femmes ne souhaitant pas l'APD, veulent éviter les effets secondaires et participer pleinement à l'accouchement.

1.2.2 Les complications

1.2.2.1 Les conséquences sur le travail obstétrical

Il est vrai que l'analgésie péridurale a des conséquences au niveau du travail, mais le moment de pose a-t-il réellement une influence sur le travail obstétrical ? Dans l'étude réalisée en 2017 par une étudiante sage-femme dans le cadre de son mémoire de fin d'études évaluant l'influence du moment de la pose d'analgésie péridurale en terme de dilatation cervicale sur la durée et la médicalisation du travail obstétrical, il a été retrouvé un allongement de la phase de latence et du travail obstétrical lorsque l'APD était posée lors de cette phase [18,19]. Néanmoins, depuis les recommandations du CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) de 2016 sur la définition de la phase de latence et l'utilisation de l'ocytocine, il est impossible d'avoir un allongement de la phase de latence car celle-ci n'étant pas définie par une durée. De nos jours, le moment de pose d'APD ne peut donc pas être lié à un allongement de la phase de latence. [20].

De plus, une difficulté pour uriner est provoquée par l'analgésie réalisée dans la région lombaire ce qui conduit à des sondages évacuateurs fréquents lors du travail obstétrical. Il est aussi constaté une sensation de jambes lourdes et des difficultés pour se mobiliser. Une diminution de l'envie de pousser est aussi retrouvée ainsi qu'une diminution du réflexe de Ferguson [21,22]. Il est donc vrai qu'il existe des conséquences à la pose d'APD cependant elles restent minimes.

D'autre part, les techniques d'ALR utilisées lors d'une césarienne, notamment la rachianesthésie peut induire des modifications du pH artériel fœtal due à une réduction temporaire du débit sanguin utéro placentaire [23,24] ; en conséquence, il faut dès que possible privilégier l'APD [25].

1.2.2.2 Les complications maternelles immédiates

1.2.2.2.1 Insuffisance d'efficacité

L'enquête nationale périnatale de 2010 réalisée sur une semaine, qui a étudié l'ensemble des naissances survenues au moins à 22 semaines d'aménorrhée ou lorsque l'enfant pesait au moins 500 grammes (15 187 femmes et 15 418 enfants), a démontré

que sur les femmes qui ont eu recours à une analgésie péridurale ou une rachianesthésie, 69,5 % disent que l'analgésie était très efficace et 20,0 % qu'elle était assez efficace [1].

De plus, dans l'étude réalisée par une étudiante sage-femme dans le cadre de son mémoire de fin d'études évaluant la satisfaction des primipares accouchant sous péridurale, des chiffres relativement proches de l'enquête nationale ont été retrouvés. En effet, sur 100 patientes interrogées, 90 femmes ont été soulagées dont 1 ayant eu une seconde pose d'APD ; 8 femmes déplorent une efficacité partielle et 2 une inefficacité totale [26]. En réalité, dans la plupart des cas, il n'existe pas d'explications à l'inefficacité ou l'efficacité partielle mais cela peut être influencé par un mauvais positionnement du cathéter, une APD posée en fin de travail, un surpoids chez la parturiente ou une chirurgie du rachis.

1.2.2.2.2 Péridurale latéralisée

Lorsque l'analgésie se répartit de manière asymétrique, cela correspond au terme de « péridurale latéralisée » ; en effet, la patiente va ressentir la douleur d'un côté du corps. Dans le mémoire de fin d'études d'une étudiante sage-femme citée précédemment on retrouve 3 patientes sur 100 interrogées ayant eu une analgésie de manière asymétrique. Le plus souvent, cette asymétrie peut régresser grâce à des réinjections d'autres adjuvants notamment le Sufentanil ou bien le retrait du cathéter de quelques centimètres. Mais il se peut qu'une nouvelle ponction soit réalisée si l'analgésie est non satisfaisante. [26].

1.2.2.2.3 Hypotension maternelle

En pratique, une hypotension maternelle est souvent retrouvée après la pose d'APD, corrigée par une injection d'Ephédrine [27]. L'hypotension maternelle est accompagnée d'une baisse du débit sanguin utéro placentaire, ce qui impose une surveillance régulière de la pression artérielle maternelle ainsi qu'une surveillance continue du rythme cardiaque fœtal lors du travail [21]. En effet, lors de l'installation de l'analgésie, peut survenir une hypotension artérielle qu'il faut traiter afin d'éviter un retentissement fœtal, pour cela il faut s'assurer que la voie veineuse est efficace, surveiller la pression artérielle pendant la première demi-heure, privilégier le décubitus latéral gauche et traiter l'hypotension par de l'Ephédrine.

1.2.2.3 Les complications maternelles retardées

1.2.2.3.1 Complications liées aux postures du travail

Dans la littérature, un cas de déficit sensitivomoteur dans le territoire du nerf sciatique chez une patiente venant d'accoucher sous péridurale a été retrouvé. En réalité, ces complications résultent d'une ischémie nerveuse par compression des éléments nerveux, dans ce cas, la patiente avait passé sept heures en position tailleur ce qui avait provoqué une neuropathie du nerf de la cuisse [28]. En effet, si les membres inférieurs sont mal positionnés au cours du travail, une compression du nerf sciatique poplité externe peut en découler et provoquer des troubles de la marche lors du séjour en maternité.

De plus, des troubles neurologiques causés par une anesthésie loco-régionale sont aussi retrouvés dans la littérature. En réalité, les déficits neurologiques transitoires imputables à l'ALR surviennent dans 1 cas pour 10 000 accouchements. Alors qu'en l'absence d'ALR, la fréquence des déficits neurologiques est de 2,4 pour 10 000 accouchements. Ainsi l'origine du déficit neurologique transitoire est plus souvent d'origine obstétricale qu'anesthésique. En effet, le plus souvent, une lésion nerveuse provoquée par la compression du plexus lombo-sacrée entre la tête fœtale et l'aileron du sacrum est retrouvée. On retrouve aussi, dans le cas d'une position gynécologique prolongée, le nerf fémoral qui peut être comprimé au niveau du ligament inguinal. Après l'ALR, si une anomalie neurologique est rapportée par la patiente, un examen réalisé par un neurologue est indispensable [29]. En effet, toute anomalie de récupération motrice ou sensitive doit être dépistée et explorée dans les premières heures du post partum.

D'autre part, des lombalgies avec des douleurs au point de ponction sont aussi retrouvées dans la littérature, sans gravité et induite par une position allongée prolongée [14].

Il est vrai que certaines positions ont un bénéfice sur le travail obstétrical mais il ne faut pas oublier de modifier régulièrement les sites comprimés.

1.2.2.3.2 Brèche dure-mérienne

La brèche dure-mérienne qui est rare, se produit lorsque l'aiguille de Tuohy provoque une effraction dans les enveloppes méningées entourant le liquide céphalo-rachidien et les racines nerveuses, avec écoulement de liquide céphalo-rachidien (LCR) dans l'espace péri-dural. Cliniquement, de fortes céphalées, aggravées par la position verticale sont exprimées par les patientes. Le traitement de référence de la brèche dure-mérienne est le « blood-patch », c'est-à-dire l'injection de sang autologue dans l'espace péri-dural [14].

Ce dernier est cependant d'une efficacité variable en fonction des différentes études réalisées. En effet, dans une étude portant sur l'analgésie et l'anesthésie au cours de l'accouchement, Boulay et Simon ont montré une efficacité du premier « blood patch » curatif dans 34% des cas et du second « blood patch » dans 50% des cas [30].

1.2.2.3.3 Injection vasculaire accidentelle

L'injection vasculaire se produit en cas de brèche vasculaire méconnue par le cathéter. Cliniquement, elle se manifeste par un goût métallique dans la bouche, des fourmillements péri-buccaux, des vertiges, des acouphènes et un malaise, dans un premier temps. Par la suite, elle entraîne une perte de connaissance, des convulsions pouvant aller jusqu'à un arrêt cardiocirculatoire [14].

1.2.2.3.4 Mortalité maternelle

Pour ce qui est de la mortalité maternelle liée à l'anesthésie-réanimation, elle représentait en 2010-2012, 2% de la mortalité maternelle sans changement significatif depuis. Les causes principales étaient un arrêt cardiorespiratoire au cours de l'anesthésie, un choc anaphylactique, un syndrome de défaillance respiratoire et indirectement liées à des pathologies associées. En réalité, les soins étaient non optimaux avec principalement une erreur de prise en charge ou un retard de prise en charge thérapeutique ainsi qu'une durée insuffisante de réanimation cardiaque après un arrêt cardiorespiratoire [13].

1.2.3 La surveillance après la mise en place de l'analgésie péridurale

Une anesthésie loco-régionale est délivrée aux femmes qui le souhaitent, il convient de respecter le choix des femmes sachant que ce choix peut évoluer au cours du travail obstétrical. Rappelons que pour la mise en place de l'APD, il n'y a pas lieu d'exiger une dilatation cervicale minimale à une parturiente en travail, en effet, la mise en place étant guidée par l'intensité de la douleur ressentie. Le choix de l'anesthésie loco-régionale relève de l'anesthésiste réanimateur en collaboration avec la sage-femme [21].

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) datant de décembre 2017, il est recommandé d'administrer une analgésie à faibles doses pour limiter le bloc sensitivomoteur. De plus, après la pose d'APD, il est recommandé de surveiller la pression artérielle maternelle, le rythme cardiaque fœtal toutes les trois minutes pendant 20 minutes, ensuite une surveillance discontinue (toutes les heures) de la pression artérielle et de la cotation de la douleur pourra être proposée [31].

1.2.4 Analgésie péridurale en France

Selon les résultats des dernières enquêtes périnatales, une importante croissance de l'utilisation de l'APD en France est constatée. En effet, il y a 3,9% d'utilisation d'APD en 1989 ; 58% en 1998 ; 62,6% en 2003 et 70% en 2010 quelle que soit la voie d'accouchement [1]. Ces trois dernières décennies, se sont succédés les bolus intermittents contrôlés par le personnel médical, l'entretien continu à la seringue électrique puis le mode PCEA avec ou sans débit continu puis le mode PIEB. De nombreux progrès autour de l'APD se sont donc succédés au cours des années, dans l'objectif ultime d'améliorer la satisfaction maternelle et d'autonomiser la patiente pour se rapprocher le plus d'une analgésie physiologique [2].

En Auvergne, selon les dernières données d'Audipog, l'analgésie obstétricale est un acte fréquemment réalisé, il concerne 60% des parturientes en 2002-2003 et se fait dans la majorité des situations avec le mode PCEA. Dans 99% des cas, l'anesthésiste réanimateur pratique une anesthésie locale de la peau avant la ponction d'une ALR. La rachianesthésie est réalisée dans 30% des cas lorsque la dilatation cervicale est avancée

(huit centimètres) [6]. Ces chiffres démontrent l'avancée considérable de l'analgésie péridurale dans notre pays contrairement aux autres pays dans le monde.

1.2.5 Analgésie péridurale dans le monde

1.2.5.1 Analgésie péridurale dans les pays frontaliers

Dans la littérature, il est retrouvé des différences face à l'utilisation de l'APD. En Angleterre, 24% des parturientes recevaient une APD en 1996-1997 pendant le travail obstétrical avec une pratique de 4% de la PCEA. Selon l'INSERM, 28% des femmes bénéficient d'une APD entre 2004 et 2006 [10].

En Allemagne, le taux d'APD était d'environ 40%, en obstétrique en 1996, la pratique de la PCEA était estimée à 5%.

En 1995, deux régions italiennes ont été étudiées, l'APD était utilisée dans seulement 1% des cas ; en effet, de nombreuses maternités ne possédaient aucun moyen d'analgésie [32].

De plus, entre 2004 et 2006, selon les données de l'INSERM, 45% des femmes bénéficient d'une APD en Finlande et 15% aux Pays Bas [10].

1.2.5.2 Analgésie péridurale au-delà de nos frontières

Au Canada, en 1994, un taux moyen de 38% d'APD chez les parturientes est retrouvé.

Quant aux Etats Unis, 9 à 22% des parturientes bénéficiaient d'une APD en 1981 et 35 à 61% en 2001 [32].

Une importante utilisation de l'APD est donc retrouvée que ce soit en France ou dans le monde mais certains pays sont encore défavorisés du fait de l'accès à l'APD. Prenons l'exemple du Togo, sur 303 parturientes, 30 seulement avaient la connaissance de l'APD et 212 parturientes souhaitaient l'APD, une fois l'information donnée. En réalité, la pénurie de médecins anesthésistes et le coût du matériel constituent un frein à la réalisation de l'APD alors que la douleur obstétricale est sévère et devrait être prise en charge [33].

D'une manière générale, il existe un taux important de parturientes bénéficiant de l'analgésie péridurale dans le monde, mais il reste toujours des inégalités quant à l'utilisation de l'APD qui peut être due à un manque d'anesthésistes ou bien à un coût important pour pouvoir bénéficier de l'APD. Cependant, certains pays ont aussi une faible utilisation de l'APD souhaitant un retour à l'accouchement naturel.

1.2.6 Les méthodes non médicamenteuses

Selon l'enquête nationale périnatale réalisée en 2016, plus de 35% des femmes ont rapporté avoir utilisé une méthode non médicamenteuse pour gérer la douleur durant le travail. En 2010, seulement 14,3% des femmes ont rapporté avoir utilisé une méthode non médicamenteuse, une nette évolution de l'utilisation de ces méthodes est constatée notamment l'hypnose, l'acupuncture, les massages, la relaxation ainsi que différentes postures lors du travail [10].

La Haute Autorité de Santé recommande que toutes les femmes puissent bénéficier d'un soutien continu, individuel et personnalisé tout au long du travail. Néanmoins, les données issues de la recherche scientifique sont peu nombreuses et de faible niveau de preuve sur l'utilisation des méthodes non médicamenteuses. Cependant, la plupart des méthodes semblent inoffensives sur l'état de santé de la mère et de l'enfant, il convient donc aux professionnels de santé de respecter au mieux le choix des femmes [31].

1.3 Information des patientes vis-à-vis de l'analgésie péridurale

1.3.1 Une obligation légale

L'analgésie péridurale est un acte médical placé sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste réanimateur. De ce fait, le Décret numéro 94-1050 du 5 décembre 1994 définit les réglementations vis-à-vis des anesthésies notamment avec l'obligation d'une consultation préanesthésique obligatoire avant une intervention programmée et la mise en place d'une surveillance continue lors d'une anesthésie [3].

Dans le Code de la Santé Publique, la loi impose aux professionnels de santé d'informer les parturientes vis-à-vis de l'APD notamment sur la réalisation, l'utilité, les risques, les effets indésirables et les conséquences en cas de refus ou bien les autres modes d'analgésie [34]. Cette information est délivrée lors d'un entretien individuel, seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent dispenser de l'information. De plus, les recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de Santé et homologuées par arrêté du Ministre chargé de la santé [21].

En outre, une fois l'information délivrée selon ces recommandations, le médecin a l'obligation de respecter le choix de la personne après l'avoir informée des conséquences, de l'utilité des actes médicaux sachant que toute personne a le droit de refuser un acte ou un traitement et donc de refuser l'analgésie péridurale. En effet, aucun acte médical, ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, tout en sachant que ce consentement peut être retiré à tout moment selon l'article L1111-4 du Code de la Santé Publique [35]. Il est à noter que malgré cette liberté de choix, il reste des indications (grossesse multiple, présentation du siège...) ou bien des contre-indications (infection au point de ponction, refus de la patiente ...) de pose d'APD.

1.3.2 Les différentes sources d'information

L'information est nécessaire pour permettre aux parturientes de prendre leur décision. Plusieurs professionnels de santé vont donc contribuer à l'information concernant l'APD. Selon la SFAR, il revient à l'anesthésiste réanimateur de délivrer l'information, mais en réalité, plusieurs intervenants transmettent cette information [21].

1.3.2.1 La consultation pré-anesthésie

La consultation pré-anesthésie est réalisée par un médecin anesthésiste réanimateur, elle permet de déterminer les antécédents, de prescrire des examens complémentaires si besoin et donc d'évaluer le risque péri opératoire tout en définissant le score ASA du patient. Il est aussi nécessaire d'évaluer la fonction respiratoire, l'état dentaire, la fonction cardio-respiratoire. Les médecins anesthésistes réanimateurs vont aussi évaluer le risque d'une intubation difficile, la grossesse majorant ce risque [36].

Celle-ci est habituellement prévue au cours du huitième mois de grossesse soit entre 32 et 36 semaines d'aménorrhée dans le cadre d'une grossesse physiologique. De plus, le caractère obligatoire de la consultation préanesthésique dans le milieu obstétrical est une spécificité française. En 2001, le conseil National de l'Ordre des Médecins rappelle qu'il incombe à l'anesthésiste réanimateur d'informer le patient sur la technique d'anesthésie envisagée, ses inconvénients, ses risques, ses alternatives de façon individuelle [37].

Enfin plusieurs maternités proposent des réunions d'information animées par un médecin anesthésiste réanimateur notamment dans une maternité parisienne de type III. Il a aussi été proposé par le Club d'Anesthésie Réanimation en Obstétrique (CARO) (Annexe IV), un document d'information ; il s'agit d'un feuillet, disponible aussi sous forme d'affiche à distribuer, ou de web document à insérer sur les sites des réseaux de santé périnatale. Ce document édité par le CARO, possédant des QR Codes, regroupe les idées reçues et répond aux principales questions des parturientes, il reprend les techniques d'analgésie et la méthode, les effets et les complications pour la mère, le fœtus et le travail obstétrical. Il permet aussi l'accès à une vidéo sur le rôle du médecin anesthésiste en maternité.

1.3.2.2 Les séances de préparation à la naissance et la parentalité

Historiquement, les séances de PNP étaient dédiées à la prise en charge de la douleur. En France, après une progression significative depuis 1981, la préparation à la naissance connaît une nette diminution, passant de 70 % en 1998 à 67 % en 2003 chez les femmes primipares [38].

Les séances de PNP au nombre de huit, obligatoirement proposées aux femmes enceintes, sont aussi une occasion pour aborder le sujet d'une analgésie. En effet, les séances peuvent être réalisées en milieu hospitalier, en libéral ou bien avec la PMI de manière individuelle ou bien collective.

La première séance, l'entretien prénatal précoce (EPP), permet de mettre en place les différentes séances de PNP, il permet au couple d'exprimer leurs attentes, leurs inquiétudes par rapport à la grossesse ou l'accouchement. Les séances de préparation à la

naissance représentent une opportunité pour chaque femme enceinte ou chaque couple de développer les connaissances et les aptitudes nécessaires.

Pour ce qui est de l'entretien individuel ou en couple proposé systématiquement au cours du 4ème mois de grossesse, il fait partie des séances de préparation à la naissance. Il peut avoir lieu plus précocement ou plus tardivement si le besoin est exprimé. Cet entretien permet en outre d'évaluer les besoins d'information complémentaire, les attentes vis-à-vis des séances de préparation à la naissance et les besoins éducatifs individuels de la femme ou du couple. Cet entretien permet aussi d'identifier les difficultés sociales, médicales, psychologiques [39–41]. Un accompagnement global du couple ou de la femme et une participation active dans leur projet de naissance sont réalisés lors de l'EPP. Le projet de naissance étant la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple avec l'offre de soins.

1.3.2.3 L'information sur Internet

Deux tiers des patientes prétendent être correctement informées au sujet de leur santé, pourtant 74% recherchent des informations supplémentaires sur internet. L'information concernant la péridurale est largement fournie sur internet.

En effet, dans l'étude réalisée en 2009-2010 portant sur la qualité de l'information médicale sur internet, Espitalier et al. ont étudié plusieurs sites internet. La majorité des sites consultés sont des magazines non médicaux ou bien des magazines de vulgarisation médicale, en effet ces sites se sont développés pour répondre à la demande d'information des patients. Sachant que le rang de référencement d'un site est fonction de sa popularité et non de sa fiabilité, les sites labellisés HON code sont de qualité supérieure, ceux-ci devraient donc être recherchés par les patientes. Par conséquent, les sites de bonne qualité existent mais sont noyés par des sites médiocres plus accessibles aux patientes [42].

Par ailleurs, il est aisé de comprendre que l'image de l'analgésie péridurale ne se construit pas uniquement sur les éléments apportés par les professionnels de santé, mais aussi par les témoignages qu'elles reçoivent de leurs connaissances ou même d'inconnus par l'intermédiaire des médias.

POPULATION ET METHODES

2.1 Population

2.1.1 L'échantillon de l'étude

L'étude a été réalisée auprès d'un échantillon de douze patientes recrutées au sein du service de Gynécologie et d'Obstétrique d'une maternité de type III ; et répondant aux critères d'inclusion de l'étude. Le recrutement de l'étude a été réalisé auprès de quinze patientes, et seulement douze patientes ont répondu favorablement à la réalisation d'un entretien individuel.

Critères d'inclusion :

- Primipares
- Au 5^{ème} / 6^{ème} mois de grossesse
- N'ayant pas encore réalisé la consultation d'anesthésie et les séances de préparation à la naissance et à la parentalité
- Femmes volontaires

Critères d'exclusion :

- Femmes ne parlant pas et ne comprenant pas le français
- Femmes mineures

2.2 Méthodes

2.2.1. Type d'étude

Cette étude s'est déroulée selon une recherche qualitative de type descriptive et interprétative sur des primipares.

2.2.2. Le mode de recueil des données

Le recrutement a été réalisé par les sages-femmes de consultation du service de Gynécologie et d'Obstétrique afin d'obtenir la participation des patientes éligibles à l'étude. Les sages-femmes ont donné une explication orale sur l'étude et les modalités de participation à celle-ci, accompagnée d'une lettre d'information et d'un formulaire de consentement. Une fois l'accord des patientes donné, un premier contact par téléphone a

été réalisé afin de les informer. Par la suite, un entretien était programmé selon les disponibilités des patientes. Le recueil de données s'est fait grâce à des entretiens semi-dirigés. Ces entretiens ont été réalisés par téléphone, à l'aide d'une grille d'entretien, testée préalablement auprès d'une patiente, pour vérifier la bonne compréhension ainsi que la durée de l'entretien.

La grille d'entretien respectait l'ordre suivant (Annexe III) :

- Renseignements généraux (âge, situation familiale, origine, profession)
- Généralités sur la péridurale (définition, consultation d'anesthésie, pose)
- Indications et contre-indications de la péridurale (effets secondaires, effets sur le fœtus)
- A priori sur la péridurale (inquiétude, angoisse, peur)
- Source d'informations non médicales (médias, livres, famille, entourage)
- Expérience de l'entourage (incidents, recommandations)

La durée des entretiens était de vingt-quatre à quarante-quatre minutes. Le recueil a été réalisé jusqu'à saturation des données.

2.2.3. Le déroulement de l'étude

Cette étude s'est déroulée du 30 Octobre 2019 au 15 Janvier 2020. L'étude a été réalisée dans une maternité de type III de la région Auvergne-Rhône Alpes, au niveau du service de Consultation de Gynécologie et d'Obstétrique. L'objectif principal de l'étude était de décrire les connaissances des femmes sur l'analgésie péridurale, l'objectif secondaire de l'étude était de connaître les sources d'informations déterminant le choix de l'analgésie péridurale des femmes.

2.2.4. Le mode d'analyse des données

Une analyse verticale de chaque entretien a été réalisée à partir du verbatim afin d'en extraire les thèmes et les catégories principales. Suite à cela, les données ont été classées sur un logiciel Microsoft Excel afin de permettre une vision plus globale des données et donc de faciliter l'analyse des données de chaque entretien [43,44].

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone après l'accord des patientes. Une retranscription intégrale des entretiens a été réalisée sur le logiciel Microsoft Word suite à une réécoute audio des entretiens. Le temps de retranscription a été de trois à quatre heures pour chaque entretien soit un total de 42 heures. Un contrôle simultané des entretiens a été réalisé à deux reprises.

2.2.5 Les aspects éthiques et réglementaires

2.2.5.1. Avis de comités consultatifs

Un accord au sein des responsables du pôle d'activité d'obstétrique, ainsi que de la sage-femme coordinatrice du service de consultation d'Obstétrique et de Gynécologie a été recueilli afin d'autoriser l'étude au sein de ce service.

Une déclaration auprès du Correspondant Informatique et Liberté du Centre Hospitalier a été réalisée notamment pour la conservation des données personnelles.

2.2.5.2. Information et consentement

Les lettres d'information (Annexe I) et de consentement (Annexe II) ont été transmises aux sages-femmes du service de Consultation de Gynécologie et d'Obstétrique afin de pouvoir les transmettre aux patientes.

Les patientes ayant accepté de participer ont été contactées par téléphone, afin de donner plus d'informations sur l'étude mais aussi sur la protection des données personnelles.

2.2.5.3. Anonymat

Un numéro d'anonymat a été attribué à chaque patiente afin de préserver les données personnelles de chaque patiente ; celui-ci correspond dans les retranscriptions à un « P » suivi du numéro correspondant à l'entretien. Douze retranscriptions ont été obtenues et nommées de « P1 à P12 ». De plus, aucun nom de ville, de patientes n'a été cité dans les entretiens ainsi que dans le mémoire. Les données seront détruites après l'utilisation pour le mémoire afin de protéger l'anonymat des patientes.

RESULTATS

3.1 Description de l'échantillon

Sur les 15 patientes ayant été recrutées par les sages-femmes du service de consultation d'Obstétrique et de Gynécologie, 12 ont accepté de participer à l'étude et de réaliser un entretien téléphonique. Trois femmes ont reçu la lettre d'information et la lettre de consentement, et n'ont pas donné suite à la proposition d'un entretien téléphonique. L'échantillon représente douze primipares âgées de 22 à 35 ans, avec un âge moyen de 28 ans. Les caractéristiques de chaque patiente sont représentées dans des tableaux récapitulatifs, présentés sur les pages suivantes.

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

Caractéristiques	Participant	Nombre
Age (années)		
22 ans	P9	1
24 ans	P2	1
25 ans	P3 ; P4	2
27 ans	P7 ; P8	2
30 ans	P11	1
31 ans	P12	1
32 ans	P5	1
33 ans	P6	1
35 ans	P1 ; P10	2
Nationalité		
Française	P1 ; P2 ; P3 ; P4 ; P6 ; P7 ; P11 ; P12	8
Tunisienne	P5	1
Algérienne	P8	1
Marocaine	P9	1
Portugaise	P10	1
Situation de famille		
Mariée	P5 ; P8 ; P9 ;	3
Pacsée	P1 ; P2 ; P3 ; P4 ; P6 ; P11	6
En couple	P7 ; P10 ; P12	3
Niveau d'études		
CAP	P11 ; P12	2
BAC	P4 ; P7 ; P9	3
BAC +2	P1 ; P10	2
BAC+3	P5 ; P6 ; P8	3
BAC+ 4	P2	1
BAC+ 5	P3	1

Tableau II : Récapitulatif du terme de la grossesse lors des entretiens

Terme	Participants	Nombre
Entre 24 et 24+6j	P4 ; P5 ; P9 ; P11	4
Entre 25 et 26+6j	P2 ; P3 ; P6 ; P8 ; P12	5
Entre 27 et 28+6j	P1 ; P7 ; P10	3

Les entretiens ont duré entre vingt-quatre et quarante-quatre minutes soit un total de 351 minutes d'enregistrement audio. L'ensemble des entretiens retranscrit représente un document réalisé sur le logiciel Microsoft Word de 35 pages recto-verso.

Tableau III : Récapitulatif de la durée des entretiens

Participants	Durée de l'entretien
P1	27 min
P2	28 min
P3	44 min
P4	24 min
P5	26 min
P6	37 min
P7	25 min
P8	24 min
P9	28 min
P10	31 min
P11	27 min
P12	30 min

3.2 Résultats

Dans cette partie des abréviations sont utilisées pour faciliter la lecture : la première patiente interrogée correspond à P1, la deuxième patiente à P2, etc.

Rappelons qu'aucune des patientes n'a commencé les séances de PNP et n'a réalisé la consultation d'anesthésie au vu du terme de grossesse lors des entretiens.

3.2.1 Les idées reçues

3.2.1.1 L'analgésie péridurale

Sur l'ensemble des entretiens réalisés, l'analgésie péridurale était définie comme « *une anesthésie locale* » pour quatre patientes (P2, P6, P7, P10). L'APD était aussi décrite comme « *un anti-douleur* » (P1), utile pour « *éviter de souffrir* » (P2 et P6) ; et pour « *éliminer les douleurs* » (P8). De plus, deux patientes définissaient l'utilité de l'APD notamment pour ressentir du « *bonheur* » (P11) lors du travail et dans le but d'obtenir « *un accouchement meilleur* » (P6).

En revanche, selon deux patientes (P3 et P10), l'APD ralentissait le travail :

« *C'est un anesthésiant ... ça arrête peut-être d'une certaine manière le travail, pas le travail en lui-même mais en tout cas les sensations ressenties et donc ça peut ralentir, pour moi, le travail d'accouchement.* » (P3).

« *Alors trop tôt, oui ça ralentit le travail tout simplement.* » (P10).

Concernant la pose d'analgésie péridurale, quatre patientes (P2, P4, P6, P8) estimaient la pose douloureuse principalement à cause de « *la piqûre* » (P8) réalisée à l'aide d'une « *grosse aiguille* » (P2).

D'autre part sur la totalité des patientes interviewées, onze patientes (P1 à P9, P11 et P12) estimaient que la pose d'APD se réalisait à un stade précis du travail et avait une durée limitée :

« A mon avis, il y a un laps de temps où on peut la faire et après ce n'est plus possible, enfin je pense. En terme de dilatation, je ne sais pas ... on parle en centimètres ? Je dirais 3 centimètres. » (P1).

« Ça a quand même une durée limitée, si on la pose trop tôt après on aura plus d'effet à l'accouchement, et si c'est trop tard il faut aussi le temps que ça réagisse. » (P2).

« Alors je crois que si le col n'est pas assez ouvert on ne peut pas la faire, mais par contre si la patiente arrive et que le col est déjà beaucoup ouvert, des fois ça peut être trop tard aussi pour pouvoir la faire. » (P12).

De plus, cinq patientes (P4, P5, P7, P9 et P10) pensaient pouvoir être actives dans la gestion de l'APD au cours du travail, notamment à l'aide « d'un petit boîtier » (P4) ; « d'un système de pompe » (P5 et P10) ; « d'une perfusion » (P7) ; « d'un bouton qui envoie une dose » (P9).

3.2.1.2 Les indications et les contre-indications

Sur l'ensemble des patientes, trois patientes (P2, P3 et P5) exprimaient que l'APD était réalisée pour une indication fœtale notamment « si le bébé est présenté en siège » (P3) ainsi qu'une « grossesse multiple » (P5).

Cependant, quatre femmes (P1, P3, P6, P11) énonçaient que l'APD était réalisée pour une indication maternelle notamment pour des « antécédents médicaux » (P1) ; « quand la maman pourrait être en danger » (P11) et si elle a « du diabète » (P6). De plus, sur la totalité des entretiens, cinq femmes (P2, P3, P5, P6 et P12) décrivaient la « césarienne » comme une indication de pose d'APD.

Quant aux contre-indications d'origine physique, quatre patientes (P1, P4, P6, P7) décrivaient le tatouage comme étant une contre-indication : « *Ah si tatouage par contre en bas du dos, je sais que c'est contre indiqué. C'est vrai que le tatouage j'en ai souvent entendu parler par contre.* » (P1). Le surpoids était aussi décrit comme une contre-indication par six patientes (P3, P5, P6, P9, P10, P12) : « *Oui par rapport au poids peut être au niveau de l'obésité, c'est compliqué il me semble qu'ils le font sous écho.* » (P5).

D'autre part, trois patientes (P5, P6, P11) énonçaient que l'APD était contre-indiquée en cas « *d'antécédents au niveau du dos* » (P11) et « *si on a un problème au niveau de la moelle, une sciatique, les lombaires décalées, on va éviter d'y toucher aussi.* » (P6).

Enfin, quatre patientes (P3, P5, P10, P12) décrivaient « *l'allergie aux anesthésiants* » (P3) comme étant une contre-indication.

3.2.1.3 Les effets secondaires

Parmi les douze femmes interrogées, trois (P2, P5, P6) évoquaient que l'APD pouvait provoquer des « *hypotensions* » (P5, P6) pendant le travail. De plus, une patiente (P1) énonçait que l'APD pouvait être à l'origine d'arrêts cardiaques : « *la péridurale pourrait provoquer des choses assez graves, j'imagine comme des arrêts cardiaques* ».

Enfin, sur l'ensemble des entretiens réalisés, sept patientes (P2, P3, P6, P7, P10, P11, P12) exprimaient que l'analgésie péridurale pouvait compliquer la poussée notamment en estompant les sensations de contractions utiles pour la poussée :

« *C'était trop dosé et elles n'ont rien senti et donc elles ne sentaient pas quand il fallait pousser.* » (P2).

« *Nécessairement vu que la personne sent moins ce qui se passe, ça ralentit les contractions, vu que les contractions disparaissent, l'expulsion se fait peut-être moins vite je pense. Finalement, ça rend l'accouchement plus difficile même si le but initial était de la faciliter.* » (P3).

« *Ah puis c'est tout le temps qu'on me dit qu'on ne sent plus l'envie de pousser, oui c'est sûr la péridurale ce n'est pas naturel !* » (P6).

Par ailleurs, une de ces patientes (P10) pensait que l'APD pouvait compliquer la poussée jusqu'au point d'avoir recours « *aux forceps, ventouses* » (P10).

En post partum, les principaux effets secondaires évoqués par les patientes sont « *les vomissements* » (P3, P4, P5, P11) ; « *le lever difficile* » (P6, P7, P10, P12) ; *ainsi que « la brèche »* (P5).

Enfin, à long terme, deux patientes (P3, P7) exprimaient que l'APD était un « *produit qui reste dans le corps pendant plusieurs mois après l'intervention* » (P3). Et donc qui a long terme pouvait engendrer « *une paralysie* » pour une patiente (P1).

Quant aux effets sur l'enfant, neuf patientes (P1, P2, P4, P5, P6 à P9, P12) pensaient que l'APD n'avait pas de « *répercussion sur l'enfant* » (P4). A l'inverse, trois patientes (P3, P10 et P11) pensaient que l'APD agissait sur l'enfant :

« *Je suppose que oui, si on anesthésie la mère, je suppose que ça passe dans le sang... ça me paraîtrait logique en tout cas, ça ne me surprendrait pas.* » (P10).

« *Après, moi à partir du moment où on s'inflige un produit dans le corps, forcément le bébé, je pense qu'il en reçoit un petit peu même si c'est une petite dose, mais voilà on s'inflige du produit dans le corps donc je pense qu'il en reçoit aussi un petit peu et que ça l'endort.* » (P11).

3.2.2 Les motivations du choix de l'analgésie péridurale

3.2.2.1 Le souhait d'une analgésie péridurale

Sur les douze patientes interrogées entre 24 SA et 28+6j, huit (P1, P2, P4 à P6, P8, P11, P12) souhaitaient bénéficier d'une analgésie péridurale pour l'accouchement :

« *Oui, je n'ai pas spécialement envie de souffrir le martyr ce jour-là.* » (P1).

« *Je me dis qu'il y a des techniques qui sont très bien et surtout qui sont bien en main des médecins au jour d'aujourd'hui autant en profiter et après pouvoir profiter de l'enfant et du moment que de souffrir et voilà.* » (P11).

En revanche, trois femmes (P3, P7, P10) exprimaient ne pas souhaiter d'APD lors de l'accouchement :

« Je ne préférerais pas, j'ai envie de pouvoir ... d'une certaine manière maîtriser un peu ce qu'il se passe, si je peux ne pas l'avoir ça veut dire que tout se passe bien à priori. » (P3).

« Ah non ! Surtout pas, parce que j'ai eu des copines qui ont eu la péridurale, ma belle-sœur, elle a été piquée plus de 15 fois, et puis j'ai des problèmes de dos (P7).

Et une femme (P9) semblait indécise quant au souhait d'une APD pour son accouchement ; *« Oui je ne suis pas fermée, si j'ai trop mal oui ... Pour l'instant je ne sais pas du tout. »*.

3.2.2.2 La douleur de l'accouchement

Après avoir réalisé les douze entretiens, la principale raison de s'orienter vers une APD était de contrôler la douleur des contractions ainsi que la douleur de l'accouchement, pour neuf femmes (P1, P2, P4 à P6, P8, P9, P11 et P12) :

« Oui, parce que je n'ai pas spécialement envie de souffrir le martyr ce jour-là. » (P1).

« C'est vraiment voilà pour soulager... éviter de trop souffrir, oui vraiment pour la douleur. » (P2).

« ... un moyen de soulager pendant l'accouchement pour pouvoir gérer les contractions un peu plus facilement et moins souffrir, oui voilà c'est ça. Oui je pense que c'est vraiment pour la douleur. » (P9).

« Je n'ai pas envie d'avoir un accouchement douloureux et de vivre ça. Je me dis qu'il y a des techniques qui sont très bien pour gérer les contractions et surtout bien en main des médecins » (P11).

3.2.2.3 La gestion des émotions

Sur l'ensemble des femmes interviewées, cinq femmes (P1, P2, P4, P6 et P11) estimaient que l'APD les aiderait à gérer leurs émotions diverses :

P1 estimait avoir un accouchement « *assez calme* » et « *être détendue* » si elle bénéficiait d'une APD.

P2 énonçait que l'APD l'aiderait à maîtriser la douleur ainsi qu'à se concentrer sur les conseils de l'équipe « *si je ne maîtrise pas, si c'est vraiment trop douloureux je pense que ça pourrait m'aider quand même, pour pouvoir mieux me concentrer.* ».

P4 et P6 estimaient que l'APD les aiderait à gérer leur stress « *c'est vraiment pour moins souffrir pendant l'accouchement et puis je pense que c'est rassurant, on a moins de stress* » (P6).

De plus P6, exprimait « *qu'avec la péridurale, on a un meilleur souvenir de son accouchement* ».

P11 souhaitait « *accoucher en douceur* » ce qui serait possible uniquement avec une APD.

3.2.2.4 La maîtrise de l'accouchement

De plus, parmi les douze entretiens réalisés, cinq patientes (P1, P2, P4, P6, P11) évoquaient que l'accouchement était « *quelque chose de nouveau* » (P2) ; « *d'inconnu* » (P11) et qu'elles ne savaient pas « *à quoi s'attendre* » (P4) ce jour-là.

Ainsi selon ces patientes, l'APD permettrait de maîtriser les éventuelles complications possibles lors d'un accouchement :

« *Puis si jamais ça ne doit pas se passer comme il faut et qu'il faut utiliser les forceps, si jamais il faut faire une épisiotomie, j'imagine que c'est très douloureux sans péridurale, c'est déjà du temps gagné.* » (P2).

« *Je pense que si la péridurale rassure la maman, le bébé le ressent et donc vit mieux, ça se passe mieux. Si la mère stresse, ça va stresser l'enfant, ça peut permettre d'éviter une césarienne.* » (P6).

Par ailleurs, une patiente (P3) ne souhaitant pas d'APD, reconnaissait aussi l'intérêt de l'APD dans la gestion des complications : *« mais y a aussi un aspect médical parce que si jamais les choses ne se passent pas bien et qu'il y a un risque pour la mère ou pour le bébé, ça peut avoir un côté très pratique ; s'il faut partir en césarienne, le fait d'avoir une péridurale, je pense plutôt pratique, parce que ça facilite les choses pour injecter tout type de produit ».*

A l'inverse, les femmes ne souhaitant pas bénéficier d'une APD (P3, P7, P10), exprimaient vouloir maîtriser leur corps, participer activement et *« vivre pleinement »* (P10) leur accouchement :

« D'une certaine manière maîtriser un peu ce qu'il se passe, si je peux ne pas l'avoir ça veut dire que tout se passe bien à priori. Que moi ça me permettra de sentir aussi, et puis de contrôler. » (P3).

« ... je ne pourrais pas fournir un travail efficace et puis encore une fois après c'est ce désir de le vivre pleinement, et de voir quelles sont les limites du corps humain face à ça et d'être actrice pleinement. » (P10).

3.2.2.5 Les méthodes d'analgésie non médicamenteuses

Sur la totalité des femmes interrogées, huit patientes (P1, P2, P3, P5, P7, P8, P9, P12) exprimaient que l'APD était l'unique analgésie d'origine médicale mais qu'il existait des méthodes naturelles qui pouvaient pallier à l'analgésie péridurale notamment l'hypnose et la sophrologie.

« Bah sûrement des méthodes un peu parallèles comme la sophrologie des choses comme ça après je n'imagine pas d'autres méthodes médicales, plus des méthodes parallèles. » (P1).

« Après il y a toutes les méthodes comme l'hypnose, l'acupuncture qui rentrent à l'hôpital et puis après voilà quoi. » (P5).

« ... Tout ce qui est travail sur soi, sophrologie, hypnose, des choses comme ça » (P12).

Néanmoins, deux patientes (P4 et P10) énonçaient qu'il existait aussi « *les gaz hilarants* » (P10) comme méthode d'analgésie d'origine médicale. De plus, deux femmes (P6, P11) rapportaient qu'il était aussi possible d'utiliser « *des antalgiques de différents paliers* » (P6) comme thérapeutiques vis-à-vis de la douleur ressentie lors de l'accouchement.

3.2.3 Les sources d'informations

3.2.3.1 Les professionnels de santé

Les patientes n'ayant pas réalisé encore les séances de PNP, certaines femmes ont le ressenti d'un manque d'informations par les professionnels de santé (P1, P4, P10, P12) :

« *Après, je pense que c'est quand même intéressant de la faire, parce que sachant qu'on n'a déjà pas beaucoup d'informations.* » (P1).

« *Pour l'instant, avec la sage-femme on n'en a pas parlé, enfin voilà, on n'a pas beaucoup d'informations sur la péridurale.* » (P4).

« *Après c'est assez vaste, parce que oui c'est un peu flou je trouve, je n'ai pas trop d'infos dessus.* » (P12).

C'est pourquoi certaines de ces patientes (P4, P10, P12) ont exprimé leurs besoins et leurs attentes d'informations supplémentaires par les différents professionnels de santé, notamment la sage-femme mais aussi l'anesthésiste lors de la consultation d'anesthésie :

« *Bon après je pense en parler avec la sage-femme et je pense qu'elle répondra à mes questions en temps voulu.* » (P4).

« *Je vais forcément aborder le sujet avec l'anesthésiste c'est sûr même si c'est des questions ridicules au final mais je préfère balayer tout ça.* » (P10).

« *Après je ne sais pas du tout à quoi m'attendre à ce rendez-vous, je ne sais pas du tout s'ils vont nous expliquer ce qu'est la péridurale, ou si c'est vraiment le déroulement de comment ça va se passer, je ne sais pas du tout...* » (P12).

En réalité, une seule patiente interrogée a rapporté avoir déjà reçu des informations sur l'analgésie péridurale par une sage-femme ; cependant elle a aussi fait remarquer qu'elle connaissait personnellement la sage-femme (P3) et donc qu'elle se sentait privilégiée quant à l'apport des informations : « *Enfin je suis un petit peu aidée, parce que j'ai des copines qui sont sages-femmes donc j'ai eu l'occasion d'en parler aussi avec elles, mais j'avais déjà ces idées en amont, ça n'a fait que confirmer mes idées.* ».

3.2.3.2 Le Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne

Pour ce qui est du Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne, seulement une patiente (P3) a rapporté le fait d'avoir entendu parler du site internet du RSPA mais ne pas savoir exactement le contenu et ne l'avoir jamais consulté.

A l'inverse, les onze autres femmes ont signalé ne jamais avoir entendu parler du site internet du RSPA et ne jamais avoir eu d'informations relatives à ce site internet (P1, P2, P4 à P12) :

« *Non je ne connais pas, pourtant toutes mes copines ont accouché.* » (P11).

« *Non jamais, j'espère que je n'ai pas manqué des informations importantes.* » (P8).

3.2.3.3 Le milieu professionnel

Sur l'ensemble des femmes interviewées, quatre femmes (P1, P3, P5, P7) ont souligné le fait d'avoir entendu parler de l'APD dans leur milieu professionnel respectif.

P3, P5 et P7 ont bénéficié d'une information apportée par leur collègue de travail :

« *J'avais une collègue qui avait voulu accoucher sous hypnose et qui n'avait pas pu ...* » (P3).

« *... oui plutôt recommandée par des collègues de travail.* » (P5).

« *Parce que moi j'ai une collègue ... elle était complètement dans son monde, elle a accouché elle ne sait même pas comment elle a fait.* » (P7).

Cependant pour P1 l'information provenait aussi de son milieu professionnel mais cette fois-ci l'information sur l'APD était apportée par des clientes : « *Principalement par le boulot, vous savez je travaille qu'avec des femmes donc par les clientes, on va dire et surtout quand on est enceinte, on a le détail de chaque accouchement, ah oui, j'en ai des explications !* » (P1).

De plus, P1 a signalé le fait qu'elle n'allait pas sur des forums, des blogs, ou bien ne se renseignait pas auprès de ses amis pour avoir plus de renseignements sur l'APD ou bien l'accouchement car elle avait déjà suffisamment d'informations et d'expériences apportées par ses clientes : « *... je n'aime pas trop avoir le ressenti de tout le monde, je l'ai déjà au boulot donc au bout d'un moment on s'arrête.* ».

3.2.3.4 L'entourage

Pour ce qui est de l'information apportée par l'entourage, les douze patientes (P1 à P12) interrogées ont exprimé que la principale source d'information provenait de leur famille ou bien de leurs amis :

« *On reste principalement sur la transmission par les tierces personnes pour moi.* » (P11).

« *Surtout par toutes mes copines qui ont accouché.* » (P12).

Pour deux de ces femmes (P2, P10), l'information provenait principalement de leur mère qui a véhiculé une information sur l'APD depuis leur jeunesse :

« *Oui ma mère me le recommande fortement par exemple ; elle, elle a eu deux accouchements sous péridurale et elle a dit « c'est quand même un confort sinon on souffre trop ... » »* (P2).

« *...bien sûr notamment ma maman depuis mon enfance, ma jeunesse.* » (P10).

De plus, trois de ces femmes (P4, P7, P8) ont rapporté que l'information était principalement véhiculée par leurs sœurs ayant déjà accouché : « *c'est peut-être pour ça aussi que ça ne me stresse pas, parce que voilà, mes sœurs elles m'ont tout expliqué... ça s'est toujours bien passé.* » (P4).

En revanche, une des femmes (P6) faisait remarquer que l'information sur l'APD ne provenait pas toujours de personnes familières mais aussi de connaissances : « ... *enfin même des gens à une soirée qu'on ne connaît pas forcément et qui nous voient enceinte, ils nous racontent leur accouchement et le plus souvent ça se passe toujours mal.* ».

3.2.3.5 Les livres

Pour ce qui est des livres, deux femmes ont lu des livres concernant la grossesse et l'accouchement mais qui n'évoquait pas forcément l'APD : « *Sur l'accouchement non, sur la grossesse oui j'en ai eu un que j'ai lu un petit peu au début et puis j'ai vite lâché.* » (P1). Enfin (P3) exprimait le souhait d'un accouchement sans APD ; elle a donc lu un livre sur l'accouchement naturel qui n'apportait pas d'informations sur l'APD « *Oui j'ai un livre qu'on m'a prêté, il s'appelle « accoucher sans péridurale » »*

De plus, une femme a fait remarquer le fait qu'elle n'avait pas encore lu de livres sur la grossesse mais qu'elle comptait le faire avant l'accouchement « *Non pas encore mais je vais le faire.* » (P5).

En revanche, pour les neuf autres femmes, aucune n'avait ressenti le besoin et l'envie de lire des documents pour s'informer sur l'APD. De plus, parmi ces femmes, deux avaient signalé le fait d'avoir assez d'informations de la part de leur entourage et donc préféraient ne pas rechercher une information supplémentaire sur les livres par peur, ou bien pour se protéger vis-à-vis des informations négatives :

« *J'essaie de pas lire les bouquins...parce que je pense ça peut vite faire peur et vite générer du stress.* » (P4).

« *Non, je préfère me protéger, on écoute assez de choses comme ça.* » (P6).

3.2.3.6 Les différents médias : forums, blogs, télévision

Sur les douze patientes interrogées, trois patientes (P5, P10, P12) ont avoué être inscrites sur des forums de grossesse :

« Je prends des sites internet qui sont sérieux, je ne vais pas aller sur Doctissimo ou des choses comme ça. » (P5).

« Alors sur internet, je suis sur un forum, donc effectivement j'ai pu lire un petit peu sur le sujet mais je suis plus sur la partie enfant, éducation mais voilà ce n'est pas Doctissimo. » (P12).

De plus, une des patientes interviewées avouait avoir installé une application sur son smartphone : *« ... j'ai une application smartphone qui est plutôt pas mal, qui suit l'évolution de la grossesse au moment où on est, et tout ce qu'ils disent c'est assez vrai enfin pour moi. » (P1).*

D'autre part, trois patientes (P5, P8, P9) ont exprimé ne pas avoir encore fait de recherches sur les réseaux sociaux au terme de l'entretien mais ont envisagé le faire en fin de grossesse :

« Oui mais sans rentrer dans les détails, je n'ai pas encore été gratter là-dedans mais je pense quand l'accouchement arrivera oui ça viendra. » (P5).

« Non, pas encore peut-être en fin de grossesse. » (P8).

Enfin cinq patientes ont rapporté ne jamais avoir fait de recherches dont trois (P2, P3, P6) ont estimé que le fait de rechercher sur les forums ainsi que sur les blogs pouvait être *« anxigène »* (P3) ; ou bien être responsable de *« désinformation »* (P6) ; ainsi que source *« d'informations négatives »* (P2).

En réalité, sur les douze femmes interrogées, huit (P1, P2, P6 à P11) ont avoué avoir volontairement regardé des émissions de télévision sur l'accouchement notamment sur le déroulement d'un accouchement avec ou sans péridurale :

« Après oui comme tous, j'ai regardé « baby-boom » et des films sur les accouchements, à la base des accouchements à domicile et comprendre qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises manières d'accoucher, selon la femme comment elle ressent les choses. » (P7).

« ...j'ai déjà vu des petits extraits des fois sur YouTube de la maison des maternelles mais c'était accouchement naturel contre péridurale. » (P2).

3.2.4 Les facteurs influençant le choix

3.2.4.1 L'entourage

Un des principaux facteurs déterminants du choix d'une analgésie péridurale ou non est les recommandations faites par l'entourage. En effet sur les douze entretiens réalisés, l'APD a été recommandée par les proches pour neuf femmes (P1 à P6, P8, P11 et P12) :

« Oui ma mère me le recommande fortement par exemple, elle, elle a eu deux accouchements sous péridurale et elle a dit « c'est quand même un confort sinon on souffre trop et du coup si on souffre trop, le bébé ce n'est pas bon ce qu'il ressent. » (P2).

« Oui à choisir la péridurale car ça existe et c'est génial mais vraiment génial tout le monde me dit ça ! » (P6).

« Suite à des conseils en fait que j'ai eu de mes sœurs. Enfin moi j'hésitais en fait à la faire vu que c'est mon premier et je ne connais pas vraiment les douleurs que je vais ressentir par rapport aux contractions et vis-à-vis de mes sœurs, elles m'ont dit quand même que ça faisait très mal et ... que la péridurale permettait d'avoir moins de douleur » (P8).

« Alors oui faut le faire... parce qu'alors sinon c'est une catastrophe, parce que moi j'ai une copine qui ne l'a pas eue et alors elle était en train de mourir concrètement, elle est passée à côté de la mort, elle a eu de la chance ! » (P11).

De plus, parmi ces neuf femmes (P1, P2, P4 à P6, P11 et P12) où l'APD a été recommandée, huit souhaitaient l'analgésie péridurale lors de l'accouchement. Néanmoins, une de ces femmes (P3) ne souhaitait pas l'APD malgré les recommandations de son entourage : « *Après quand je dis que j'aimerais ne pas l'avoir, c'est : « c'est bien tu verras sur le moment si tu ne la prends pas. » » (P3).*

A l'inverse, deux patientes ont été plutôt mises en garde par leur entourage vis-à-vis de l'analgésie péridurale (P7 et P10) :

« *Ah non non ! Surtout pas, parce que j'ai eu des copines qui ont eu la péridurale, ma belle-sœur, elle a été piquée plus de quinze fois... De mon entourage, toutes les personnes qui ont eu une péridurale ça s'est mal passé de tout façon. » (P7).*

« *... ma maman a bien travaillé, le travail a bien fonctionné mais je me laisse aussi le droit de changer d'avis le jour J face à la douleur ...je pense que très probablement, ma mère m'a influencée, vraiment je vous dis, c'est depuis que je suis enfant que j'entends tout ça. » (P10).*

En effet, ces deux patientes ne souhaitaient pas avoir recours à une APD lors de l'accouchement.

3.2.4.2 Les médias

Quatre patientes (P3, P6, P7, P10) sur les douze interrogées se sentaient influencées « *inconsciemment* » (P7) et ne réalisaient « *pas la proportion de l'influence* » (P10) par les médias notamment par les émissions de télévision. Parmi ces quatre patientes, deux d'entre elles ne souhaitaient pas l'APD après avoir regardé des émissions de télévision sur l'accouchement (P3, P7).

Quant aux huit autres patientes (P1, P2, P4, P5, P8, P9, P11 et P12), selon elles, leur choix n'était pas influencé par les médias, néanmoins cinq de ces patientes avaient exprimé le besoin de regarder des émissions de télévision pour découvrir ce qu'est un accouchement.

Une femme exprimait avoir regardé des émissions de télévision et désirait l'analgésie péridurale car : « *je voyais dans « babyboom » la majorité des femmes qui ne voulaient pas de périd, en fait elles la prenaient parce qu'elles n'y arrivaient pas.* » (P1). Néanmoins, elle ne se sentait pas sous l'influence des médias.

3.2.4.3 Le conjoint

Sur les douze entretiens réalisés, onze femmes ont estimé que leur conjoint n'influçait pas leur décision quant au choix ou non d'une analgésie péridurale le jour de l'accouchement.

Néanmoins, six femmes ont estimé que leur conjoint n'intervenait pas dans leur choix mais avaient abordé le sujet ensemble et qu'il était à l'écoute et compréhensif quant à leur décision. (P2, P5, P6, P7, P8, P10) :

« *Pour l'instant il n'influence pas il me laissera libre choix, il est plutôt assez présent mais je ne pense pas qu'il interviendra dans un sens ou dans l'autre.* » (P5).

« *Non il suivra mes choix, il ne m'incite pas même si on en parle souvent.* » (P6).

« *Non non pas du tout, il écoute mes choix et me laissera choisir.* » (P8).

Enfin trois femmes avouaient choisir seule et ne pas avoir abordé le sujet avec leur conjoint (P9, P11, P12) ; en effet P9 exprimait que son conjoint n'intervenait pas et n'interviendra pas dans sa décision « *Non pas du tout, j'avoue que j'ai choisi et je choisirai toute seule* ». Quant à P11, elle énonçait ne pas avoir abordé le sujet avec son conjoint car il ne comprendrait pas « *Non pas du tout, lui c'est un homme donc il a déjà du mal à comprendre qu'il se passe quelque chose alors il n'en est pas là.* »

Et, deux femmes estimaient que c'était leur corps et donc une décision qui leur appartenait (P1, P4) :

« Oh non mon conjoint, il me laisse faire ce que je veux, il me dit que c'est mon corps et ma décision » (P1).

« ...je me dis que c'est mon corps et puis c'est moi qui va sentir le jour J donc on ne se pose pas toutes ces questions. » (P4).

A l'inverse, une femme estimait que l'opinion de son conjoint influençait son choix et donc que c'était une décision à prendre en couple : *« On en a parlé longuement et il partage aussi mon avis, on est plutôt pareil sur les questions de médicaments et toutes ces choses-là ... on n'est pas contre mais si on peut éviter on évitera. » (P3).*

DISCUSSION

4.1 Les points forts de l'étude

Dans la littérature française, peu d'études concernaient ce sujet d'actualité. La réalisation de cette étude a donc permis de mieux comprendre les sources d'informations vis-à-vis de l'APD qui influençaient le choix de bénéficiaire de celle-ci pour l'accouchement [44]. Pour explorer ce sujet, la méthode qualitative a été choisie pour décrire des aspects tels que les connaissances des femmes, les motivations ainsi que l'influence des différentes sources d'informations qui sont donc des éléments non quantifiables. La revue de littérature avait été inspirée principalement par des articles sur des sources fiables telles que PubMed, Science Direct, et Cairn.

Par ailleurs, le recueil de données réalisé à l'aide d'entretiens semi-dirigés a permis aux patientes de s'exprimer librement tout en gardant l'objectif du travail de cette recherche. De plus, le fait d'avoir programmé un entretien a permis aux patientes de s'organiser et d'être entièrement disponible pour l'entretien sans limite de temps permettant un véritable échange, sans avoir à les interrompre. Ceci a permis de recueillir toutes les informations nécessaires pour aborder tous les thèmes souhaités, en réalisant des entretiens de 24 à 44 minutes ; la qualité des entretiens a permis d'éviter la perte d'informations. La réalisation d'entretiens semi-dirigés jusqu'à saturation des données a facilité le recueil des femmes interrogées mais a aussi permis une large expression thématique sur le sujet. Ainsi, des données pertinentes et authentiques ont pu être mises en avant.

Un autre point fort de cette étude est sans nul doute la réalisation d'entretiens téléphoniques pour permettre aux patientes de se livrer sans aucune retenue sur leurs connaissances, leurs expériences ; ceci a aussi permis de contribuer à la préservation de l'anonymat de chaque interlocuteur. D'ailleurs, la plupart des patientes étaient satisfaites de réaliser un entretien téléphonique et donc de pouvoir échanger tout en restant à domicile sans être dérangées ; cette étude a été un temps d'échange et de partage très enrichissant.

De plus, l'analgésie péridurale est au cœur de la profession de sage-femme, en effet 82,6% des femmes ont bénéficié d'une APD en 2016 selon l'enquête nationale périnatale. Par ailleurs, la sage-femme délivre l'information sur l'APD notamment pendant les séances de PNP, lors de l'entretien prénatal précoce si la patiente souhaite en parler mais aussi lors des consultations mensuelles. Rappelons que l'EPP est réalisé pour aborder divers sujets sur la grossesse et l'accouchement, souhaités par la patiente dans le but de vivre sa grossesse le plus sereinement possible. De plus, les sages-femmes sont aussi au cœur de la surveillance de l'APD lors du travail [40,45].

C'est pourquoi cette étude était nécessaire et pourrait permettre d'améliorer les pratiques professionnelles, notamment des sages-femmes ; en effet, celles-ci sont au cœur de l'information [39]. Il semblerait donc important de comprendre l'ampleur de l'influence de l'entourage pour adapter l'information délivrée lors des séances de PNP.

4.2 Les points faibles

L'étude de type qualitative concerne un faible échantillon et n'est donc pas applicable à une population donnée, contrairement aux études quantitatives ; cependant tous les critères méthodologiques ont été respectés. En effet, les méthodes de recherche actuelles ont montré que plus l'échantillon est important, plus celui-ci se rapproche des phénomènes présents dans la population générale [46,47].

Concernant la réalisation de la grille d'entretien, celle-ci était aussi une difficulté car en effet très peu de littérature existe sur la recherche qualitative pour mener à bien ce type d'étude. Par ailleurs, il était difficile d'interpréter les « verbatim » qui étaient d'un volume important et de respecter les données pour les interpréter sous forme de résultats mais aussi de respecter la longueur des résultats.

La réalisation d'un entretien semi-dirigé est aussi un point faible car il y a nécessairement un biais d'interprétation avec les données utiles au chercheur. La réalisation d'entretiens entre 24 et 28 SA +6 jours était aussi un point faible ; il est vrai que certaines patientes ne se projetaient pas le jour de l'accouchement du fait de la précocité de l'entretien.

De plus, le recueil de données et l'analyse des données par un seul chercheur, novice, ont pu aussi être une source de biais. L'enquêteur a dû faire preuve d'une certaine capacité d'adaptation pour chaque femme et chaque situation rencontrée malgré ses compétences limitées. Un réel apprentissage avant la réalisation des entretiens mais notamment au fur et à mesure de ceux-ci a donc été entrepris par l'enquêteur.

Une autre difficulté rencontrée a été la disponibilité nécessaire quant au recrutement des patientes pour cette étude ; en effet il a fallu expliquer l'étude à plusieurs sages-femmes du service de consultations de Gynécologie et d'Obstétrique puis se rendre plusieurs fois par semaine à la maternité pour récupérer les coordonnées de chaque patiente pour ensuite les contacter et convenir d'un entretien téléphonique. Il a fallu aussi accorder la disponibilité de l'enquêteur à celle des patientes.

De plus, le fait de réaliser un entretien téléphonique est à la fois un point fort mais peut aussi s'avérer un point faible notamment pour détecter les émotions et les attitudes des femmes non détectables au téléphone.

Un autre point faible est sans nul doute l'enregistrement des entretiens, nécessaire au recueil des données et à l'interprétation des résultats qui entraînait de la retenue de la part des patientes.

4.3 Discussion des résultats

4.3.1 Pourquoi l'analgésie péridurale

4.3.1.1 Les indications

Parmi les patientes interrogées dans cette étude, la principale indication de s'orienter vers une analgésie péridurale était la douleur associée au travail et à l'accouchement. Malgré cela, onze patientes interviewées exprimaient que la principale condition de pose d'APD était le stade du travail, c'est à dire la dilatation du col de l'utérus. En réalité, l'ensemble des organisations obstétricales professionnelles estiment qu'une EVA supérieure à 3 constitue une indication de pose d'APD [10].

Comme le soulignent certains auteurs, le déclenchement artificiel faisant recours à l'ocytocine et pouvant provoquer une hyperstimulation utérine, douloureuse pour la patiente, pouvait aussi être perçu comme une indication de recours à l'APD. De plus, certaines patientes exprimaient que la décision de pose d'APD pouvait être prise pour une indication fœtale, en effet, une présentation par le siège ainsi qu'une grossesse multiple. En réalité, certains auteurs démontraient qu'il pouvait être nécessaire de réaliser des manœuvres obstétricales notamment en cas de présentation podalique et de grossesse gémellaire ce qui expliquait l'indication d'APD qui était réalisée par sécurité [12]. Il a aussi été évoqué l'intérêt de l'APD dans la maîtrise d'éventuelles complications lors de l'accouchement, notamment pour les extractions instrumentales, qui en effet constituent une indication obstétricale d'analgésie péridurale [12]. Malheureusement, nous ne pouvons pas prévoir les éventuelles complications d'un accouchement, l'APD est-elle posée par sécurité ou par choix de la patiente ?

Face à ce constat, il est nécessaire de souligner l'importance de l'information de la patiente quant à la réalisation d'un acte médical ainsi que les alternatives possibles. Il est donc essentiel de présenter aux patientes toutes ces alternatives ainsi que les bénéfices et les risques des techniques afin de permettre à la personne de peser les enjeux de sa décision. En effet, l'APD est une sécurité quant à l'imprévisibilité de l'accouchement ; cependant les professionnels de santé ont le devoir de respecter le choix de chaque femme aboutissant au droit de la femme de consentir ou de refuser les soins proposés [48].

4.3.1.2 Les contre-indications

Quant aux contre-indications à l'APD énoncées par les patientes de cette étude, on retrouve l'obésité, les tatouages ainsi que la sciatique, cependant aucune n'est évoquée comme étant une contre-indication à l'APD dans les diverses études retrouvées dans la littérature. En réalité, l'obésité ne constitue pas une contre-indication mais une difficulté prévisible à la pose, en effet un indice de masse corporel élevé peut compliquer la palpation des repères osseux anatomiques nécessaires à la pose d'ALR [49]. Il est à noter que les contre-indications sont évaluées en fonction du rapport bénéfices/ risques et qu'au cours des dernières décennies les contre-indications n'ont fait que diminuer.

En réalité, les contre-indications absolues sont le refus de la patiente qui reste la principale contre-indication, les troubles acquis de la coagulation ainsi que l'instabilité hémodynamique [12]. Toutefois, si le refus de la patiente constitue une contre-indication, il est important de rappeler à la patiente les risques en cas de manœuvres obstétricales nécessaires ou gestes d'urgences ; la décision doit donc être une décision médicale partagée entre le soignant et la patiente ; le soignant doit en effet exposer les risques ce qui permet de réaliser un choix éclairé par la patiente.

Rappelons aussi qu'il existe des contre-indications relatives dépendantes des hôpitaux notamment le placenta prævia ayant saigné, dans une maternité de type III parisienne. On constate donc qu'il existe des facteurs dépendant des maternités et des équipes professionnelles vis-à-vis des indications et des contre-indications à l'APD.

4.3.1.3 Les effets secondaires

Un des principaux effets secondaires évoqué est le fait d'estomper les sensations, ainsi que les contractions nécessaires à la poussée, ce qui pourrait engendrer une poussée plus compliquée selon plus de la moitié des personnes interrogées. Face à ce constat, il est important de souligner que le principal but de l'analgésie péridurale est d'atténuer ou supprimer la douleur dans les parties inférieures du corps, c'est pour cela qu'elle est réalisée dans la région lombaire [6].

Cependant, il est vrai qu'une sensation de jambes lourdes et des difficultés pour se mobiliser peut compliquer la poussée, notamment pour s'installer le plus souvent, en position gynécologique afin de débiter les efforts expulsifs. Dans la littérature, il est aussi retrouvé une diminution de l'envie de pousser ainsi qu'une diminution du réflexe de Ferguson, la patiente étant donc totalement remise dans les mains de la sage-femme pour guider les EE [21].

Une question revient souvent : l'analgésie péridurale a-t-elle réellement une influence sur le travail obstétrical ? Prenons exemple dans notre étude, deux patientes estimaient que l'APD ralentissait considérablement le travail et l'une d'elles estimait qu'elle pouvait même arrêter le travail. En effet, il est constaté que l'APD posée lors du premier stade du travail engendre une augmentation de la phase de latence et donc du travail. Cependant, il est important de se rappeler que la phase de latence est plus ou moins lente chez chaque patiente qu'elle bénéficie ou non de l'APD. De plus, cette phase étant redéfinie par le CNGOF, il est de nos jours impossible d'avoir un allongement de cette phase. Néanmoins, dans le mémoire d'une étudiante sage-femme, il est constaté après la pose d'APD chez les primipares, une augmentation des contractions utérines (CU) dans les 10 à 20 minutes suivant la pose et une augmentation de la durée des CU dans les 50 à 60 minutes suivant la pose [50].

Un des effets secondaires retrouvé dans la littérature est l'hypotension maternelle ; notre étude le décrit également. Il est toutefois important de préciser qu'elle représente une complication mineure et facilement contrôlée à l'aide d'Ephédrine dans la pratique. Il est aussi retrouvé la brèche dure mérienne, comme complication retardée, qui entraîne cliniquement de fortes céphalées en post-partum, traitée par un « blood -patch » d'une efficacité variable selon les études ; rappelons que cette complication se produit très rarement, en effet, la fréquence de cette complication est variable de 0,04 à 6% selon les études [30].

Les lombalgies ont aussi été évoquées par plusieurs patientes, cependant il est important de souligner que des lombalgies, ainsi que des douleurs au point de ponction sont retrouvées en cas de posture allongée prolongée. C'est pourquoi il est important en tant que sage-femme de surveiller régulièrement les points de compression notamment

dans un but obstétrical mais aussi pour limiter une compression du nerf sciatique poplité externe qui pourrait engendrer des troubles de la marche en suites de couches. Néanmoins, les modes PCEA et PIEB permettent de diminuer la consommation d'anesthésiques locaux et donc de bloc moteur. En effet, l'analgésie péridurale n'est pas responsable de tout ; des facteurs de risque de lombalgie ont été démontrés notamment la durée du travail obstétrical, l'âge élevé des parturientes et les antécédents de lombalgies [51].

De plus, une autre femme énonçait le fait que l'APD pouvait être à l'origine d'un arrêt cardio-respiratoire ; néanmoins, il est important de souligner le rapport de mortalité lié à l'anesthésie-réanimation datant de 2010-2012, sans changement significatif depuis et qui représentait 2% de la mortalité maternelle. En réalité les soins étaient non optimaux avec un retard de prise en charge ou bien une erreur de prise en charge thérapeutique de la part des professionnels de santé. Il est important de rappeler que l'APD est un acte médical avec ses potentiels effets secondaires, d'où l'intérêt de réaliser la consultation d'anesthésie et réaliser une surveillance étroite pendant l'accouchement.

Face à ce constat, une surveillance précise est mise en place comprenant la tension artérielle contrôlée régulièrement, la fréquence cardiaque, la saturation pulsée en oxygène et l'EVA, ainsi que la mise en place d'une perfusion de cristalloïde. On comprend donc que la surveillance après la mise en place d'une APD est indispensable, en effet ; la sage-femme exerce un rôle non négligeable dans sa surveillance ainsi que le suivi de l'APD tout au long du travail [52].

4.3.2 Les motivations d'une analgésie péridurale

4.3.2.1 Le choix d'une analgésie péridurale

L'analgésie péridurale est la principale technique d'analgésie utilisée en France ; en effet selon l'enquête nationale périnatale de 2010, 81,4% des femmes bénéficiaient d'une ALR. Il ressort aussi de cette enquête que l'utilisation de l'APD ne cesse d'augmenter avec 82,6% des femmes bénéficiant d'une APD en 2016 contre 78,1% en 2010 [1]. D'autre part, depuis plusieurs décennies, les professionnels de santé ont sans cesse fait

évoluer l'APD dans le but d'améliorer la satisfaction maternelle, ce qui peut expliquer l'augmentation de son utilisation, notamment avec la mise en place de la PCEA qui permet d'ajuster les débits d'antalgiques mais aussi d'autonomiser les parturientes et ainsi de permettre une participation active de la patiente [52]. En ce qui concerne notre étude, cinq patientes connaissaient la PCEA et la décrivaient comme un avantage considérable, ce qui pouvait en effet, orienter vers la décision d'une APD.

De plus, dans l'étude réalisée par une étudiante sage-femme dans le cadre de son mémoire de fin d'études qui évaluait la satisfaction des primipares accouchant sous péridurale, sur 100 patientes interrogées, 90 femmes ont été soulagées et ont exprimé leur satisfaction quant à l'utilisation de l'APD [26]. Cependant est-ce un choix réalisé précocement lors de la grossesse ou le jour de l'accouchement ? Il était constaté dans notre étude que huit patientes sur les douze interrogées entre 24 et 28 SA+6j souhaitaient bénéficier d'une APD pour l'accouchement. On constate donc que le choix quant à l'APD est réalisé précocement pendant la grossesse.

4.3.2.2 Les principaux facteurs déterminants

L'APD occupe une place importante dans le milieu obstétrical de par la diminution de ses contre-indications, l'augmentation de la satisfaction maternelle, les faibles effets secondaires, ainsi que ses multiples avantages. Rappelons qu'un des principaux avantages de cette analgésie est la préservation de l'état de conscience de la patiente ce qui lui permet de participer activement à la gestion de la douleur des contractions, la PCEA permettant aussi ceci. Un autre avantage non négligeable offert par l'APD est la réhabilitation précoce pour les patientes [53].

A l'inverse, les patientes ne souhaitant pas d'APD souhaitaient participer pleinement à leur accouchement. Mais étaient-elles au courant de tous ces progrès ? Dans notre étude, sur les trois femmes ne souhaitant pas d'APD, deux connaissaient l'existence de la PCEA ; mais elles n'estimaient pas être actives lors de leur accouchement malgré la présence de la PCEA.

Néanmoins, les professionnels de santé cherchant toujours à respecter la physiologie, il existe de nos jours l'analgésie péridurale déambulatoire ; cette analgésie permettant à la patiente de se mobiliser n'est que très peu utilisée, car elle nécessite une surveillance spécifique non applicable la plupart du temps à l'activité du service maternité [2].

En réalité, cette analgésie est encore très peu proposée aux patientes. En effet, dans la littérature, il est retrouvé que sa faible utilisation est lié à un investissement de matériel spécifique mais aussi à une formation des professionnels de santé [16]. Cependant, serait-ce un argument pour les femmes souhaitant un accouchement naturel tout en bénéficiant de la sécurité d'une analgésie ? En effet, on peut se demander si l'analgésie déambulatoire permettrait aux patientes ne souhaitant pas l'APD de s'orienter vers ce type d'analgésie, ce qui permettrait à la fois d'avoir la liberté de se mobiliser mais aussi d'avoir la sécurité d'une analgésie si un acte médical était nécessaire. Néanmoins l'hôpital serait dans l'obligation d'investir dans du matériel spécifique et d'établir des protocoles de surveillance particuliers à ce nouveau type d'analgésie.

L'analgésie péridurale étant souhaitée par la plupart des patientes dans notre étude et bénéficiant d'une image positive, il existe de nombreuses motivations à s'orienter vers ce type d'analgésie. En effet, les motivations exprimées par les patientes de notre étude étaient l'appréhension de la douleur ainsi que l'inconnu de l'accouchement ce qui semblait être des facteurs motivant la demande d'une APD. En réalité, les patientes estimaient qu'elles n'avaient pas à souffrir lors de l'accouchement, et que l'APD les aiderait dans la gestion des émotions notamment pour être plus calme et plus détendue pour accueillir leur enfant dans des conditions optimales [17]. En effet, l'APD avec ces nombreux progrès est donc la méthode analgésique la plus sûre lors d'un accouchement.

4.3.2.3 Les méthodes non médicamenteuses

Concernant la douleur ressentie lors du travail, il est vrai que l'APD occupe la première place des méthodes analgésiques. En réalité existe-t-il d'autres méthodes d'analgésie permettant de préserver son état de conscience ? Il est vrai que la plupart des patientes ne connaissaient pas d'autres méthodes d'analgésie ; en effet, même si certaines

pensaient à l'utilisation d'analgiques de différents paliers, huit patientes sur les douze entretiens estimaient que des méthodes naturelles pouvaient pallier à l'APD. Selon l'enquête nationale périnatale de 2016, plus de 35% des femmes ont utilisé une méthode non médicamenteuse pour gérer la douleur lors du travail. Néanmoins, même si ces méthodes semblent inoffensives sur la santé de l'enfant et la mère, il existe peu de recherche scientifique sur les avantages de ces méthodes. Il convient donc aux professionnels de santé de s'adapter à chaque patiente afin que toutes les patientes puissent bénéficier d'un soutien continu, personnalisé et individuel, comme le recommande l'HAS.

4.3.3 Les sources d'information

4.3.3.1 Les professionnels de santé

Comme évoqué précédemment, on constate que le choix de l'APD est réalisé précocement pendant la grossesse. Cependant, on remarque une information tardive apportée de la part des professionnels de santé. Appréhender l'état des connaissances, le niveau d'informations et d'attentes de chaque femme concernant le travail et l'accouchement est la base d'un échange souvent abordé très tardivement pendant la grossesse. Effectivement, il est important de rappeler que la consultation d'anesthésie est réalisée entre 32 et 36 SA dans le cas d'une grossesse physiologique, cette consultation permet principalement d'évaluer le risque péri opératoire et de déterminer le score ASA. Il convient aussi au médecin anesthésiste réanimateur d'informer de la technique utilisée, des risques et complications de la méthode [54].

Néanmoins, qui pourrait apporter une information prouvée et scientifique avant ce terme ? En effet, la consultation d'anesthésie se produit au huitième mois de grossesse, mais rappelons que son but principal est d'évaluer le risque péri opératoire tout en délivrant l'information nécessaire, c'est pour cela que cette consultation doit se réaliser au plus près de l'accouchement. En réalité, si cette consultation était réalisée au début de la grossesse, de nombreux facteurs de risques pourraient se surajouter et donc venir compliquer l'acte médical.

Avant ce terme, l'information est aussi apportée par les sages-femmes dans le milieu hospitalier ou libéral, réalisant les séances de PNP, mais là encore les séances de PNP interviennent généralement vers le septième mois de grossesse. De plus, selon l'enquête nationale périnatale de 2016, 78% de primipares participent à ces séances de PNP réalisées tardivement au cours de la grossesse [10]. Mais il est vrai que l'APD n'est pas l'unique sujet abordé lors des séances de PNP, qui regroupent l'ensemble des thèmes de la grossesse et l'accouchement. D'autre part, ce sujet intervient généralement lors des dernières séances. Par ailleurs, n'oublions pas que l'entretien prénatal précoce permet aux couples d'exprimer leurs inquiétudes, leurs attentes et donc d'adapter les séances de PNP. Il permet aussi de donner une information complémentaire sur les ressources de proximité, sur les facteurs de risques et comportements vulnérables ainsi que d'identifier les besoins d'informations.

Néanmoins dans quel cas cet entretien est-il réalisé ? Dans notre étude, aucune de nos patientes ne semblaient avoir réalisé cet entretien, en effet au niveau national seulement 21% des femmes réalisent l'EPP [55]. Selon l'HAS, il est constaté qu'une information délivrée par les professionnels de santé le plus tôt possible à l'occasion des consultations prénatales a une incidence positive sur le déroulement de la grossesse et sur la santé de l'enfant à naître [38]. Face à ce constat, quatre femmes de notre étude ont exprimé le manque d'informations sur l'APD ainsi que leurs attentes d'informations supplémentaires de la part des professionnels de santé. En réalité, une seule patiente de notre étude estimait avoir eu une information complète par une amie sage-femme, au terme où elle a été interrogée, elle se sentait d'ailleurs privilégiée.

De plus, un document du CARO mis en ligne sur le site internet du Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne est accessible à toutes les patientes ; ce document regroupe le rôle du médecin anesthésiste réanimateur, les bénéfices et les risques d'une APD ainsi que les idées reçues. Il existe aussi une vidéo simulant une consultation d'anesthésie. Néanmoins dans notre étude, une seule patiente semblait avoir déjà entendu parler du RSPA mais ne connaissait pas l'existence du site internet et donc son contenu.

Ne serait-il pas judicieux d'informer les patientes du site internet du RSPA ? Il est vrai que les patientes recherchent beaucoup d'informations sur internet, sur des forums,

des blogs... Il serait donc important de leur transmettre ce site internet créé par des professionnels de santé avec des données fiables. Le RSPA est abordé lors de la création du dossier médical informatisé, c'est pourquoi le site internet pourrait aussi être présenté à cette occasion. Cependant, les patientes reçoivent déjà beaucoup d'informations lors de cette première consultation. Est-ce donc judicieux de présenter ce site internet lors de la première consultation ?

4.3.3.2 Les médias

La majorité des patientes recherchent des informations supplémentaires sur internet, les principaux sites consultés sont des magazines non médicaux, c'est-à-dire des blogs, des forums diffusant dans la plupart des cas des informations de qualité médiocre. En effet, le référencement d'un site internet ne dépend pas de sa qualité et de la fiabilité de ces informations mais de sa popularité [42]. En réalité, dans notre étude trois patientes étaient inscrites sur des forums de grossesse et estimaient que ces sites internet étaient fiables. Une patiente avait installé une application de grossesse sur son smartphone qui lui permettait de suivre l'évolution de sa grossesse et de répondre à ses éventuelles questions. On peut donc se demander s'il n'existe pas un manque de communication de la part des professionnels de santé et un manque de prévention vis à vis des informations retrouvées sur internet. Face à ce constat, il est important de rappeler que cinq patientes estimaient que les forums et les blogs n'étaient pas une source d'information fiable, et que cette source pouvait être à l'origine d'informations négatives et donc anxiogène. C'est pourquoi ces patientes filtraient l'information provenant de ces sites internet.

Néanmoins, internet n'est pas le seul média à apporter de l'information sur l'APD. En effet, huit patientes sur douze interrogées avaient volontairement regardé une émission de télévision sur l'accouchement. Cependant ces patientes ne se sentaient pas sous l'influence des médias et n'estimaient pas que ceci avait été déterminant dans leur choix ; la principale motivation de regarder ces émissions était de découvrir le déroulement d'un accouchement. De plus, on remarque que la simplicité d'accès à internet ou bien aux émissions de télévision facilite l'accès à ces informations de qualité médiocre, contrairement aux livres qui eux sont d'un accès plus compliqué car nécessitant de se déplacer dans une bibliothèque ou de réaliser un achat ; en effet neuf patientes

exprimaient ne pas avoir imaginé lire un livre sur l'accouchement. On peut donc se demander s'il serait intéressant de proposer des livres sur l'accouchement aux patientes mais rappelons que l'accès aux livres n'est pas applicable à toutes les populations et que la plupart des patientes interrogées n'avaient pas ressenti le besoin de lire des documents sur l'accouchement et l'APD.

4.3.3.3 L'entourage

En réalité, la principale source d'information est l'entourage, à la fois les proches mais aussi les collègues de travail. Sur les douze patientes, la totalité exprimait que la principale source d'informations était la famille ou bien les amis ; et pour deux d'entre elles il s'agissait de leur mère. En effet, les informations véhiculées par l'entourage rentraient dans la prise de décision de s'orienter ou non vers l'APD ; l'APD avait été recommandée à neuf patientes par l'entourage et sur ces neuf patientes, huit souhaitaient bénéficier d'une APD.

Cependant, peu d'études existent sur ce sujet et donc il est difficile de conclure s'il s'agit d'une réelle influence ou bien plutôt d'un choix déterminé dès le départ par la patiente et confirmé par les conseils apportés par les proches. Il a aussi été constaté que l'information avait été apportée dans le cadre professionnel, que ce soit par des collègues de travail ou par des clientes. Néanmoins, il est très compliqué de se rendre compte de la multitude des informations reçues lorsqu'une patiente est enceinte ; il semblerait que plus la grossesse évolue et que l'accouchement se rapproche, plus la patiente reçoit des informations. Il est donc compliqué de se rendre compte de l'ampleur de l'influence de l'entourage sur les patientes.

Si la famille, les amies et les collègues de travail rentrent en compte dans la prise de décision quant au choix d'une APD, à l'inverse, onze femmes estimaient que l'avis de leur conjoint ne rentrait pas en compte et n'était donc pas influencées. Face au constat d'un manque d'informations apporté par les professionnels de santé, les patientes ressentent le besoin de rechercher des informations supplémentaires par le biais des médias, de leur famille ... Il semblerait donc pertinent d'apporter des informations fiables aux patientes précocement pendant la grossesse de la part des professionnels de santé.

4.4 Projets d'action

Au regard des témoignages reçus, des actions peuvent être proposées pour améliorer la qualité de l'information sur l'APD dès le début de la grossesse et donc limiter l'influence de fausses informations.

4.4.1 La diffusion de l'information

L'entretien prénatal précoce devrait être systématiquement proposé à toutes les patientes par les sages-femmes libérales et hospitalières mais aussi par les obstétriciens qui réalisent le suivi de grossesse. En effet, la moitié des femmes interrogées ressentait le besoin d'informations supplémentaires ce qui les conduisait à s'inscrire sur des forums et la totalité des patientes interrogées avaient regardé des émissions de télévision dans le but de découvrir l'accouchement. Les professionnels de santé ne réalisant pas l'ampleur de l'influence des propos de l'entourage sur les patientes sont donc acteurs dans la diffusion de ces informations d'une qualité médiocre, source d'anxiété. Il est vrai que si cet entretien était réalisé, il permettrait de pallier aux angoisses et aux inquiétudes des patientes sur l'APD mais aussi sur divers sujets ; l'approfondissement des conseils, la mise en place d'un projet de naissance et un soutien à ces femmes pourrait ainsi être entrepris. Ce dernier devrait être fortement recommandé aux femmes enceintes et plus particulièrement aux primipares pour qui l'accouchement est synonyme d'inconnu [41,55].

Il est vrai que les séances de PNP sont réalisées tardivement lors de la grossesse et donc que les patientes ressentent le besoin d'informations supplémentaires, c'est pourquoi il semblerait intéressant de réaliser l'EPP qui pourrait permettre de planifier les séances de PNP adaptées aux souhaits de chaque patiente. Cet entretien permettrait donc d'adapter le contenu mais aussi le commencement des séances de PNP à chaque patiente. De plus, les patientes souhaitant accoucher sans APD bénéficieraient de plus de temps pour se préparer à l'accouchement si ces séances étaient réalisées précocement pendant la grossesse. Il semblerait donc judicieux de débiter les séances de PNP précocement lors de la grossesse.

D'autre part, lors de cet entretien, les sages-femmes pourraient présenter le site internet du RSPA qui ne répond pas seulement aux questions sur l'APD, mais aussi à des questions sur la grossesse, présente des vidéos de poussée réalisées par le personnel de la maternité ; ce site est très enrichissant et intéressant à découvrir pour toutes les femmes. En réalité, l'unique moment où les patientes entendent parler du RSPA est lors de l'ouverture du dossier informatique, il est vrai que ce site internet est méconnu par les professionnels de santé. Néanmoins, c'est un outil accessible, ergonomique et source de multiples informations notamment l'APD mais aussi l'allaitement maternel, l'allaitement artificiel. Il est donc important de promouvoir cet outil auprès des professionnels de santé hospitaliers mais aussi libéraux qui pourraient diffuser cet outil fiable à leur patiente. L'utilité de cet outil doit donc être rappelée à tous les professionnels de santé.

Revenons au document du CARO qui est présenté sous forme d'affiche diffusée dans la salle d'attente des consultations d'Obstétrique et de Gynécologie de la maternité, il pourrait aussi être présenté dans les cabinets libéraux ainsi que sa vidéo présentant le rôle du médecin anesthésiste-réanimateur. De plus, la vidéo et le document pourraient aussi être présentés lors d'une séance de PNP [56]. En effet, ce document possède une facilité d'accès notamment avec un QR code qui permettrait aux patientes, à la pointe de la technologie, de le scanner à l'aide de leur smartphone et donc d'accéder directement au lien du document du CARO. (Annexe IV). Face à une société à la pointe de la technologie, ce document d'une grande facilité d'accès à l'aide du smartphone pourrait être un bon compromis et éviterait que ce document se perde et ne soit jamais consulté.

4.4.2 La formation des professionnels de santé

La formation continue étant obligatoire pour le personnel soignant, un module spécifique sur les protocoles en salle d'accouchement, et notamment sur l'analgésie péridurale devrait être obligatoire.

En effet, la plupart du personnel travaillant en secteur libéral ou bien dans le service consultation d'Obstétrique et Gynécologie ne travaille plus en salle d'accouchement et donc ne réalise plus d'accouchement. Il est donc vrai que parfois les projets de naissance ne peuvent coïncider avec l'activité d'une salle d'accouchement ainsi que ses protocoles.

Néanmoins, le projet de naissance n'est pas incompatible avec la sécurité, l'hygiène et les protocoles établis. Le projet de naissance pourrait être exprimé oralement avec l'équipe soignante présente le jour de l'accouchement, ce qui permettrait de l'adapter [48].

Enfin, l'information délivrée lors des séances de PNP ainsi que lors de l'EPP devrait être tracée sur un document ce qui permettrait d'uniformiser l'information mais aussi de prendre connaissance de ces informations lorsqu'une patiente est sur le point d'accoucher. De plus, il semblerait important que les sages-femmes réalisant des séances de PNP, qu'elles soient hospitalières ou libérales, connaissent l'existence du document du CARO et le diffusent à chaque couple, ce qui leur permettrait de réaliser un projet de naissance en toute connaissance de cause, précisant les avantages, les risques et les idées reçues vis-à-vis de l'APD. A l'inverse, il convient à chaque sage-femme hospitalière ou libérale intervenant en salle d'accouchement de respecter le choix de chacune des patientes et de se former quant aux méthodes non médicamenteuses pour accompagner au mieux les patientes ne souhaitant pas d'APD.

Il semblerait aussi intéressant de programmer une intervention des médecins anesthésistes réanimateurs lors d'une séance de PNP dans les maternités où cela est possible. Dans le cas où cela n'est pas possible, il pourrait être intéressant de réaliser des réunions en groupe animées par les médecins anesthésistes et réanimateurs avec les femmes volontaires ce qui pourrait permettre aux patientes de bénéficier d'une information plus complète que celle apportée lors de la consultation d'anesthésie. En effet, cette réunion pourrait être réalisée vers 30 SA ce qui permettrait à la majorité des patientes de bénéficier d'une information complète et précise sur l'APD mais aussi de poser d'éventuelles questions lors de la consultation d'anesthésie réalisée plus tardivement. Ceci permettrait aussi aux sages-femmes de libérer du temps des séances de PNP pour aborder des sujets divers notamment la poussée, l'allaitement, souvent rapidement abordés par manque de temps.

CONCLUSION

Cette étude nous permet de mieux réaliser les connaissances des patientes sur l'analgésie péridurale ainsi que de connaître la source de leurs informations et déterminer si celles-ci ont une influence sur la décision de la patiente quant au choix de bénéficier ou de refuser une APD lors de l'accouchement. En effet, de nos jours, il reste de nombreuses informations peu fiables qui circulent que ce soit par le biais d'internet, de la télévision ou de l'entourage. Cependant, la prise de conscience de l'impact de ces informations sur les préjugés des femmes est faible de la part des professionnels de santé.

Par ailleurs, la grossesse ainsi que l'accouchement sont synonymes d'inconnu pour des primipares, c'est pourquoi l'ancrage de ces informations dans leur esprit peut être cause d'anxiété et d'angoisse notamment sur l'APD. En effet, notre étude a montré l'inquiétude des patientes due au manque d'informations de la part des professionnels de santé.

En conséquence, il paraît essentiel que des informations de haute qualité soient apportées par des professionnels de santé, le plus précocement pendant la grossesse notamment au cours des séances de PNP pour limiter l'influence des diverses sources d'informations médiocres. Il paraît aussi important d'adapter l'information à chaque patiente. Ces informations délivrées précocement permettraient à la fois de réduire l'anxiété chez la femme enceinte, mais aussi de réaliser un choix éclairé en toute connaissance de cause ; il est vrai que dans notre étude réalisée entre le 5^{ème} et 6^{ème} mois la totalité des patientes avait fait leur choix. Ceci permettrait de construire un projet de naissance concret entre les aspirations du couple et l'offre de soins de la maternité. En effet, tous ces phénomènes marquent davantage le rôle de la sage-femme dans la délivrance de l'information sur divers sujets notamment l'APD.

L'étude pourrait s'étendre au niveau national ce qui permettrait de monter une étude plus représentative de la population générale. De nouvelles études pourraient aussi être réalisées après la réalisation de l'EPP qui permettrait à la patiente de planifier l'apport des différentes informations et d'adapter l'initiation aux séances de PNP. De plus, des études supplémentaires évaluant la satisfaction maternelle face à l'information après consultation du site internet du RSPA au cours de la grossesse, ainsi que la réalisation d'une réunion d'information animée par un médecin anesthésiste-réanimateur sur l'analgésie péridurale pourraient être réalisées.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

1. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2012;41(2):151-66.
2. Aya AGM, Keïta-Meyer H. L'analgésie périmédullaire en obstétrique est-elle devenue une analgésie physiologique ? *Anesthésie & Réanimation.* 2016;2(4):216-8.
3. 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. *JORF n°284 (1994).*
4. Eledjam J-J, Bruelle P, Viel E, Coussaye J-E de L. Anesthésie et analgésie péridurales. *Anesthésie & Réanimation.* 1993;36(10):325-35.
5. Manelfe C, Demondion X, Cognard C, Sans N, Francke J. L'espace épidural à l'étage lombaire: étude radio-anatomique. *J Radiol.* 2000;81(6):748-58.
6. Page J-P, Bonnin M, Bolandard F, Vernis L, Lavergne B, Baud O, et al. Analgésie péridurale obstétricale : pratique déclarée des anesthésistes réanimateurs en région Auvergne. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2008;27(9):685-93.
7. Vuille M. L'invention de l'accouchement sans douleur, France 1950-1980. *Trav genre et soc.* 2015;(34):39-56.
8. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, Lavergne SD, Hamlin S, Scheffler M. Histoire de l'accouchement en Occident : évolution des connaissances, techniques, croyances, rites et pratiques professionnelles au travers des âges. *Devenir.* 2018;30(4):399-417.
9. Tesnière A, Rackelboom T, Mignon A. Fondamentaux de l'analgésie et de l'anesthésie en obstétrique. *Anesthésie & Réanimation.* 2012;9(3):1-19.
10. Coulm B, Bonnet C, Blondel B, Vanhaesebrouck A, Vilain A, Fresson J, et al. Enquête nationale périnatale : rapport 2016 : les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010 [Internet]. INSERM. 2017 [cité 16 juill 2019]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
11. Thierrin L, Benhamou D. Il n'existe plus de contre-indications à l'anesthésie péridurale en obstétrique. *Gynecol Obstet Fertil.* 2004;32(5):444-6.
12. Mignon A, Goffinet F. Il reste des contre-indications à l'anesthésie péridurale en obstétrique. *Gynecol Obstet Fertil.* 2004;32(5):447-9.
13. Chassard D. Mortalité maternelle liée à l'anesthésie-réanimation. Résultats de l'ENCMM, France 2010–2012. *Anesthésie & Réanimation.* 2018;4(1):75-9.
14. Mercier J-F. Votre patiente va avoir une péridurale pour son accouchement. *MAPAR.* 2000;806:20.
15. Lopard E. L'analgésie péridurale obstétricale contrôlée par la patiente : en pratique. *Ann Fr Anesth Réanim.* 2006;25(6):593-8.

16. Karraz M. Démarrage difficile pour l'analgésie péridurale déambulatoire chez la parturiente en France. *Ann fr anesth reanim.* 2003;22(9):832-3.
17. Séjourné N, Callahan S. Les motivations des femmes pour accoucher avec ou sans analgésie péridurale. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2013;42(1):56-63.
18. Merabet NEH. Influence du moment de la pose d'une analgésie péridurale en termes de dilatation cervicale sur la durée et la médicalisation du travail obstétrical [Internet] [Mémoire: Sage-femme]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2017 [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01589531/document>
19. Kinsella SM. Epidural analgesia for labour and instrumental vaginal delivery: an anaesthetic problem with an obstetric solution? *BJOG.* 2001;108(1):1-2.
20. Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Barasinski C, Beranger R, Burguet A, et al. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. *La Revue Sage-Femme.* 2017;16(1):111-8.
21. Société Française Anesthésie et de Réanimation (SFAR). Recommandations concernant la pratique de l'analgésie obstétricale [Internet]. *sfar.org.* 1992 [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: https://sfar.org/wp-content/uploads/2015/10/2_SFAR_Recommandations-concernant-la-pratiquel-analgésie-obstétricale.pdf
22. Grond S, Meuser T, Stute P, Göhring U-J. Epidural analgesia for labour pain: A review of availability, current practices and influence on labour. *Acute Pain.* 2000;3(1):33-45.
23. Bonnet M-P, Bruyère M, Moufouki M, De la Dorie A, Benhamou D. L'anesthésie comme cause de souffrance fœtale? *Ann Fr Anesth Reanim.* 2007;26(7-8):694-8.
24. Soulier F. Retentissement fœtal et néonatal de l'anesthésie et de l'analgésie pendant l'accouchement. *J Pediatr Pueric.* 2005;18(3):131-40.
25. Mayberry LJ, Clemmens D, De A. Epidural analgesia side effects, co-interventions, and care of women during childbirth: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;186(5):81-93.
26. De Freitas V. Satisfaction de la primipare accouchant sous analgésie péridurale [Internet] [Mémoire: Sage-femme]. [Rouen]: Université de Rouen; 2008 [cité 17 avr 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00665975/document>
27. Moore JM. Epidural analgesia and clinical outcomes. *Semin Anesth.* 2003;22(3):197-208.
28. Ley L, Ikhouane M, Staiti G, Benhamou D. Complication neurologique après posture obstétricale «en tailleur» lors d'un travail sous analgésie péridurale. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2007;36(5):496-9.
29. Ecoffey C, Milon D. Accidents de l'anesthésie locorégionale en obstétrique. *MAPAR.* 2004;8.
30. Boulay G, Simon L, Hamza J. Analgésie et anesthésie au cours de l'accouchement. *EMC - Obstétrique.* 2006;1(1):1-21.

31. Haute Autorité de Santé (HAS). Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [Internet]. has-sante.fr. 2017 [cité 17 juill 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf
32. Crowhurst JA, Plaat F. Labor analgesia for the 21 st century. *Semin Anesth.* 2011;19(3):164-70.
33. Ouro-Bang 'Na Maman AF, Agbétra N, Djibril MA, Egbohou P, Kangni N, Tomta K, et al. Niveau de connaissance et acceptabilité de l'analgésie péridurale: enquête auprès des femmes enceintes au Togo. *Médecine tropicale.* 2007;67(2):159-62.
34. Article L1111-2. Code de la santé publique (2004).
35. Article L1111-4. Code de la santé publique (2016).
36. Anandane B. La consultation pré-anesthésique en obstétrique. Évaluation des pratiques dans deux maternités d'Île-de-France [Internet] [Thèse:Docteur en médecine]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01664221/document>
37. SFAR. La consultation d'anesthésie est un acte médical [Internet]. sfar.org. 2016 [cité 28 mai 2019]. Disponible sur: <https://sfar.org/la-consultation-danesthesie-est-un-acte-medical/>
38. HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes? Recommandations pour les professionnels de santé [Internet]. has-sante.fr. [cité 17 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
39. HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) [Internet]. has-sante.fr. 2005 [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
40. Maisonneuve C. Préparation à la naissance et à la parentalité. *Soins Pédiatr Pueric.* 2008;27(229):6.
41. Dupont C, Gonnaud F, Touzet S, Luciani F, Perié M-A, et al. Entretien prénatal précoce : mise en place d'une fiche de liaison « portée » par la patiente. À propos de l'expérience du réseau périnatal Aurore. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2008;37(7):685-90.
42. Espitalier F, Barbaz M, Fusciardi J, Laffon M. Péridurale obstétricale : qualité de l'information médicale en français sur Internet en 2009 et 2010. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2013;32(9):554-9.
43. Santiago-Delefosse, Bruchez, Gavin, Stephen. Critères de qualité des recherches qualitatives en sciences de la santé : à propos d'une analyse comparative de huit grilles de critères de qualité en psychiatrie/psychologie et en médecine. *Évolution Psychiatrique.* 2015;80(2):375-99.
44. Krief N, Zardet V. Analyse de données qualitatives et recherche-intervention. *Recherches en Sciences de Gestion.* 2013;95(2):211-37.

45. Augustoni C. Que sont devenues les sages-femmes dans le soutien à la parentalité ? *Vocation Sage-Femme*. 2019;18(139):19-22.
46. Bardin L. *L'analyse du contenu*. Presses Universitaire de France. Paris; 2013.
47. Comeau Y. *L'analyse des données qualitatives*. Cahiers du CRISES. 1994;(ET9402):1-35.
48. Pierre F. Information de la femme et consentement en obstétrique. *RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF*. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2018;46(12):986-93.
49. Soued M, Jeannin B, Auge M, Lecinq A, Le Gouez A, Mercier F. Difficultés prévisibles de réalisation d'une péridurale en obstétrique. *Prat Anesth Reanim*. 2019;23(6):297-303.
50. Charton P. Les effets de l'analgésie péridurale sur la contractilité utérine et le rythme cardiaque foetal au cours du travail obstétrical [Internet] [Mémoire: Sage-femme]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2019 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02188672/document>
51. Bonnet F. La péridurale n'est pas responsable de tout ! *Prat Anesth Reanim*. 2019;23(4):193-5.
52. Fernandes O, Baene AD, Gabriel R, Malinovsky J-M. Analgésie et anesthésie pour l'accouchement. *Obstétrique* [Internet]. 2020 [cité 2 févr 2020]; Sous presse. Disponible sur: [http://dx.doi.org/10.1016/S0246-0335\(19\)52495-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0246-0335(19)52495-4)
53. Bruyère M. Analgésie péridurale optimale en 2019. *Prat Anesth Reanim*. 2019;23(4):174-81.
54. Paugam-Burtz C, Albaladejo P, Asehnoune K, Beloeil H, Benhamou D, et al. Médecine périopératoire : l'anesthésiste-réanimateur, un acteur majeur du pronostic. *Anesthésie & Réanimation*. 2019;5(5):395-407.
55. Dugnat M. Pour un entretien prénatal précoce, pivot d'une prévention périnatale prévenante. *Sante Publique*. 2007;19(3):177-9.
56. Bernard M, Eymard C. Évolution et enjeux actuels de la préparation à la naissance et à la parentalité. *Sante Publique*. 2012;24(4):283-9.

ANNEXES

ANNEXE I

LETTRE D'INFORMATION

CONNAISSANCES ET REPRESENTATIONS DES FEMMES SUR L'ANALGESIE PERIDURALE

Investigateurs :

- Etudiante sage-femme
- Sous la direction d'un médecin anesthésiste et réanimateur
- Sous la codirection d'une sage-femme enseignante
- Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à contacter les responsables de l'étude

Madame,

Vous avez été invitée à participer à une étude appelée « *connaissances et représentations des femmes sur l'analgésie péridurale* »

Une étude sur les connaissances des femmes sur l'analgésie péridurale est engagée au sein du service de consultation d'Obstétrique et de Gynécologie dans une Maternité de niveau III. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme, sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste et réanimateur.

I. Pourquoi cette étude?

L'analgésie péridurale a une place importante dans le secteur de l'obstétrique ; en effet, il y a 82,6% de patientes ayant bénéficié d'une analgésie péridurale en 2016.

Les indications de pose d'analgésie péridurale se sont développées au fil des années contrairement aux contre-indications qui ont décliné. De plus, dans notre profession de sage-femme, nous accompagnons les patientes lors du travail et de l'accouchement qui peuvent se dérouler avec ou sans analgésie péridurale. C'est pourquoi il est important pour nous, de savoir les réelles connaissances des femmes sur l'analgésie péridurale pour adapter au mieux la prise en charge en fonction des souhaits des patientes mais aussi de savoir quels sont les facteurs qui amènent les patientes à choisir ou non l'analgésie péridurale. De plus, ceci permet aussi d'adapter au mieux les séances de préparation à la naissance et à la parentalité. J'aimerais donc réaliser une étude sur les connaissances préexistantes des femmes sur l'analgésie péridurale.

II. L'étude en pratique

Recrutement des patientes lors de la consultation mensuelle du 5^{ème} ou du 6^{ème} mois avec la sage-femme, avant d'avoir réalisé la consultation obligatoire avec l'anesthésiste ainsi que les séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

Puis après avoir délivré la lettre d'information et obtenu votre consentement en tant que patiente, un entretien téléphonique sera réalisé et enregistré sur mon sujet en fonction de vos disponibilités tout en conservant votre anonymat.

Après l'entretien, je réaliserai une analyse des données recueillies et je présenterai le mémoire de fin d'étude en Juin 2020.

III. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles (si recueillies) seront identifiées par un numéro d'anonymat.

Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

- Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

IV. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait (aucune modification de prise en charge).

Conformément au RGPD et à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite.

V. Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires. Pour toute question relative à la protection de vos données personnelles : vous pouvez contacter le délégué à la protection des données. Si vous décidez de participer à cette recherche, vous devrez signer un formulaire de consentement. Cette signature confirmera votre accord pour participer à cette étude.

ANNEXE II

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

CONNAISSANCES ET REPRESENTATIONS DES FEMMES SUR L'ANALGESIE PERIDURALE

Directeur du mémoire

Investigateur

L'étudiante sage-femme,

m'a proposé de participer à l'étude intitulée : « Connaissances et représentations des femmes sur l'analgésie péridurale »

J'ai lu et compris la lettre d'information dont j'ai reçu un exemplaire. J'ai compris les informations écrites et orales qui m'ont été communiquées. L'étudiante sage-femme a répondu à toutes mes questions concernant l'étude. J'ai bien noté que je pourrai à tout moment, poser des questions ou demander des informations complémentaires à l'étudiante sage-femme qui m'a présentée l'étude.

J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette étude. Je suis consciente que ma participation est entièrement libre et volontaire. J'ai compris que les frais spécifiques à l'étude ne seront pas à ma charge.

Je peux à tout moment décider de quitter l'étude sans motiver ma décision et sans qu'elle n'entraîne de conséquences dans la qualité de ma prise en charge et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

J'ai compris que les données collectées à l'occasion de cette recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe de l'étude de l'étudiante sage-femme. J'accepte le traitement informatisé des données à caractère personnel me concernant dans les conditions prévues par la loi informatique et liberté. J'ai été informée de mon droit d'accès et de rectification des données me concernant par simple demande auprès de l'étudiante sage-femme responsable de l'étude.

J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche, dans les conditions établies par la loi, et telles que précisées dans la lettre d'information qui m'a été remise. J'ai compris que je n'ai pas le droit de citer quelqu'un nominativement (nom et/ou prénom) afin de garantir l'anonymat de ces personnes.

J'accepte de participer à l'étude intitulée : « *Connaissances et représentations des femmes sur l'analgésie péridurale* »

Noms- Prénom :

Numéro de téléphone :

Numéro d'anonymat :

Je refuse de participer à l'étude intitulée : « *Connaissances et représentations des femmes sur l'analgésie péridurale* »

Fait à :

Signature :

;

ANNEXE III

GRILLE D'ENTRETIEN

Renseignements généraux :

- Quel âge avez-vous ?
- Etes-vous : Mariée/ Célibataire/ En couple/ Pacsée
- De quelle origine êtes-vous ?
- Quelle est votre profession ? votre niveau d'études ?
- Attendez-vous un ou plusieurs enfants ?

Généralités sur la péridurale :

- Pour vous, qu'est-ce que la « péridurale » ? A quoi sert-elle ?
- A votre avis, la consultation d'anesthésie réalisée au 8^{ème} mois est-elle obligatoire ?
- Si lors de cette consultation vous dites ne pas souhaiter la péridurale et que finalement vous souhaitez la péridurale le jour de l'accouchement, pensez-vous qu'on peut vous la refuser ?
- Concernant la pose de péridurale :
 - A votre avis, où se fait la ponction pour l'APD ?
 - Combien de temps dure-t-elle ?
 - Se fait-elle le jour comme la nuit ? *OUI/NON*
 - Selon vous, est-elle douloureuse ? *OUI/NON*
- A ce terme de grossesse, souhaiteriez-vous la péridurale pour l'accouchement ?
 - Si oui pour quelles raisons ?
 - Si non, pour quelles raisons ?

Indications /Contre-indications de la péridurale :

- A votre avis, y a-t-il des cas où l'APD est fortement conseillée ? Si oui lesquelles
- Pensez-vous qu'il existe des contre-indications pour l'APD ?
 - En rapport aux antécédents médicaux *OUI/NON précisez*
 - En rapport aux conditions physiques *OUI/NON précisez*
 - En rapport à l'avancée du travail *OUI/NON, précisez*
- Dans le cas, où l'APD est contre indiquée, pensez-vous qu'il y a d'autres possibilités d'analgésie ? *Citez-les*

- Selon vous, existe-il des effets secondaires de l'APD ?
 - Pendant le travail *OUI/NON Lesquelles*
 - Pendant l'expulsion *OUI/NON Lesquelles*
 - Pendant le post partum *OUI/NON Lesquelles*
 - A long terme *OUI/NON Lesquelles*
- Pensez-vous que l'APD a des effets sur votre enfant ?

A priori sur la péridurale :

- Dans le cas où vous avez une APD, pensez-vous que vous serez active dans la gestion de l'APD ?
- Avez-vous des inquiétudes par rapport à l'APD ? Lesquelles
- Avez-vous connaissance du site du réseau d'Auvergne ?
Si oui qui vous en a parlé ? Avez-vous déjà consulté ce site ?

Source d'informations non médicales :

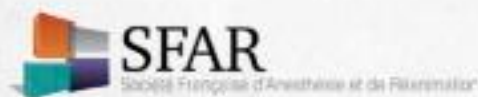
- Par quel moyen non médical avez-vous entendu parler de l'APD :
 - Famille
 - Médias
 - Livres/Revue
 - Internet/réseaux sociaux
- Avez-vous déjà fait des recherches sur l'APD sur des forums/blogs ?
- Avez-vous déjà lu des documents concernant l'APD ?
- Des proches vous ont-ils fortement recommandé l'APD ? ou mise en garde ?

Expérience de l'entourage vis-à-vis de la péridurale :

- Des proches vous ont-ils incité à choisir l'APD par rapport à leur expérience personnelle ? ou ne pas la choisir ?
- Des proches vous ont-ils signalé des incidents lors de leur expérience personnelle ?
- Pensez-vous que votre choix est influencé par les médias, l'entourage familial ?
- Votre conjoint intervient-il dans votre choix ?

ANNEXE IV

DOCUMENT REALISE PAR LE CARO



*Analgésie Anesthésie Réanimation
au cours de la grossesse et de l'accouchement*

Toutes les questions que vous vous posez :

1. L'Anesthésiste- Réanimateur en Maternité, pour qui pourquoi ?
2. Qu'est-ce que l'anesthésie/ l'analgésie régionale pour l'accouchement?
3. Quelles sont les conséquences de l'analgésie péridurale sur l'accouchement et le fœtus?
4. Et si une césarienne non prévue était nécessaire ?
5. « On m'a dit que... » / les idées fausses



Première partie

L'Anesthésiste-Réanimateur en Maternité, pour qui, pourquoi ?

L'anesthésiste réanimateur est un médecin spécialiste avec une double compétence en anesthésie et en réanimation.

RÔLE DU MÉDECIN ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR EN MATERNITÉ :

- Il est présent de façon continue ou discontinue au sein de la maternité en fonction du nombre d'accouchements de l'établissement.
- Il assure le soulagement de la douleur (analgésie) par la péridurale ou d'autres techniques, l'anesthésie pour césarienne programmée et les anesthésies en urgence ainsi que la réanimation maternelle si nécessaire, voire la réanimation de l'enfant à naître en l'absence de pédiatre sur place.
- Il collabore avec les obstétriciens et les sages femmes au suivi et au traitement des grossesses compliquées avant, pendant et après l'accouchement. Il travaille en lien avec d'autres spécialistes adultes pour les patientes présentant des maladies préexistantes ou des traitements complexes.
- Il bénéficie en fonction des établissements de l'aide d'infirmiers anesthésistes (IADE)

POURQUOI RENCONTRER UN ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR EN CONSULTATION AVANT UN ACCOUCHEMENT :

Parce que l'anticipation est garante de sécurité : en cas de situation urgente en salle de naissance, l'évaluation et la synthèse de votre état de santé réalisées en amont, permettront une prise en charge sans délai. C'est pour cela que la consultation d'anesthésie est obligatoire.

- Classiquement l'anesthésiste-réanimateur vous rencontre lors du dernier trimestre de la grossesse.

- Si vous êtes porteuse d'une maladie chronique ou soignée par des traitements particuliers il est possible que l'anesthésiste-réanimateur souhaite vous rencontrer plus précocement pendant la grossesse.

- Lors de la consultation il prend connaissance de votre histoire médicale, et recherche des facteurs de risques spécifiques (allergique, hémorragique, de phlébite, anesthésique...). Vous devez apporter tout document en votre possession sur votre état de santé pouvant aider à ces évaluations. En cas de facteur de risque spécifique ou difficulté prévisible vous serez informée de la stratégie envisagée. En cas de nécessité vous pourrez être orientée vers d'autres spécialistes pour un avis complémentaire.

- L'ensemble des données pertinentes issues de la consultation est consigné dans un compte rendu intégré à votre dossier obstétrical, disponible et consulté au moment de l'accouchement. En effet il est peu probable que vous rencontriez le même anesthésiste en consultation et lors de l'accouchement.

C'est également lors de cette consultation ou lors de réunions collectives que vous pourrez être informée le plus précisément et avec les données les plus récentes de la science sur la prise en charge de la douleur lors de l'accouchement. Un certain nombre de fausses idées existent et ces moments sont spécifiques pour en discuter.

Vous pourrez également discuter de vos attentes et de tout antécédent de vécu difficile lors d'une anesthésie.



Deuxième partie

Qu'est-ce que l'anesthésie / l'analgésie régionale pour l'accouchement?

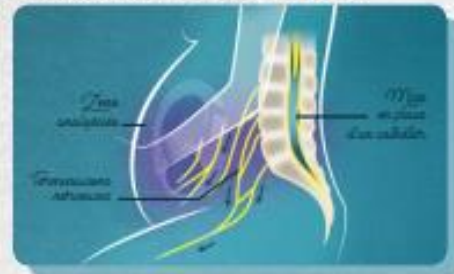
L'anesthésie régionale est une méthode qui permet de réduire de façon ciblée la douleur en bloquant les transmissions nerveuses de la douleur. La douleur du travail et de l'accouchement vient des nerfs de la région lombaire et sacrée.

Deux techniques permettent de bloquer les nerfs concernés: il s'agit de l'anesthésie rachidienne (ou rachianesthésie) et de l'anesthésie péridurale.

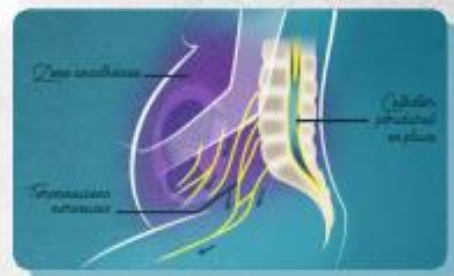
- L'anesthésie rachidienne consiste en une injection dans l'espace rachidien qui permet une anesthésie rapide et puissante. La durée de cette anesthésie est limitée dans le temps et rarement compatible avec la durée habituelle du travail obstétrical (plusieurs heures). C'est la technique utilisée pour les césariennes programmées ou les gestes courts pendant la grossesse ou l'accouchement (réalisation d'un cerclage utérin par exemple).

- L'anesthésie péridurale est la technique de choix pour le travail obstétrical et l'accouchement: grâce à un fin tuyau (cathéter) glissé dans l'espace péridural, il sera possible d'injecter régulièrement des anesthésiques locaux pour maintenir le blocage de ces racines nerveuses. En fonction de la puissance du mélange injecté l'anesthésiste réanimateur pourra moduler l'effet entre analgésie et anesthésie.

L'Analgésie permet de calmer en douceur la douleur tout en conservant motricité et certaines sensations (toucher, contractions, descente du bébé).



L'Anesthésie repose sur l'injection d'un mélange plus puissant qui va bloquer intensément la douleur et dans le même temps une grande partie de la motricité et des sensations. C'est l'anesthésie de choix pour une césarienne en cours de travail ou pour les gestes de l'accouchement (utilisation d'instruments pour la naissance, vérification de la bonne délivrance du placenta).



QUI PEUT BÉNÉFICIER D'UNE ANALGÉSIE PÉRIDURALE POUR L'ACCOUCHEMENT ?

- Les patientes en travail peuvent dans la plupart des cas bénéficier d'une analgésie péridurale. Les rares exceptions (infections, problèmes de coagulation, traitement...) sont le plus souvent repérées à la consultation d'anesthésie. Dans ce cas, une prise en charge spécifique vous sera proposée.
- L'équipe d'anesthésie-réanimation fait son possible pour répondre aux demandes des patientes. En fonction de la charge de travail simultanée, le souhait de la patiente sur le moment de la pose est respecté.
- Il n'y a pas de dilatation minimale du col de l'utérus requise, il faut être en travail ou en phase de déclenchement du travail et sentir le besoin d'être soulagée. Il n'y a pas de dilatation maximale au-delà de laquelle la péridurale est impossible mais cela doit être compatible avec la vitesse du travail et le délai prévisible de la naissance (le temps incompressible avant l'efficacité de l'analgésie est d'environ 30 minutes).
- Dans certains cas l'équipe (obstétricien, sage-femme et anesthésiste-réanimateur) peut vous proposer une péridurale très tôt dans le travail, si le bénéfice de cette analgésie est particulièrement important pour votre accouchement.
- Une anesthésie rachidienne ou une anesthésie générale peut également être réalisée juste après un accouchement sans péridurale si des gestes complémentaires sont nécessaires.

DÉTAILS TECHNIQUES

- La première étape est celle de la mise en place d'une voie veineuse, du matériel de surveillance de la pression artérielle et du rythme cardiaque maternel et fœtal.
- Classiquement la pose est réalisée en position assise le dos rond mais une position différente (assise en mouvement de balancement ou allongée sur le côté) est également possible.
- La présence de l'accompagnant pendant la pose pourra vous être proposé pour apporter du confort. Il s'équipera alors comme demandé.
- Le geste commence par un temps de désinfection du dos et l'installation de draps stériles.
- Puis une anesthésie locale pour insensibiliser la peau au point de ponction de l'aiguille de péridurale est réalisée.
- Pendant la pose de la péridurale vous pouvez signaler si une douleur apparaît.
- L'insertion d'un fin tuyau (cathéter péridural) est le plus souvent rapide. Certaines difficultés (connues ou non) ralentissent la pose: infiltration hydrique ou graisseuse du dos, scoliose, raideur, cambrure très marquée.
- Les produits injectés sont des anesthésiques locaux dilués associés à des dérivés de la morphine et parfois à d'autres molécules appelées adjuvants.
- Le but est de diminuer le caractère douloureux des contractions tout en conservant à la fois des sensations et la possibilité de bouger.
- Les sages-femmes sont compétentes pour surveiller l'efficacité et la tolérance d'une analgésie péridurale et participer au maintien de l'analgésie.



Troisième partie

Quelles sont les conséquences de l'analgésie péridurale sur le travail obstétrical et le fœtus ?

BÉNÉFICES ATTENDUS DE L'ANESTHÉSIE PÉRIDURALE

- Le premier bénéfice est de retrouver du confort : la douleur des contractions devient progressivement plus acceptable puis disparaît, le soulagement est complet dans environ 90% des cas. De ce point de vue, aucune autre méthode n'arrive à égaler la péridurale.
- La péridurale apporte une forme de sécurité à l'accouchement : ce fin cathéter a été laissé en place dans l'espace péridural et en cas de geste urgent il pourra être utilisé pour éviter le recours à l'anesthésie générale.

- On observe également une limitation de la fatigue et de la dépense énergétique ce qui est particulièrement intéressant pour les mamans et les fœtus les plus fragiles.

Cela ne limite pas l'accès aux boissons ni à la mobilisation ou la déambulation pour les centres qui la pratiquent.

On peut vous proposer, grâce à une pompe à votre disposition, de gérer vous-même l'analgésie. Cette méthode est nommée PCEA (Patient Controlled Epidural Analgesia ou Analgésie Péridurale Contrôlée par le Patient).

RISQUES ET EFFETS INDÉSIRABLES

L'anesthésie est plus sûre que beaucoup de pratiques quotidiennes (voyage en voiture, pratique du vélo sur route...) mais comme tout acte de la vie elle peut être émaillée d'incidents ou de complications connus ou non, prévisibles ou non. Le risque zéro n'existe pas.

Les INCIDENTS qui peuvent survenir après la pose de l'analgésie péridurale :

- Le plus souvent il s'agit d'une absence (ou insuffisance) d'efficacité d'emblée ou dans un deuxième temps. En cas d'inefficacité d'emblée une nouvelle pose de cathéter peut être proposée. En cas de réapparition de la douleur un réajustement du cathéter et des doses peut être proposé avant d'envisager une nouvelle pose. En effet la douleur va croissante au cours de l'accouchement et s'étend au cours du temps du ventre vers le périnée et des adaptations peuvent être nécessaires.

- Un effet excessif de la péridurale peut aussi apparaître. Après une certaine durée

d'utilisation ou après plusieurs injections, il peut apparaître une difficulté à bouger les jambes (immobilité). Si vous avez à disposition la pompe, vous devez diminuer les réinjections dans la péridurale et le signaler à la sage-femme.

- Dans les minutes ou heures qui suivent la pose, il peut être observé occasionnellement une diminution de la pression artérielle, une élévation de la température corporelle, des tremblements ou des démangeaisons. Ces inconvénients sont aisément traitables et n'ont pas de retentissement sur l'enfant.

- Après l'accouchement, une sensation particulière au point de ponction peut subsister quelques jours à quelques semaines.

- Dans les heures ou les jours qui suivent l'accouchement sous péridurale des maux de tête peuvent apparaître. Vous devez le signaler. L'équipe d'anesthésie évaluera et diagnostiquera s'il y a un lien avec la pose de la péridurale. En effet, chez certaines patientes (environ 1%), une brèche a été créée lors de la ponction dans la membrane appelée dure mère. Dans ce cas, différents traitements sont proposés. Pour réparer et cicatriser la brèche, il peut être proposé de prélever quelques millilitres de votre sang pour les injecter dans l'espace péridural.



Les COMPLICATIONS qui peuvent survenir :

- De façon tout à fait exceptionnelle après la pose d'une péridurale peuvent survenir un hématome péri-médullaire, une infection profonde, un traumatisme médullaire ou radiculaire. Ces événements exceptionnels surviennent dans moins de 1/250 000 cas, soit par exemple, un cas tous les 100 ans pour une maternité réalisant 2500 accouchements par an.

- Des symptômes - anesthésie trop étendue ou convulsions - liés à une diffusion anormale du produit dans le liquide céphalo-rachidien ou dans les vaisseaux ont été également rapportés de manière exceptionnelle. Les anesthésistes réanimateurs prennent toutes les précautions pour éviter ces complications. Néanmoins tout symptôme inattendu doit être signalé à l'équipe soignante.

Il est fréquent de penser que tout problème de dos ou de racine nerveuse après l'accouchement est dû à la péridurale. Or dans la plupart des cas cela provient du travail et de l'accouchement par la pression continue du fœtus dans le bassin. Dans d'autres cas il peut s'agir d'une mauvaise position du dos ou des jambes pendant le travail dont la patiente n'a pas conscience car l'analgésie péridurale soulage également cette partie du corps. Les symptômes disparaissent avec le temps mais l'anesthésiste réanimateur sera disponible pour un examen et une prise en charge conjointement avec l'équipe obstétricale dans la suite de l'accouchement.

Effets connus sur le travail obstétrical et le FŒTUS

- Les effets de la péridurale sur le déroulement du travail et l'accouchement ont été beaucoup étudiés. Ils sont, grâce aux importants progrès réalisés ces vingt dernières années, faibles voire inexistants.

- L'analgésie péridurale n'augmente pas le risque de césarienne.

- Il peut arriver qu'après une certaine durée d'utilisation ou après plusieurs injections successives, apparaisse une difficulté à bouger les jambes. Si cette immobilité est intense et perdure, la durée de poussée peut être allongée et une aide à l'expulsion s'avérer nécessaire.

- L'administration de « stimulants » du travail (ocytociques) n'est pas plus nécessaire avec que sans péridurale.

- Les anesthésiques locaux sont injectés dans un espace anatomique ne communiquant pas avec le fœtus. Néanmoins il peut exister une faible diffusion vers le fœtus par voie sanguine qui est sans conséquence sur l'enfant aux doses administrées ; ce passage existe pour presque tous les produits ingérés, inhalés ou injectés chez la femme enceinte.

Quatrième partie



Et si une césarienne non prévue était nécessaire ?

- Quelquefois pendant le travail une césarienne imprévue doit être réalisée : c'est le cas chez 10 à 15 % des femmes en travail. Si une analgésie péridurale efficace est en place, l'anesthésiste réanimateur privilégiera la réinjection de produits plus puissants dans le cathéter afin de passer du stade d'analgésie à celui d'anesthésie permettant d'éviter l'anesthésie générale (cf deuxième partie). Dans le cas contraire (efficacité jugée insuffisante pendant le travail ou absence de péridurale) une rachianesthésie (cf deuxième partie) peut vous être proposée si l'on dispose de suffisamment de temps avant de faire naître l'enfant.
- S'il devait y avoir recours à une anesthésie générale, il est souhaitable de limiter au maximum le passage des médicaments d'anesthésie dans la circulation foetale pour éviter l'endormissement de l'enfant. C'est pour cela que la préparation de la chirurgie est réalisée avant l'anesthésie générale de la maman.
- Quel que soit le mode d'anesthésie, un certain nombre de gestes devra être réalisé rapidement pour sécuriser cette césarienne : administration d'une préparation antiacide pour l'estomac, mise en place d'une sonde vésicale, transfert vers la salle de césarienne, mise en place des différents moniteurs, désinfection de la peau, installation des champs opératoires (draps). Ces moments peuvent vous sembler surprenants. Nous sommes à vos côtés pour vous accompagner dans cette étape. De votre côté, pour participer pleinement et efficacement, pour votre bien-être et celui du bébé, vous pouvez par exemple porter toute votre attention sur votre respiration. Selon le degré d'urgence et les habitudes de l'équipe, votre conjoint pourra vous accompagner.

Cinquième partie

“On m'a dit que...”

Les idées fausses

“La péridurale pour l'accouchement et c'est le mal de dos assuré pendant des années ?”

Les douleurs lombaires sont fréquentes pendant et après la grossesse. Le risque de douleurs lombaires à long terme est le même que l'accouchement ait eu lieu avec ou sans analgésie péridurale.

“Je suis migraineuse de nature alors les migraines après la péridurale c'est pour moi ?”

Si vous êtes migraineuse vous pouvez au décours de l'accouchement déclencher une crise de migraine qui ne sera pas liée à votre péridurale. Certains maux de tête qui peuvent apparaître après une péridurale sont une complication mécanique rare de la péridurale (voir 3ème partie) et sans relation avec l'état migraineux.

“J'ai un tatouage en bas du dos alors j'oublie la péridurale ?”

Un tatouage n'est pas une contre-indication à l'analgésie péridurale. Généralement les anesthésistes essaient de glisser l'aiguille à côté du tatouage mais s'il est exactement sur la zone de ponction il faut savoir que le passage de l'aiguille peut laisser un minuscule point blanc dans un tatouage coloré.

“Je suis épileptique je risque des convulsions si j'ai une péridurale ?”

Les crises d'épilepsie surviennent fréquemment lors de moments de stress et de dépenses énergétiques ou lorsque l'on interrompt le traitement. Lors d'un accouchement l'analgésie péridurale limite le stress et la dépense énergétique. Elle est donc recommandée aux patientes épileptiques. Les complications de type convulsions exceptionnellement décrites avec l'analgésie péridurale surviennent sans aucun terrain favorisant (voir chapitre risques).

"J'ai une particularité physique : je suis en fort surpoids, je suis d'une extrême maigreur, j'ai une scoliose, j'ai été opérée du dos - l'anesthésiste peut refuser de me poser une péridurale ?"

Ces particularités peuvent être effectivement reliées à des difficultés techniques mais il est exceptionnel de ne pas finalement réussir à placer le cathéter. Le temps de pose peut être plus long et quelquefois les anesthésistes travaillent avec l'aide d'un collègue quand des difficultés s'annoncent. Si vous êtes demandeuse et qu'aucune autre contre-indication n'est mise en évidence la pose d'une péridurale sera tentée. Vous pourrez le confirmer en consultation avec l'anesthésiste.

"Je suis traitée au long cours par des médicaments, cela peut-il avoir une incidence sur la possibilité de péridurale ?"

Très peu de médicaments contre indiquent l'analgésie péridurale. Les traitements qui doivent être surveillés de près pour l'accouchement et la pose d'une péridurale sont les médicaments pour fluidifier le sang (anticoagulants). Des protocoles spécifiques existent pour leur gestion au moment de l'accouchement et toutes les informations utiles vous seront données par les médecins qui suivent votre grossesse lors des différentes consultations.

"Si je dis à l'anesthésiste que je ne veux pas de péridurale lors de la consultation, alors je ne pourrai pas changer d'avis le jour de l'accouchement ?"

Vous êtes attendue à la consultation d'anesthésie même si vous souhaitez accoucher sans péridurale car c'est une consultation obligatoire de la grossesse. Ce jour-là, après la recherche de facteurs de risques spécifiques et un examen clinique, le médecin entend votre projet et le retranscrit dans votre dossier. De votre côté vous entendez ses informations pour vous aider à prendre votre décision. Les accouchements sont toujours différents d'une femme à l'autre ou pour vous-même d'un accouchement à l'autre. Soyez rassurée, vous pouvez changer d'avis. En salle de naissance à nouveau l'anesthésiste pourra discuter avec vous si besoin.



Le **CARO** fédère les anesthésistes réanimateurs autour de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement.
caro-club.univ-lyon1.fr

Document réalisé sous l'égide

du **CARO** [Club d'Anesthésie Réanimation Obstétricale]
de la **SFAR** [Société Française d'Anesthésie et Réanimation]
Coordination Estelle Morau, Véronique Waisblat

Ont participé à l'élaboration de ce document :

Pour le CARO :

Hawa Keita, Estelle Morau, Thibaut Rackelboom, Martine Bonnin,
Florence Vial, Pierre Yves Dewandre, Marie Pierre Bonnet,
Lionel Bouvet, Adeline Castel, Benjamin Julliac, Anne Sophie Ducloy,
Dominique Chassard, Frederic Mercier, Dan Benhamou.

Pour la SFAR :

Le Comité de Vie Professionnelle

Groupe de travail pluridisciplinaire :

Patrick Basset, Gilles Bénistand, Mathieu Briere, Françoise Broisin,
Anne Evrard, Eric Lopard, Christine Marchand, Sylvie Martel Jacob,
Estelle Morau, Delphine Provost, Agnès Rigouzzo, Mathias Rossignol,
Meriem Sadek, Roland Servais, Jean Christian Sleth, Brigitte Storme,
Rose-Marie Toubin, Véronique Waisblat.

Lien internet pour une information multilingue :

<http://www.labourpains.com/home>

Résumé

Introduction. – En France, l'analgésie péridurale occupe une place importante dans le milieu obstétrical ; néanmoins, l'information sur l'analgésie péridurale est remise seulement après le deuxième trimestre de grossesse au cours des séances de préparation à la naissance et à la parentalité et lors de la consultation d'anesthésie. L'apport tardif des informations entraîne donc une recherche d'informations par les patientes.

Objectifs. – Décrire les connaissances des femmes sur l'analgésie péridurale et connaître les sources d'informations déterminant le choix de l'analgésie péridurale.

Méthode. – Etude qualitative de type descriptive et interprétative sur douze primipares au cinquième et sixième mois de grossesse dans une maternité de type III, à l'aide d'entretiens semi-dirigés.

Résultats. – La majorité des femmes interrogées avaient une image positive de l'analgésie péridurale mais ressentaient le besoin d'informations supplémentaires trouvées par le biais des médias et de leur entourage.

Discussion. – L'information durant la grossesse doit être délivrée plus tôt lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité et adaptée à chaque patiente. Pour optimiser l'information, une réunion d'information sur l'analgésie péridurale semblerait intéressante.

Conclusion. – Des études supplémentaires pourraient être réalisées permettant d'évaluer la satisfaction maternelle face à l'information après la réalisation d'une réunion d'information sur l'analgésie péridurale et la présentation du site internet du réseau au cours de la grossesse.

Mots clés. – Primipare ; Analgésie Péridurale ; Connaissances ; Motivations ; Information

Abstract

Background. – In France, epidural analgesia occupies an important place in the obstetrical environment; nevertheless, information on epidural analgesia is given only after the second trimester of pregnancy during birth and parenting preparation sessions and during the anaesthesia consultation. The late provision of information therefore leads to a search for information by patients

Objectives. – Describe women's knowledge of epidural analgesia and the sources of information determining the choice of epidural analgesia.

Methods. – Qualitative descriptive and interpretative study on twelve primiparous women in the fifth and sixth month of pregnancy in a type III maternity hospital, using semi-structured interviews.

Results. – The majority of the women interviewed had a positive image of epidural analgesia but felt the need for additional information found through the media and their entourage.

Discussion. – Information during pregnancy should be provided earlier in the birth and parenting preparation sessions and tailored to each patient. To optimize information, an information meeting on epidural analgesia would seem to be of interest.

Conclusion. – Additional studies could be carried out to evaluate maternal satisfaction with the information after an information meeting on epidural analgesia and the presentation of the network's website during pregnancy.

Keywords – Primiparous ; Epidural analgesia ; Knowledge ; Motivation ; Information