



HAL
open science

L'analgésie péridurale déambulatoire en salle de naissance au CHU de Caen : état des lieux et perspectives d'amélioration

Floriane Clément

► **To cite this version:**

Floriane Clément. L'analgésie péridurale déambulatoire en salle de naissance au CHU de Caen : état des lieux et perspectives d'amélioration. Gynécologie et obstétrique. 2022. dumas-03702674

HAL Id: dumas-03702674

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03702674>

Submitted on 23 Jun 2022

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 Sage-femme de Caen

L'analgésie péridurale déambulatoire en salle de naissance au CHU de Caen : état des lieux et perspectives d'amélioration.

Sous la direction de Charlène Leviland, Praticien Hospitalier en
anesthésie-réanimation au CHU de Caen.

Clément Floriane

29 octobre 1999

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme

Année universitaire 2021/2022



CAEN - CAMPUS 5

BIBLIOTHÈQUE
UNIVERSITAIRE

SANTÉ

CHUCaen

ECOLE DE SAGES-FEMMES

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie : http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

Bibliothèque universitaire Santé

Adresse : Pôle des formations et de recherche en santé | 2, rue des Rochambelles | CS 14032 | 14032 CAEN CEDEX 5

tél. : 02 31 56 82 06

courriel : bibliotheque.sante@unicaen.fr

internet : scd.unicaen.fr/

Remerciements

A Charlène Leviland, directrice de ce mémoire, pour m'avoir accompagnée, guidée et conseillée tout au long de sa réalisation.

A Laura Levallois, pour sa disponibilité et ses précieux conseils.

Aux sages-femmes, aux médecins et internes anesthésistes-réanimateurs et aux infirmiers anesthésistes pour leur participation à cette étude.

A mes parents, mon frère et ma famille pour leur soutien sans failles.

A Alice, Margot, Elise, Emma et Yann pour ces moments inoubliables au cours de ces quatre années.

Et à Théo, merci pour tout.

Glossaire

AL : anesthésiques locaux

ALR : anesthésie loco-régionale

APD : analgésie péridurale

APDD : analgésie péridurale déambulatoire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLERS : Comité Local d’Ethique de la Recherche en Santé

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

EPP : évaluation des pratiques professionnelles

IADE : infirmier anesthésiste diplômé d’Etat

MAR : médecin anesthésiste-réanimateur

PCEA : *patient controlled epidural anesthesia*

PIEB : *programmed intermittent epidural bolus*

RCF : rythme cardiaque fœtal

SDN : salle de naissance

SF : sage-femme

Tables des matières

Glossaire

| | |
|--|-----------|
| Introduction..... | 1 |
| 1. La prise en charge de la douleur | 2 |
| 1.1. L'ère de l'analgésie péridurale | 2 |
| 1.2. Les controverses de l'analgésie péridurale | 2 |
| 1.3. Une volonté de retour à plus de physiologie | 3 |
| 2. Une alternative possible : l'analgésie péridurale déambulatoire | 3 |
| 2.1. Définitions | 3 |
| 2.2. Les recommandations | 4 |
| 2.3. La technique | 4 |
| 2.4. Les règles à respecter | 5 |
| 2.5. La surveillance clinique | 5 |
| 2.6. L'innocuité de la déambulation | 6 |
| 3. Les bienfaits possibles de l'analgésie péridurale déambulatoire | 7 |
| 3.1. L'impact sur les paramètres obstétricaux | 7 |
| 3.2. L'impact sur l'état néonatal | 8 |
| 3.3. L'impact sur les paramètres anesthésiques | 9 |
| 3.4. L'impact sur le vécu de l'accouchement | 10 |
| Objectifs et hypothèses | 12 |
| 1. Objectifs de l'étude | 12 |
| 2. Hypothèses | 12 |
| Matériels et méthodes..... | 13 |
| 1. Critères d'inclusion et d'exclusion | 13 |
| 2. Nombre de sujets | 13 |
| 3. Support | 13 |

| | |
|---|-----------|
| 4. Durée | 13 |
| 5. Lieu | 13 |
| 6. Outils de recueil des données | 14 |
| 7. Accords obtenus préalablement à la mise en place de l'étude | 14 |
| 8. Analyse des données | 14 |
| 9. Analyse statistique | 14 |
| Résultats | 15 |
| 1. Caractéristiques de la population | 15 |
| 2. Connaissances sur les effets de la déambulation pendant le travail sous analgésie péridurale | 16 |
| 3. Les connaissances et la pratique de l'APDD | 17 |
| 3.1. La pratique générale | 17 |
| 3.2. Analyse ciblée sur les réponses de ceux ayant déjà pratiqué l'APDD | 19 |
| 4. Freins au développement de l'APDD au CHU de Caen | 20 |
| 5. Leviers à l'utilisation de l'APDD : surveillance indispensable et formation | 21 |
| Discussion | 24 |
| 1. Analyse des résultats | 24 |
| 1.1 Objectif principal | 24 |
| 1.2 Objectifs secondaires et hypothèses | 25 |
| 2. Forces et faiblesses de l'étude | 30 |
| 3. Propositions et perspectives | 33 |
| Conclusion | 35 |
| Références bibliographiques | 36 |
| Annexes..... | 38 |
| Résumé – mots clés | |

Introduction

Aujourd'hui en France, l'analgésie péridurale (APD) fait partie intégrante de l'accompagnement de la femme lors de son accouchement. Les chiffres de l'enquête nationale de périnatalité de 2016, parus en mai 2020, révèlent que 64% des femmes souhaitaient une péridurale et 21% en envisageaient une avant leur accouchement. Finalement, ce sont 82% des femmes ayant accouché par voie basse qui ont eu une analgésie péridurale. [1]

Il existe à ce jour diverses techniques d'APD en salle de naissance : l'analgésie péridurale « classique » qui peut se faire avec des injections continues ou séquentielles (des bolus), automatisées ou à la demande de la patiente et l'analgésie péridurale déambulatoire (APDD).

L'analgésie péridurale classique impose un alitement prolongé pour permettre l'enregistrement continu du rythme cardiaque fœtal (RCF) et des constantes maternelles tout au long du travail, jusqu'à la naissance. Elle semble être un frein à la mobilisation des patientes qui réclament pourtant un retour à la physiologie. L'analgésie péridurale déambulatoire pourrait être la réponse à cette volonté.

Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Caen a été dans les premiers à mettre en place un protocole portant sur l'APDD mais son utilisation semble rare au sein de l'établissement. Des études y ont pourtant déjà été réalisées, montrant l'innocuité totale de la technique avec une augmentation significative de la satisfaction maternelle sur la prise en charge. [2] [3]

C'est ce constat paradoxal qui a motivé la mise en place de notre étude. L'objectif principal est d'évaluer les pratiques professionnelles vis-à-vis de l'APDD, en salle de naissance (SDN) au CHU de Caen. Nous avons cherché à comprendre quelles sont les habitudes des équipes et leurs raisons conduisant à proposer ou non l'APDD aux parturientes pour mettre en lumière les freins à cette pratique.

1. La prise en charge de la douleur

1.1. L'ère de l'analgésie péridurale

Les douleurs des contractions utérines sont reconnues comme étant parmi les douleurs les plus importantes ressenties par le corps humain. Les premières tentatives de soulagement chimique remontent au XIX^{ème} siècle.

En 1853, la Reine Victoria accouche sous chloroforme. L'anesthésie pour l'accouchement se développe ensuite rapidement dans le monde anglo-saxon. Son développement est plus difficile en France où l'influence de la religion est encore très forte avec la notion de devoir « enfanter dans la douleur ». [4]

En 1952 pourtant, Fernand Lamaze, médecin et chef de la maternité des Bluets publie « Qu'est-ce que l'accouchement sans douleur, par la méthode psychoprophylactique ? ». Cette méthode venue d'URSS fera rapidement ses preuves en France et formera la base de la préparation à l'accouchement. [5]

Dans les années 1980, les médecins commencent à utiliser l'APD en obstétrique. Cette technique réduit les douleurs des contractions utérines tout en laissant les femmes conscientes. [4] La péridurale devient rapidement un incontournable de l'accouchement comme le montrent les chiffres de l'enquête de périnatalité de 2016 vus plus tôt. [1]

1.2. Les controverses de l'analgésie péridurale

Malgré sa grande popularité, l'APD est également souvent critiquée depuis les années 1990, notamment en cas de mauvais déroulement de l'accouchement. Par de nombreuses études, elle est accusée de créer des dystocies de présentation et d'engagement, d'allonger le temps de travail ou encore d'augmenter le taux de césariennes et d'extractions instrumentales. [6]

Ce dernier point peut être rapproché d'une autre accusation de l'APD : la création d'un bloc-moteur, c'est-à-dire d'une perte de sensation et de mobilité du bassin et des membres inférieurs. Il impose le décubitus dorsal, supprime les sensations de poussée à l'expulsion et l'envie d'uriner. Il est également responsable d'un relâchement des muscles du plancher pelvien rendant plus difficiles les efforts expulsifs, augmentant ainsi le recours aux instruments pour la naissance.

Il est cependant important de nuancer les accusations car l'APD est régulièrement posée pour indication médicale dans des contextes pathologiques, eux-mêmes responsables d'une augmentation d'extractions instrumentales, de césariennes et de dystocies. [6]

1.3. Une volonté de retour à plus de physiologie

En salle de naissance, nous lisons un grand nombre de projets de naissance établis au cours de la grossesse traduisant une volonté d'accouchement « naturel », sans médicalisation excessive. De nombreuses femmes arrivent avec la volonté d'accoucher sans APD. Cela est généralement motivé par le souhait de pouvoir bouger sans contraintes, ne pas rester alitée et pouvoir accoucher dans la position de leur choix. Les femmes veulent être actrices de leur accouchement et pouvoir modifier son déroulement lorsque cela est possible. La mobilisation est un moyen fréquemment utilisé pour modifier la position de la tête fœtale et favoriser la descente dans l'excavation pelvienne. Les patientes désirent également sentir la descente du fœtus dans le bassin et les sensations de poussées qui y sont liées.

Lorsque les femmes sont libres de leurs mouvements et sont actrices de leur accouchement, leur satisfaction sur la prise en charge n'en est que meilleure. [7]

2. Une alternative possible : l'analgésie péridurale déambulatoire

2.1. Définitions

L'analgésie ou anesthésie péridurale est une anesthésie régionale du bassin par une injection de produits analgésiques dans l'espace péridural, en passant entre deux vertèbres. [8]

Le Larousse en ligne définit la déambulation comme une « marche, promenade, au hasard en divers sens ». [9]

L'analgésie péridurale déambulatoire est donc la possibilité de conjuguer une analgésie efficace pour soulager les douleurs des contractions et la mobilisation.

2.2. Les recommandations

Il est recommandé de surveiller l'hémodynamique de la patiente au cours de la pose de l'analgésie et tout au long du travail ensuite. L'enregistrement continu du RCF est recommandée par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) en cas d'analgésie et durant la phase active du travail. [10] Ces recommandations font écho au risque d'hypotension artérielle maternelle causée par les produits analgésiques avec un risque de ralentissement de la fréquence cardiaque fœtale et d'acidose.

2.3. La technique

L'APD est une administration d'anesthésiques locaux (AL) locaux via un cathéter laissé en place dans l'espace péri-dural. Elle peut se faire par l'administration séquentielle d'AL par l'anesthésiste à la demande de la patiente. Cette technique est peu utilisée car elle nécessite une recrudescence de la douleur et donc une insatisfaction de la parturiente mais aussi la disponibilité d'un anesthésiste pour effectuer les bolus séquentiels. La perfusion continue à l'aide d'une pompe ou seringue électrique a l'inconvénient d'entraîner une consommation importante d'AL et l'apparition d'un bloc-moteur ainsi qu'une insatisfaction des patientes. Enfin, plus récemment les modes PCEA : *patient controlled epidural analgesia* et PIEB : *programmed intermittent epidural bolus* ont montré leur intérêt.

En effet, pour permettre la déambulation, il est nécessaire de supprimer le bloc-moteur tout en conservant une analgésie suffisante garantissant le confort de la patiente. L'abord par voie péri-durale est conservé mais le cathéter est relié à une pompe programmée pour ne délivrer des bolus qu'à la demande de la patiente, dans le respect d'un intervalle déterminé par l'anesthésiste pour garantir l'innocuité et éviter le surdosage. Cela a donné naissance à la technique de PCEA. Elle permet à la patiente de trouver son niveau de confort avec la dose minimale utile, de conserver sa mobilité et ses sensations.

La technique PIEB ou *programmed intermittent epidural bolus* consiste à associer au mode PCEA un bolus intermittent programmé, par exemple toutes les heures. Cette technique permet une épargne d'AL, un moindre recours à des bolus itératifs et une meilleure satisfaction personnelle. [11]

Dans les travaux de Stalla-Bourdillon, le meilleur taux de réussite a été obtenu par l'association de Bupivacaïne 0,125% et de Sufentanil 10µg. Elle recommande également de ne pas réaliser la dose test à la Lidocaïne si l'intention de la patiente est de se mobiliser car elle est en grande partie responsable du bloc-moteur. [6] Payen et Stewart de leurs côtés, s'accordent pour dire que la Ropivacaïne ou Lévobupivacaïne diluées laissent une plus grande marge de sécurité pour la déambulation que la Bupivacaïne. Mais l'importance pour eux est la dilution : plus l'AL est dilué, moins le bloc-moteur sera présent. Pour permettre une analgésie suffisante il faut cependant y adjoindre des opioïdes liposolubles. [12] [13]

L'analgésie péridurale déambulatoire va donc utiliser la technique d'APD avec PCEA en utilisant des AL les moins concentrés possible conjugués à des morphiniques liposolubles. Ainsi, cette technique d'analgésie plus que d'anesthésie va supprimer le bloc-moteur permettant la déambulation des patientes.

2.4. Les règles à respecter [6] [11] [14]

Les contre-indications à la déambulation sont la gémellarité, un utérus cicatriciel, une présentation fœtale pelvienne, une souffrance fœtale et l'hypertension artérielle gravidique.

Les critères d'acceptation de la déambulation sous APD sont nombreux pour assurer la sécurité de la parturiente et du fœtus. Le travail doit être simple, le RCF et les contractions utérines sont surveillés au mieux par télémétrie. Avant le premier lever et après chaque bolus, la capacité à déambuler est évaluée par un test de Bromage modifié et un test de proprioception. L'administration d'AL doit être discontinuée avec le mode PCEA et l'absence d'hypotension artérielle orthostatique doit être vérifiée après chaque bolus. Un climat de confiance doit être instauré entre l'équipe médicale et la patiente. La présence d'un tiers est requise tout au long de la déambulation.

2.5. La surveillance clinique

Les études réalisées sur l'APDD s'accordent à dire qu'une surveillance particulière est nécessaire pour assurer l'innocuité de la méthode pour la femme et son enfant.

Le premier élément à surveiller est la pression artérielle. Elle est mesurée successivement dans trois positions : décubitus dorsal, assise, orthostatisme. Une

différence de pression artérielle moyenne supérieure à 20% doit être considérée comme une contre-indication temporaire au lever. [15]

Il est ensuite important d'évaluer la motricité de la patiente sous APD. Elle est évaluée par le test de Bromage en décubitus dorsal. [Annexe 1] Un score de 0 correspond à une mobilité parfaite des deux membres inférieurs (hanches, genoux, chevilles), permettant la déambulation. Puis une épreuve de flexion partielle des genoux, ou signe du tabouret, est réalisée. La patiente doit être capable de passer de la position assise à la position debout trois fois sans aide ni appui. [6]

Au CHU, la proprioceptivité est évaluée par le test de Romberg qui mesure la stabilité en position debout, pieds serrés. [Annexe 2] Une épreuve d'arthrokinésie est réalisée : visualisation de la position des membres inférieurs dans l'espace, les yeux fermés. [Annexe 3]

Une surveillance de la vigilance est également effectuée. En effet, la somnolence est considérée comme une contre-indication temporaire à la déambulation. [15]

Le premier lever est autorisé 30 minutes après l'instauration de l'analgésie et une surveillance sans particularités. En cas de nécessité d'un nouveau bolus, la réinjection se fait en décubitus dorsal. Un nouveau lever est possible après 15 à 20 minutes de surveillance d'après les travaux de Payen. [12]

2.6. L'innocuité de la déambulation

Les risques qui peuvent exister pendant la déambulation sont la chute et l'hypotension orthostatique. Le CNGOF nous décrit les différentes causes possibles d'une chute : l'hypotension artérielle, la somnolence induite par les morphiniques, le bloc-moteur et les problèmes de proprioception. [15] La littérature ne rapporte cependant qu'un seul cas de chute depuis le début des travaux sur l'APDD. [6] [12] [16] La surveillance rapprochée avant chaque lever ainsi que l'obligation d'accompagnement et les règles strictes à respecter permettent de limiter ces risques.

De plus, le risque de chute est diminué par la levée de la compression aortocave, responsable principale des hypotensions artérielles, et par la disparition du bloc-moteur grâce aux solutions diluées d'AL délivrées par bolus. [15]

Tous les travaux réalisés jusque-là s'accordent sur l'innocuité de la déambulation sous APD, autant pour la femme que pour le fœtus, si les critères de surveillance à l'induction sont respectés. [2] [3] [12] [19]

3. Les bienfaits possibles de l'analgésie péridurale déambulatoire

3.1. L'impact sur les paramètres obstétricaux

3.3.1. La durée du travail

Une des principales accusations de l'APD est d'allonger le temps de travail. Des études ont été menées sur les effets la déambulation pendant le travail, sans toujours y associer l'analgésie. Les résultats diffèrent selon les méthodes et les critères d'étude. Certains, tels que Stewart, Karraz et Flynn ont montré une diminution du temps de travail grâce à la déambulation et la mobilisation. [13] [20] [21] D'autres montrent surtout un effet sur la phase de latence, première phase du travail obstétrical : Payen et Kuczkowski s'accordent sur un raccourcissement de celle-ci. [12] [17]

L'accélération du travail par la déambulation pourrait s'expliquer par l'effet de la station verticale. En effet, par cette position, les axes de poussée des contractions utérines et de la gravité s'accordent pour accélérer la descente du fœtus dans l'excavation pelvienne. Les travaux de Payen et Kuczkowski démontrent également que la station verticale permet une augmentation de l'activité utérine et de l'intensité des contractions. [12] [17] Sachant que les contractions sont le moteur du travail obstétrical, une intensité plus importante est intéressante.

Cependant, d'autres études, telles que celles de Stalla-Bourdillon, Vallejo ou Frénéa réfutent cette hypothèse et ne démontrent aucune différence concernant le temps de travail, qu'il y ait ou non déambulation. [6] [20] [21]

3.1.2. Le mode d'accouchement

Une autre accusation de l'APD est d'augmenter le taux d'extractions instrumentales et de césarienne par la création de présentations dystociques ou d'hypoxie fœtale. Payen et Kuczkowski ont démontré qu'en plus de réduire le temps de travail, la déambulation réduit le nombre d'extractions instrumentales. [12] [17] Stewart cite Gupta qui, en 2004, a montré une diminution de 18% des extractions instrumentales grâce à l'APDD. [13]

D'un autre côté, certains n'ont trouvé aucune différence concernant le mode d'accouchement en comparant le travail en décubitus dorsal ou en déambulation. [6] [22] [23]

3.1.3. L'utilisation d'ocytocique

Le travail obstétrical peut être aidé par une perfusion d'ocytocique lorsque les contractions utérines ne sont pas suffisantes en nombre ou en intensité pour permettre la dilatation du col de l'utérus et la descente du fœtus. Les travaux de Payen et Read, repris dans un article du CNGOF, nous démontrent qu'une heure de déambulation a le même effet qu'une perfusion d'ocytocine sur la contractilité utérine. [12] [15] [24] Seuls les travaux de Karraz ne trouvent pas de différence sur l'utilisation d'ocytociques. [18] Tous les autres s'accordent à dire que la déambulation permet de diminuer l'utilisation d'ocytocique pour le travail. [6] [12] [19] [21]

3.2. L'impact sur l'état néonatal

3.2.1. Le rythme cardiaque fœtal

Le RCF est surveillé tout au long du travail, d'autant plus lorsque la patiente a recours à l'APD. Le lever, avec la disparition de la compression aorto-cave permet un meilleur débit utéro-placentaire avec une meilleure perfusion placentaire et donc une réduction du nombre d'anomalies du RCF. [12] [15] [16] [17] [19]

3.2.2. Le score d'Apgar [annexe 4]

Kuczkowski et Flynn démontrent un meilleur score d'Apgar chez les fœtus dont la mère a déambulé pendant le travail par rapport à celles restées allongées. Dans les travaux de Flynn, une différence significative est retrouvée avec un score de 8,8 en moyenne à 1 minute pour les femmes qui ont déambulé contre un score de 7,5 pour les femmes restées allongée. La différence est moins flagrante à 5 minutes avec un score de 9,9 contre 9,4 en moyenne. [17] [19]

Les études montrant ces différences reposent sur un faible nombre de patientes : 34 dans chaque groupe pour les travaux de Flynn. D'autres études ne retrouvent pas ces différences. C'est le cas de Payen et Collis ainsi que le Docteur Jacob-Bordereau au CHU de Caen lors de son étude menée en 2014. [3] [12] [23]

3.3. L'impact sur les paramètres anesthésiques

3.3.1. *Réduction de la compression aorto-cave*

L'APD classique impose le décubitus dorsal aux patientes. Dans cette position, l'utérus gravide entraîne une compression de l'aorte et de la veine cave inférieure sur la colonne vertébrale mais aussi des artères utérines. En permettant la station verticale, l'APDD entraîne la levée de cette compression, donc un meilleur retour veineux, une meilleure perfusion placentaire avec amélioration du débit utéro-placentaire et ainsi une meilleure activité utérine.

Cela a de nombreux effets positifs sur le déroulé du travail. Stewart nous démontre qu'un meilleur retour veineux entraîne moins d'hypotension maternelle. [13] Une meilleure activité utérine est synonyme de contractions plus efficaces. Selon Payen, une meilleure perfusion placentaire n'est pas liée à une amélioration du score d'Apgar à la naissance mais Kuczowski nous montre le contraire. [12] [17]

3.3.2. *Diminution du risque thrombo-embolique*

La grossesse est une période à fort risque thromboembolique par l'état d'hypercoagulabilité, le mauvais retour veineux lié à la compression des vaisseaux par l'utérus gravide et les lésions des parois endothéliales. L'accouchement est tout particulièrement à risque, notamment lorsque la patiente reste alitée tout le long. Nous savons qu'il faut au minimum cinq pas pour activer la pompe surale et permettre le retour veineux. La déambulation sous APD permettrait donc naturellement de diminuer le risque thromboembolique en favorisant le retour veineux des membres inférieurs. [15] [16]

3.3.3. *Réduction des complications nerveuses du post-partum*

Par la disparition du bloc-moteur et la capacité de bouger les jambes, la patiente va éviter les attitudes vicieuses pourvoyeuses de lésions nerveuses, comme typiquement la position tailleur. De même, une malposition sur les étriers lors de la phase expulsive pourra être corrigée par la patiente elle-même selon son ressenti et ainsi éviter des complications nerveuses.

3.3.4. Favorise les mictions spontanées

Sous APD, il est fréquent que les patientes ne ressentent pas le besoin d'uriner. Nous avons recours à des sondages urinaires réguliers pour éviter une distension vésicale trop importante et laisser la place à la présentation de descendre dans le bassin.

Avec la levée du bloc-moteur dans l'APDD, les patientes conservent toutes les sensations dont celle de devoir uriner. Cela entraîne une réduction du nombre de sondages vésicaux. C'est un confort pour la patiente lors de son travail, permettant une plus grande autonomie et ainsi une meilleure satisfaction.

Au-delà de cet aspect, nous observons une diminution des complications urinaires en post-partum. Comme Weiniger l'a démontré, la miction spontanée est plus efficace qu'un sondage vésical : le volume résiduel post-miction est plus faible. Les infections urinaires du post-partum sont causées par une mauvaise vidange de la vessie et l'apport possible de germes lors du sondage vésical, qui reste un geste invasif. Une augmentation des mictions spontanées lors de l'accouchement est alors synonyme d'une réduction des complications urinaires dans le post-partum. [25]

3.4. L'impact sur le vécu de l'accouchement

3.4.1. Diminution de la douleur

Dans de nombreux travaux, nous retrouvons une différence dans les quantités d'AL pour obtenir une analgésie suffisante pour les patientes. Frénéa montre une différence de 2mg/h dans la consommation de Bupivacaïne : le groupe « décubitus » a eut besoin de 8,4mg/h d'AL contre 6,4mg/h dans le groupe « déambulation ». [21] Payen démontre que, même sans analgésie, la déambulation permet à la patiente de mieux supporter les contractions utérines. [12] Depuis le début des recherches sur l'APDD, Collis a été le seul à ne montrer aucune différence entre ses deux groupes d'étude. [23] La déambulation peut être considérée comme une distraction de la douleur.

La diminution des doses d'AL est également liée à la technique. En effet, la PCEA permet à la patiente de choisir de niveau de sensations qu'elle souhaite. Généralement, les femmes choisissent de sentir les contractions et la progression de leur enfant ce qui induit des doses plus faibles.

3.4.2. Une plus grande autonomie

L'APDD permet à la femme de conserver une plus grande autonomie durant son accouchement. La disparition du bloc-moteur lui permet d'être libre de ses mouvements. Elle peut choisir la position qui lui est confortable et en changer quand bon lui semble. La technique de la PCEA permet à la patiente de choisir son niveau de confort et les sensations qu'elle souhaite conserver ou non. Elle peut ainsi conserver les sensations de poussée, l'envie d'uriner et la capacité de se rendre aux toilettes pour ne pas avoir recours aux sondages évacuateurs effectués par les sages-femmes (SF). Par ces quelques éléments, elle peut gérer son accouchement et se sent plus actrice du travail. Cette autonomie conservée est le point commun entre toutes les études réalisées sur l'APDD. Elle est le garant d'une amélioration de la satisfaction des patientes concernant leur analgésie et leur prise en charge en salle de naissance. [3, 6, 12, 13, 15, 16, 17, 26, 27]

3.4.3. L'augmentation des sensations de poussées

Le bloc-moteur ne supprime pas que les sensations dans les membres inférieurs. Celles du bassin sont également atténuées voire effacées. Les patientes ne ressentent donc plus le fœtus qui progresse et les sensations de poussée au moment de l'expulsion. Les dosages compatibles avec la déambulation permettent de conserver toutes ces sensations. Cela contribue énormément au vécu de l'accouchement : les femmes ressentent le travail qui avance et savent quand le moment de l'expulsion est arrivé. Ce sont alors elles qui savent quand la naissance va arriver, ce n'est pas le professionnel de santé qui dicte quand pousser.

3.4.4. L'implication de l'accompagnant

Un des critères pour permettre la déambulation est la présence d'un accompagnant. Généralement, cette personne se trouve désorientée et ne sait pas comment aider la femme en travail. Dans l'APDD, elle a un rôle à jouer en étant impliquée dans la surveillance et en aidant à la mobilisation. Cet aspect participe à la satisfaction de la femme enceinte sur sa prise en charge.

L'APDD a un impact limité sur les paramètres obstétricaux, anesthésiques et néonataux, tout en restant sans danger pour la femme et l'enfant. Son véritable point fort est de permettre une plus grande autonomie pour la patiente et d'offrir un rôle à

l'accompagnant. Ces derniers arguments sont garants d'une meilleure satisfaction de la femme et du couple sur l'analgésie et la prise en charge de l'accouchement. Malgré les faibles effets sur le reste de la prise en charge, l'APDD devrait être proposée à chaque femme ne présentant pas de contre-indication pour lui assurer le meilleur vécu possible de son accouchement. Au CHU, un protocole existe depuis 2014 mais il semblerait que l'APDD ne soit pas régulièrement proposée aux patientes. Nous nous sommes interrogées sur les pratiques et les connaissances vis-à-vis de cette technique afin de mettre en lumière les freins à une plus large utilisation.

Objectifs et hypothèses

1. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les pratiques professionnelles vis-à-vis de l'APDD en salle de naissance au CHU de Caen. Par cette étude, nous souhaitons également comprendre quels sont les freins à une large utilisation de l'APDD au CHU de Caen.

2. Hypothèses

Nous avons trois hypothèses de départ. En premier lieu, nous avons pensé à une méconnaissance de la pratique par les parturientes qui ne demandent alors pas cette aide lors de leur accouchement. Ensuite, nous avons pensé que ce manque de pratique de l'APDD pouvait émaner des professionnels qui ne proposent pas cette technique d'analgésie ; peut-être par manque de connaissances sur la technique, de temps, de moyens ou d'un assemblage de ces éléments. Notre dernière hypothèse était que la mise en pratique de la technique est trop difficile car elle demande une plus grande surveillance que l'APD classique ainsi que la nécessité d'un accompagnement constant et rapproché durant tout le temps de la déambulation.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective sur l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) menée au CHU de Caen dans le but d'analyser l'utilisation de l'analgésie péridurale déambulatoire en salle de naissance.

1. Critères d'inclusion et d'exclusion

La population ciblée comprenait les sages-femmes diplômées (SF), les médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR), les internes en anesthésie-réanimation et les infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADE). Il fallait prendre ou avoir pris des gardes en salle de naissance au CHU de Caen et être acteur dans l'installation de l'analgésie péridurale.

Ont été exclus les étudiants et toute personne refusant de participer à l'étude.

2. Nombre de sujets

L'enquête était destinée à l'ensemble du personnel acteur de la mise en place de l'APDD. 41 sages-femmes, 33 médecins anesthésistes-réanimateurs, 36 internes en anesthésie-réanimation et 50 infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat ont été contactés, soit 160 personnes.

3. Support

L'enquête a été réalisée sous la forme d'un questionnaire anonyme. Il a été créé en ligne sur la plateforme LimeSurvey. Un lien d'accès a été envoyé par mail au personnel concerné par l'étude. [Annexe 5]

4. Durée

Le questionnaire a été diffusé pour la première fois en octobre 2021. Des relances ont été effectuées jusqu'en février 2022. L'accès au questionnaire a été fermé en mars 2022. L'enquête s'étend donc sur 5 mois.

5. Lieu

L'enquête concernait le personnel travaillant en salle de naissance au CHU de Caen.

6. Outils de recueil des données

Les données ont été recueillies à partir des questionnaires diffusés par mail aux professionnels de salle de naissance du CHU de Caen. 81 questionnaires ont pu être exploités. Les critères étudiés sont :

- 1/ les caractéristiques de la population ;
- 2/ les connaissances sur les effets de la déambulation pendant le travail ;
- 3/ les connaissances et la pratique de l'APDD ;
- 4/ les freins au développement de l'APDD au CHU de Caen ;
- 5/ les leviers à l'utilisation de l'APDD : surveillance indispensable et formation.

7. Accords obtenus préalablement à la mise en place de l'étude

Afin de mettre en place notre étude, il a fallu demander l'accord du Comité Local d'Ethique de la Recherche en Santé (CLERS). Nous avons obtenu un avis favorable le 28 Juin 2021. [Annexe 6]

La diffusion du questionnaire a été soumise à l'autorisation du Professeur Dreyfus, chef du service de gynécologie-obstétrique, de Madame Annie Letardif, sage-femme coordinatrice, et de Madame Chloé Leroux, sage-femme cadre de salle de naissance.

Nous avons également obtenu l'accord de la direction des soins pour permettre la diffusion du questionnaire aux IADE.

8. Analyse des données

Les questionnaires incomplets n'ont pas été pris en compte dans l'analyse des résultats.

L'analyse des données a été réalisée sur le logiciel Microsoft Excel 2020 ainsi que sur la plateforme LimeSurvey.

9. Analyse statistique

Les analyses descriptives ont été réalisées grâce au logiciel Microsoft Excel 2020.

Les tests statistiques ont été réalisés grâce aux logiciels JASP et BiostatGV. Le test du Chi² a été utilisé pour les comparaisons lorsque les effectifs théoriques étaient supérieurs à 5, sinon le test de Fischer a été appliqué. Les données étaient significatives si p était <0,05.

Résultats

1. Caractéristiques de la population

115 personnes sur les 160 ciblées ont rempli le questionnaire avec 81 réponses complètes qui ont pu être analysées.

Tableau I : Description de l'échantillon

| | Effectifs (proportion) n (%) |
|---|---------------------------------|
| Profession : (n=81) | |
| <input type="checkbox"/> Sage-femme | 19 (24) |
| <input type="checkbox"/> Médecin anesthésiste-réanimateur | 13 (16) |
| <input type="checkbox"/> Interne anesthésiste-réanimateur | 17 (21) |
| <input type="checkbox"/> Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat | 32 (39) |
| Genre : (n=81) | |
| <input type="checkbox"/> Homme | 33 (41) |
| <input type="checkbox"/> Femme | 48 (59) |
| Tranches d'âge : (n=81) | |
| <input type="checkbox"/> 20 – 30 ans | 15 (19) |
| <input type="checkbox"/> 30 – 40 ans | 39 (48) |
| <input type="checkbox"/> 40 – 50 ans | 22 (27) |
| <input type="checkbox"/> 50 – 60 ans | 5 (6) |
| Lieux d'exercice, <i>plusieurs réponses possibles</i> (n = 111) | |
| <input type="checkbox"/> Centre Hospitalier Universitaire | 81 (100) |
| <input type="checkbox"/> Centre Hospitalier Général | 22 (27) |
| <input type="checkbox"/> Centre Hospitalier Privé | 6 (7) |
| <input type="checkbox"/> Structure libérale | 2 (2) |
| Expérience : (n=81) | |
| <input type="checkbox"/> < 5ans | 32 (39) |
| <input type="checkbox"/> Entre 5 et 10 ans | 17 (21) |
| <input type="checkbox"/> Entre 10 et 20 ans | 24 (30) |
| <input type="checkbox"/> > 20 ans | 8 (10) |

La population étudiée est représentée majoritairement par les IADE (39%) puis les SF (24%) puis par les internes anesthésistes-réanimateurs et les MAR (21% et 16% respectivement). Les femmes sont plus représentées que les hommes (59% contre 41%). La tranche d'âge la plus représentée est celle des 30 – 40 ans (48%).

Concernant les lieux d'exercice, plusieurs réponses pouvaient être cochées. Nous avons alors 111 réponses pour 81 personnes. 100% des professionnels interrogés travaillent ou ont travaillé en Centre Hospitalier Universitaire, 27% en Centre Hospitalier Général, 7% en Centre Hospitalier Privé et 2% en structure libérale. Parmi les 81 professionnels, 77 ont été formés à Caen, les 4 autres ont été formés à Toulouse, Rennes, Lille ou Grenoble.

Une expérience inférieure à 5 années est constatée chez 39% de la population, 21% ont entre 5 et 10 années d'exercice, 30% entre 10 et 20 années, 10% ont plus de 20 années de carrière.

2. Connaissances sur les effets de la déambulation pendant le travail sous analgésie péridurale

Nous avons demandé aux professionnels de donner leur avis sur les bénéfices généralement accordés à l'APDD. Ils ont noté de un à cinq chaque élément : de pas d'effet selon eux à effet important selon eux. Les figures 1, 2, 3 et 4 représentent le nombre de réponses pour chaque note à propos de chaque élément.

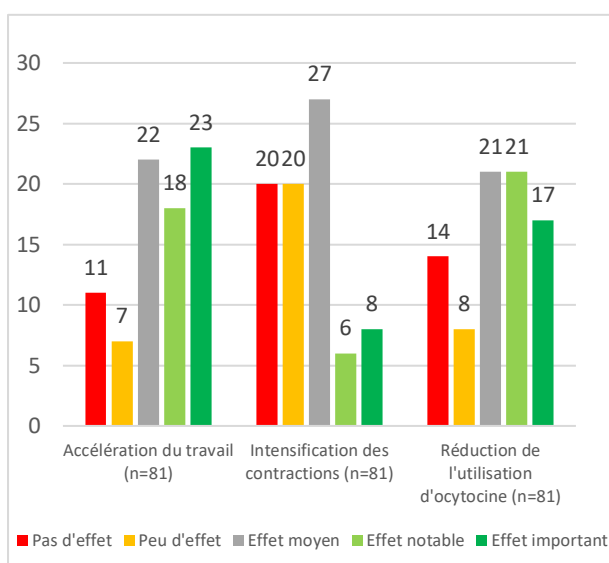


Figure 1 : Effets de l'analgésie péridurale sur le travail

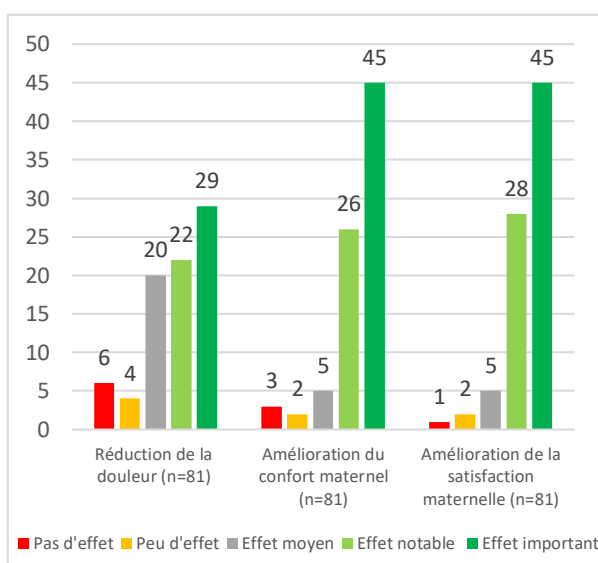


Figure 2 : Effets de l'analgésie péridurale déambulatoire sur le vécu de l'accouchement

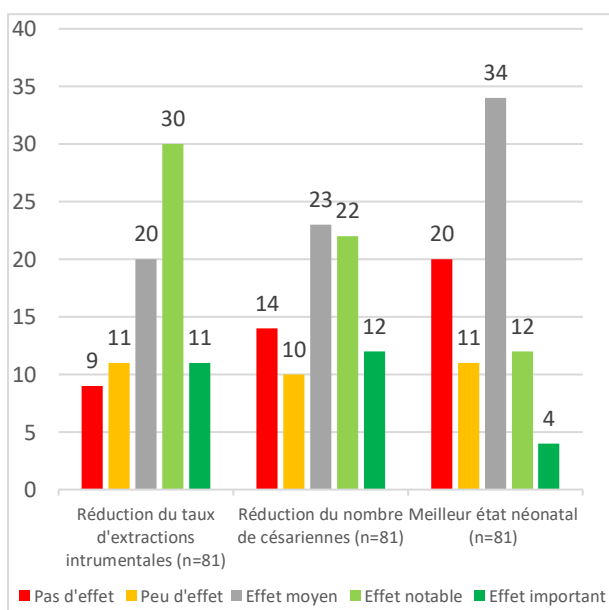


Figure 3 : Effets de l'analgésie péridurale déambulatoire sur l'enfant et la naissance

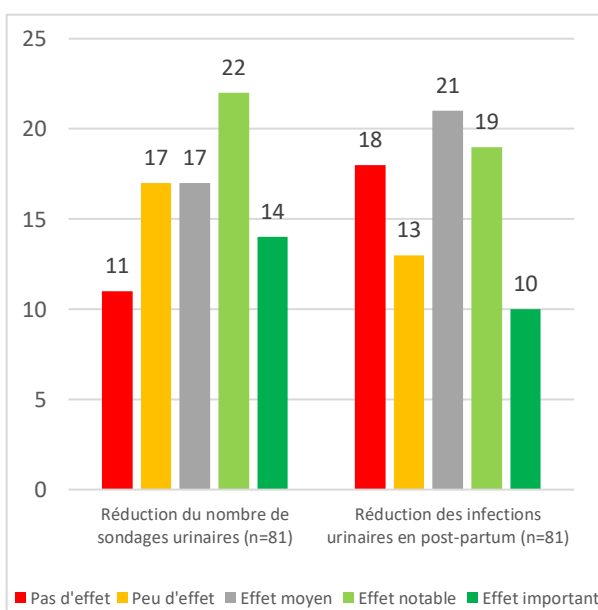


Figure 4 : Effets de l'analgésie péridurale déambulatoire sur le confort mictionnel

D'après les figures 1 et 2, nous constatons que les personnes interrogées donnent un effet important de la déambulation sur l'amélioration de la satisfaction et du confort maternel ainsi que sur la réduction de la douleur et l'accélération du travail. Par contre, un effet moyen sur l'intensification des contractions et un effet moyen et notable sur la réduction de l'utilisation d'ocytocine sont décrits. La figure 3 montre que les personnes interrogées estiment que l'effet est moyen concernant un meilleur état néonatal et une réduction du nombre de césariennes et un effet notable sur la réduction du taux d'extractions instrumentales. Enfin, la figure 4 montre un effet estimé notable sur la réduction du nombre de sondages urinaires et un effet moyen sur une réduction des infections urinaires en post partum.

3. Les connaissances et la pratique de l'APDD

3.1. La pratique générale

Tableau II : Connaissances et pratique générale de l'analgésie péridurale déambulatoire

| | | Effectif (proportion) n (%) Avec n=81 |
|---|------------|---|
| Avez-vous connaissance du protocole d'APDD* existant au CHU de Caen ? | Oui | 48 (59) |
| | Non | 33 (41) |
| Avez-vous eu une formation sur cette technique d'analgésie ? | Oui | 22 (27) |
| | Non | 59 (73) |
| Evoquez-vous l'APDD* pendant les consultations pré-partum ? | Oui | 8 (10) |
| | Non | 73 (90) |
| Evoquez-vous l'APDD* en salle de naissance ? | Oui | 19 (23) |
| | Non | 62 (77) |
| Avez-vous déjà pratiqué une APDD* au CHU de Caen ? | Oui | 28 (35) |
| | Non | 53 (65) |

*APDD : Analgésie Péridurale Déambulatoire

Le tableau II montre que 59% de la population étudiée connaît le protocole d'APDD existant au CHU et que 27% ont eu une formation sur le sujet. Elle est évoquée par 10% des professionnels au cours des consultations prénatales et par 23% en SDN. Vingt-huit professionnels ont déjà pratiqué au moins une APDD au CHU de Caen.

La raison principale de ne pas mentionner l'APDD au cours des consultations prénatales, toutes professions confondues, est la méconnaissance de la technique. La deuxième raison évoquée par tout le monde est la méconnaissance de la possibilité de réaliser une APDD au CHU de Caen. Le manque de temps au cours de la

consultation est une raison courante pour les MAR et internes anesthésistes-réanimateurs. Le fait que les patientes ne l'abordent pas en est une pour les SF.

Seuls les anesthésistes abordent l'APDD en consultation prénatale, au cours de la consultation pré anesthésique. Plusieurs réponses étaient possibles : pour la majorité, cela fait partie de leur discours habituel de présentation des techniques et pour trois d'entre eux, la technique est abordée si la patiente l'évoque.

Au niveau de la SDN, la méconnaissance de la possibilité de faire une APDD au CHU ainsi que la méconnaissance de la technique en elle-même sont les raisons qui reviennent le plus souvent, toutes professions confondues. Du côté anesthésie, le manque de temps et de matériel pour la surveillance revient régulièrement. Les SF pensent à un « flou relatif à la responsabilité de la surveillance ». Les IADE estiment que ce n'est « pas leur rôle d'en parler », les SF non plus.

Le tableau III regroupe les analyses statistiques effectuées pour comprendre les interférences entre chaque élément dans la pratique de l'APDD.

Tableau III : Analyse statistique des données sur la pratique générale de l'analgésie péridurale déambulatoire

| <i>Profession</i> | | <i>SF¹</i> <i>n(%)</i> | <i>MAR²</i> <i>n(%)</i> | <i>Interne</i> <i>MAR²</i> <i>n(%)</i> | <i>IADE³</i> <i>n(%)</i> | <i>p</i> |
|--|-----|--------------------------------------|---|---|--|------------------|
| Connaissance du protocole : | Oui | 17 (90) | 6 (46) | 7 (41) | 18 (56) | 0,015 |
| | Non | 2 (10) | 7 (54) | 10 (59) | 14 (54) | |
| Formation en fonction de la profession : | Oui | 4 (21) | 5 (38) | 6 (35) | 7 (22) | 0,528 |
| | Non | 15 (79) | 8 (62) | 11 (65) | 25 (78) | |
| Mention de l'APDD ⁴ en consultation prénatale : | Oui | 0 (0) | 2 (15) | 5 (29) | 1 (3) | 0,01 |
| | Non | 19 (100) | 11 (85) | 12 (71) | 31 (97) | |
| Mention de l'APDD ⁴ en SDN ⁵ : | Oui | 9 (47) | 3 (23) | 3 (18) | 4 (12) | 0,037 |
| | Non | 10 (53) | 10 (77) | 14 (82) | 28 (88) | |
| Pratique de l'APDD ⁴ : | Oui | 15 (79) | 3 (23) | 1 (6) | 9 (28) | <0,001 |
| | Non | 4 (21) | 10 (77) | 16 (94) | 23 (72) | |
| Années d'expérience | | | | | | |
| | | <i><5 ans</i> <i>n(%)</i> | <i>Entre 5 et</i> <i>10 ans</i> <i>n(%)</i> | <i>Entre 10 et</i> <i>20 ans</i> <i>n(%)</i> | <i>>20 ans</i> <i>n(%)</i> | <i>p</i> |
| Pratique de l'APDD ⁴ au CHU de Caen : | Oui | 4 (12) | 4 (24) | 16 (67) | 4 (50) | <0,001 |
| | Non | 28 (88) | 13 (76) | 8 (33) | 4 (50) | |
| Connaissance du protocole | | | | | | |
| | | <i>Oui n(%)</i> | | <i>Non n(%)</i> | | <i>p</i> |
| Pratique de l'APDD ⁴ : | Oui | 25 (52) | | 3 (9) | | <0,001 |
| | Non | 23 (48) | | 30 (91) | | |

¹ : sage-femme ; ² : médecin anesthésiste-réanimateur ; ³ : infirmier diplômé d'Etat ; ⁴ : analgésie péridurale déambulatoire ;

⁵ : salle de naissance

A travers le tableau III, nous avons pu montrer une différence significative avec un $p < 0,05$ concernant différentes données.

En effet, la profession a impacté les données étudiées puisque la connaissance du protocole d'APDD est représentée par les SF, de même que la mention de l'APDD en consultation prénatale est faite essentiellement par les internes en anesthésie-réanimation. Les SF ont été également celles qui mentionnent l'APDD en SDN et celles qui la pratiquent de façon clairement significative par rapport aux autres professions étudiées.

Nous avons pu montrer également à travers ce tableau, que les années d'expérience ont influencé la pratique de l'APDD avec une expérience entre 10 et 20 ans retrouvée de manière significative ($p < 0,001$). De même que la connaissance du protocole d'APDD a permis la pratique de l'APDD ($p < 0,001$).

3.2. Analyse ciblée sur les réponses de ceux ayant déjà pratiqué l'APDD

Parmi le personnel interrogé, 28 personnes ont déjà pratiqué au moins une APDD. Douze l'ont fait en réponse à la demande de la patiente, 16 l'ont proposé à la patiente. D'autres raisons sont revenues : participation à une étude randomisée d'interne, à la demande de la sage-femme ou pour aider le MAR.

Au sujet du nombre d'APDD pratiqué, hormis des extrêmes à 60 ou 40 APDD pratiquées, le nombre s'étend plutôt entre 1 et 10. La moyenne est de 9,57 avec un écart-type de 41.

Nous avons demandé à chaque professionnel ayant déjà pratiqué au moins une APDD de noter son ressenti pour la mise en place et l'accompagnement et son degré de sérénité à laisser la patiente déambuler. La figure 5 regroupe leurs réponses.

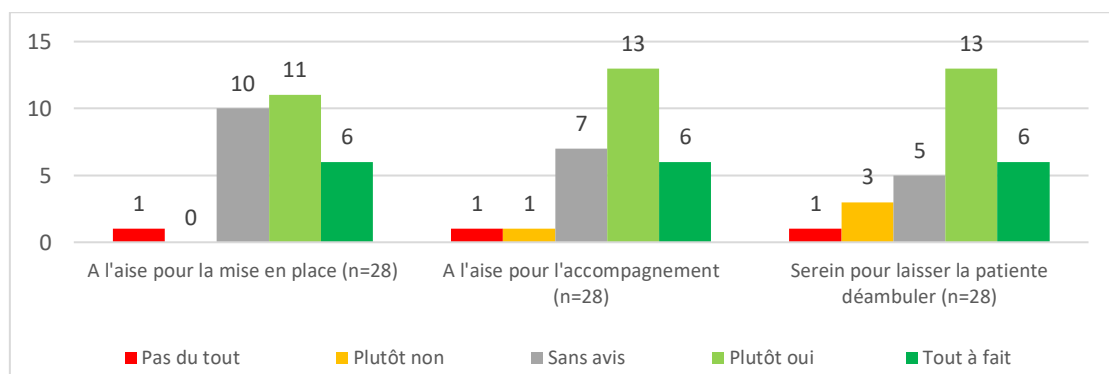


Figure 5 : Ressenti des professionnels face à une analgésie péridurale déambulatoire

Parmi les 16 SF ayant déjà pratiqué au moins une APDD, 12 ont remarqué une différence par rapport à une APD classique. Les différences observées sont majoritairement l'amélioration du vécu de l'accouchement, du confort et de la satisfaction de la patiente sur sa prise en charge. Les femmes se mobilisent de façon plus spontanée. La participation du conjoint est également un point fort selon eux. Certains ont constaté une accélération de la dilatation ou un engagement plus rapide.

4. Freins au développement de l'APDD au CHU de Caen

Une question interrogeait sur les freins possibles à une large utilisation de l'APDD. Il était demandé aux professionnels de donner leur avis par une note allant de un, « pas du tout d'accord » (ce n'est pas un frein), à cinq, « tout à fait d'accord » (c'est un vrai frein). La figure 6 regroupe les réponses à chaque élément.

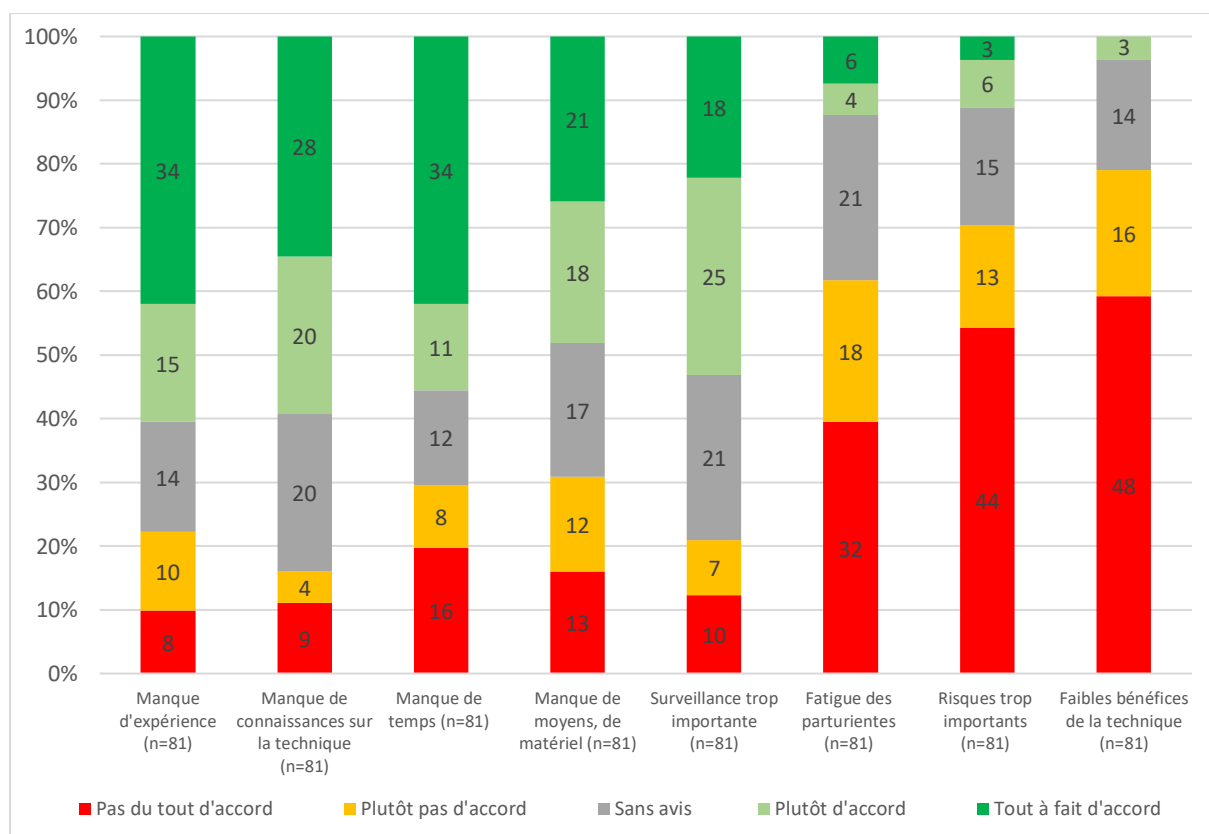


Figure 6 : Avis des professionnels sur les freins à la pratique de l'analgésie péridurale déambulatoire au CHU de Caen

Cette figure met en évidence que les professionnels interrogés estiment que le manque d'expérience (34%), le manque de temps (34%) et le manque de connaissance (28%) sont les principaux freins à la pratique de l'APDD, suivi du manque de moyens (21%). Ils s'accordent aussi sur la surveillance trop importante. Par contre, la fatigue des parturientes, les risques trop importants et les faibles bénéfices de la technique ne sont pas considérés comme des freins importants.

Une question ouverte a permis de soulever d'autres freins. Au niveau des sages-femmes, différents aspects sont évoqués : « un temps d'attente trop long entre bolus et lever », un « manque d'habitude dans les services plus qu'un manque d'expérience », le souhait des patientes de « ne plus bouger une fois soulagées » et le fait que le sujet ne soit pas abordé en consultation pré-anesthésique.

Les MAR, les internes et les IADE s'accordent sur trois freins non évoqués dans le questionnaire : un « manque de communication et de collaboration entre les équipes » avec un « manque de motivation » ainsi qu'un « manque de personnel ».

Les MAR évoquent également d'autres aspects plus techniques : « le risque de mobilisation du cathéter de péridurale » et une « pose trop tardive de l'analgésie ».

5. Leviers à l'utilisation de l'APDD : surveillance indispensable et formation

Cette partie du questionnaire était composée de trois questions ouvertes :

- Quelle surveillance vous semble indispensable pour une analgésie péridurale déambulatoire ?
- Quel(s) élément(s) peut/peuvent vous empêcher de proposer une analgésie péridurale déambulatoire à une patiente ?
- Selon vous, comment pourrions-nous faciliter son utilisation ?

Les professionnels s'accordent sur les éléments indispensables de la surveillance de l'APDD. Revient le plus souvent la surveillance de la stabilité hémodynamique de la patiente avec prise de la tension artérielle régulièrement et vérification continue de la fréquence cardiaque et de la saturation en oxygène. En second, est évoquée la surveillance de la sensibilité et de la mobilité des membres inférieurs, notamment avec

le score de Bromage cité de nombreuses fois. Selon les MAR, cette vérification doit être faite après chaque bolus. Les SF pensent ensuite à la surveillance du RCF qui doit être continue. Les MAR et les IADE l'évoquent mais la surveillance de la douleur, de l'efficacité et de la tolérance de l'APDD revient plus souvent dans leurs réponses. Enfin, tous s'accordent sur la nécessité d'un accompagnement tout au long de la déambulation. Les MAR évoquent un accompagnement par un professionnel au moment du premier lever puis par la personne accompagnante par la suite.

Les éléments pouvant empêcher les professionnels de proposer une APDD peuvent être classés en trois catégories : aspect technique, aspect humain et aspect médical.

Dans l'aspect technique, nous retrouvons la méconnaissance de la technique en elle-même, une surcharge de travail en SDN avec un « manque de personnel disponible pour la surveillance », un « matériel non adapté à la déambulation » (exemples venant des réponses : scope ou monitoring non filaires) et un « RCF difficile à enregistrer ».

Dans l'aspect humain, nous retrouvons une « incompréhension de la patiente », « une fatigue trop importante avec un manque de motivation » et un « refus de la déambulation » ainsi qu'une « absence d'accompagnement » ou une « incompréhension du rôle d'accompagnant ».

Dans l'aspect médical, nous notons la présence d'un bloc-moteur, une « douleur non contrôlée nécessitant des bolus rapprochés » ou un « travail trop avancé », l'hypotension artérielle, des anomalies du RCF, une grossesse non physiologique (exemples venant des réponses : présentation pelvienne, grossesse gémellaire, macrosomie fœtale...).

Selon les professionnels, l'élément principal pouvant faciliter l'utilisation de l'APDD est la formation des équipes. Il est important pour tous de « motiver et impliquer tous les professionnels dans la surveillance ». Le second élément le plus fréquemment retrouvé est l'information des patientes lors des consultations prénatales : consultations pré-anesthésiques et séances de préparation à la naissance. D'autres éléments reviennent dans toutes les professions : instauration d'un « protocole clair disponible pour tous », « plus d'effectif en salle de naissance » et « plus de matériel adapté à la déambulation ».

Les SF pensent à une réduction du temps entre un bolus et le lever ou à autoriser les bolus pendant la déambulation. Certains MAR et internes pensent à la formation de la personne accompagnante pour la surveillance des levers, d'autres à une salle commune de déambulation permettant une surveillance globale des patientes. Les IADE pensent à la collaboration et communication entre les équipes pour faciliter la surveillance.

La dernière question interrogeait sur l'intérêt des professionnels pour une formation. Soixante-huit ont répondu positivement, cela correspond à 84% de la population d'étude. Parmi les autres, 7 ont répondu négativement et 6 ont déjà eu une formation.

Discussion

1. Analyse des résultats

1.1 Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les pratiques professionnelles vis-à-vis de l'analgésie péridurale déambulatoire au CHU de Caen. Nous avons voulu comprendre quelles sont les habitudes des équipes et les raisons qui les conduisent à pratiquer ou non cette technique d'analgésie.

Nous constatons que 59% des personnes interrogées connaissent le protocole mais seulement 27% ont eu une formation. Quatre-vingt-dix pour cent de la population ne l'évoquent pas en consultations prénatales et 77% ne l'évoquent pas en salle de naissance face à une patiente souhaitant une analgésie. Que ce soit lors des consultations prénatales ou en salle de naissance, une raison principale ressort des réponses données par les professionnels : le manque de connaissances sur la technique. De plus, nombreux sont ceux qui écrivent ne pas savoir pas que les patientes peuvent bénéficier de l'APDD au CHU de Caen.

Parmi les 81 personnes qui ont répondu, seules 28 ont déjà pratiqué l'APDD au CHU de Caen. Un MAR en a fait 60, trois SF en ont fait 30 à 40. Mais la majorité en compte entre 1 et 10 au cours de leur carrière. Nous pouvons affirmer que ces chiffres sont très faibles au regard de la quantité de patientes bénéficiant d'une analgésie au cours de leur accouchement au CHU de Caen. Effectivement, au cours de l'année 2021, 2286 des 3229 accouchements ont lieu avec une analgésie péridurale. Cela correspond à un taux de 70,8% d'APD sur cette année. Les chiffres étaient similaires en 2020 avec un taux de 71,5% d'accouchement sous APD.

Ensuite, nous constatons que ce sont majoritairement ceux qui ont plus de 10 années d'expérience qui en ont pratiqué. L'expérience a un effet significatif sur la pratique de l'APDD en elle-même mais aussi sur le nombre pratiqué. Par exemple, le MAR qui en a fait 60 a plus de 20 ans d'expérience.

Pour la majeure partie, la déambulation s'est mise en place après l'avoir proposée à la patiente en salle de naissance. Seulement quelques-uns l'ont fait à la suite d'une demande de la patiente. Cela répond au passage à notre première hypothèse qui était

que l'APDD est peu pratiquée car peu demandée par les patientes qui ne connaissent pas cette technique d'analgésie. De plus, très peu de professionnels évoquent cette technique au cours de la grossesse : 2 MAR, 5 internes anesthésistes-réanimateurs et 1 IADE disent l'aborder. Même si aujourd'hui les patientes ont de nombreuses sources d'informations grâce aux réseaux sociaux, aux médias et autres, les consultations prénatales restent pour beaucoup la première source d'informations sur la grossesse et l'accouchement. Les femmes sont alors peu nombreuses à connaître cette possibilité et à pouvoir la demander à l'arrivée en salle de naissance.

Ensuite, il existe un effet de masse chez les SF qui gonfle les chiffres. Parmi les 19 réponses de SF, 17 connaissent le protocole (90%) alors que quatre ont été formés (21%) et 15 ont pratiqué au moins une APDD dans leur carrière (79%). Comparativement, les MAR et internes sont 69 mais 13 connaissent le protocole (43%), 11 ont été formés (37%) et 4 en ont déjà pratiqué (13%). Le protocole instauré à Caen vaut pour toutes les APD posées, c'est-à-dire que n'importe quelle patiente sous APD pourrait déambuler. Il est possible de penser que les MAR posent une APD sans qu'il y ait un souhait de déambulation à l'origine. Les SF, connaissant le protocole et la surveillance nécessaire, peuvent la proposer plus tard dans le travail et réaliser la surveillance des levers sans demander l'aide des MAR. Le test de Chi² affirmant que les SF font significativement plus d'APDD que les autres professions appuie cette hypothèse. (cf. Tableau III)

Nous constatons donc que l'APDD est très peu pratiquée au CHU de Caen malgré un taux important de patientes accouchant sous analgésie péridurale. Elle est également absente des informations données lors des consultations prénatales ou lors de l'arrivée en salle de naissance. Les raisons principales de ce manque de pratique sont la méconnaissance de la technique et le manque d'information, auprès des professionnels, sur la possibilité de la pratiquer dans notre service.

1.2 Objectifs secondaires et hypothèses

Notre deuxième objectif était en lien avec notre deuxième hypothèse. Nous imaginions que le manque de pratique de l'APDD pouvait émaner des professionnels de santé. Pour cela, il était important de comprendre quels sont les freins à l'utilisation de cette technique.

Afin de les recenser, le questionnaire proposait huit éléments que nous imaginions comme potentiellement bloquant dans la mise en œuvre de l'APDD. Les professionnels devaient accorder une note allant de 1 à 5, de « ce n'est pas du tout un frein » à « c'est un vrai frein », pour chacun des éléments. A la suite, une question ouverte permettait aux professionnels de citer des freins auxquels nous n'aurions pas pensé.

La littérature est ambivalente quant aux effets de l'APDD sur le travail obstétrical. Payen, dans son article Déambulation pendant le travail, a montré un raccourcissement de la phase de latence avec une augmentation de l'intensité des contractions utérines. [12] Mais Vallejo, dans son article Effect of Epidural Analgesia with Ambulation on Labor Duration, n'a pas décrit de modifications du temps de travail ou de l'intensité des contractions que ce soit avec une analgésie péridurale classique ou celle permettant la déambulation. [20] Cependant, les SF ayant accompagné des parturientes bénéficiant d'une APDD rapportent de réelles différences par rapport à une APD classique et notamment une impression d'accélération du travail et de descente plus rapide de la présentation dans le bassin.

Cette dualité se retrouve également au niveau néonatal. Toujours dans le même travail, Payen ne montre pas d'amélioration de l'état néonatal. [12] Cependant Flynn, dans Ambulation in labour, montre une amélioration significative du score d'Apgar avec en moyenne un point de plus par rapport à un enfant dont la mère n'a pas déambulé pendant le travail. [19] Toutefois, c'est un effet qui n'est jamais cité par les personnes interrogées ayant accompagné un travail avec déambulation.

Nous avons pensé que cette ambivalence des études pouvait empêcher les professionnels de proposer l'APDD : pourquoi s'imposer une surveillance plus lourde, demandant plus de temps, pour ne pas être sûr de trouver une réelle amélioration ? Mais cela ne semble pas être le problème à l'utilisation de l'APDD au CHU comme le montre la figure 6. Les faibles bénéfices de la technique ainsi que la fatigue des parturientes et les risques trop importants ne sont pas considérés comme des freins majeurs. Par contre, le manque d'expérience (34%), le manque de temps (34%) et le manque de connaissance sur la technique (28%) sont les éléments ayant été considérés comme les plus entravant à la pratique, suivi du manque de moyens (21%). Les professionnels s'accordent aussi sur une surveillance trop importante, nous

reviendrons plus tard sur les éléments qui leur semblent indispensables pour cette surveillance.

Lors de l'élaboration de l'étude et la création de nos hypothèses, nous imaginions le manque de connaissance comme le premier frein à la pratique de l'APDD. Selon la figure 6, il est considéré par les professionnels comme le troisième frein le plus important. La première place étant occupée par le manque d'expérience. Cependant, le manque de connaissance est la première réponse donnée dans les raisons de ne pas évoquer l'APDD en prénatal ou en per-natal. Les chiffres sont parlants également car 73% des professionnels disent ne pas avoir reçu de formation sur le sujet, ainsi seulement 59% connaissent l'existence d'un protocole. De plus, nombreux sont ceux qui disent ne pas évoquer l'APDD, ni en consultation, ni en salle de naissance, car ils pensent que cette technique n'est pas pratiquée au CHU. Les résultats de la figure 6 sont donc à nuancer face aux réponses des questions suivantes.

Le deuxième élément de cette hypothèse était le manque de temps. Il revient effectivement à la deuxième place des freins les plus importants. Afin de réduire ce problème, le rôle de la personne accompagnante pourrait être développé. C'est ce que proposent certains professionnels : former le co-parent pour réaliser les levers, après un premier surveillé par un SF, un MAR ou un IADE. Le professionnel serait présent lors du premier lever pour s'assurer que la patiente est en capacité de déambuler ainsi que pour expliquer la surveillance à l'accompagnant et signaler quand demander de l'aide. La suite de la déambulation pourrait se faire en seule présence de la personne accompagnante.

De plus, cela permettrait à cette personne de trouver sa place dans le déroulé du travail. Effectivement, de nombreux co-parents ne savent pas comment aider la femme en travail or nous savons que cela participe grandement au vécu des couples. Développer le rôle de l'accompagnant pourrait alors améliorer la satisfaction des patientes sur leur prise en charge. Les professionnels ayant accompagné au moins un travail sous APDD s'accordent d'ailleurs pour dire que son effet principal est l'amélioration de la satisfaction des femmes. C'est également sur ce point que s'accordent toutes les études réalisées jusqu'ici. Nous le retrouvons par exemple dans les travaux de Stalla-Bourdillon (Influence de l'analgésie locorégionale sur la

mécanique obstétricale), de Stewart (Maternal ambulation during labor) ou Morgan (« Walking » epidurals in labour). [6, 13, 16]

Le dernier point de cette hypothèse était le manque de moyens. Il revient à la quatrième place des freins selon la figure 6. Cependant, il revient régulièrement dans les réponses ouvertes interrogeant sur les éléments bloquant ou facilitant la proposition de l'APDD. Certains ont répondu que le manque de matériel adapté, tel que les cardiocardiographes sans fils, peut les empêcher de proposer la déambulation. D'autres l'ont plutôt formulé dans les éléments pouvant faciliter l'utilisation de l'APDD : avoir à disposition plus de matériel adapté à la déambulation pourrait développer la pratique. Deux des sept salles de naissance du CHU sont équipées de cardiocardiographe sans fils. Or les SF citent souvent la surveillance du RCF comme indispensable lors du travail et des difficultés à l'enregistrer comme un élément pouvant empêcher de proposer la déambulation. Il est donc possible d'imaginer que l'absence de cardiocardiographe sans fils ou de scope maternel sans fil puisse constituer un frein plus important que ne le laisse paraître la figure 6. Faciliter l'accès à l'APDD pourrait passer par l'investissement dans du matériel adapté mais ces équipements ont un coût élevé.

D'autres freins ont pu être soulevés par une question ouverte. Les SF évoquent un manque d'habitude dans le service ou des difficultés à enregistrer le RCF lors de la mobilisation. Les MAR et internes anesthésistes-réanimateurs évoquent le risque de mobilisation du cathéter de péridurale au cours de la déambulation entraînant l'inefficacité de l'analgésie. Les professionnels du versant anesthésique citent un manque de communication et de collaboration entre les équipes ainsi qu'un manque de personnel.

Ensuite, une incompréhension de la technique par la patiente revient régulièrement dans les éléments empêchant de proposer l'APDD en salle de naissance. Durant le travail, avec la douleur des contractions ou la fatigue, il est possible que les capacités de compréhension soient réduites par rapport à la normale. Favoriser l'information au cours de la grossesse, pendant la préparation à la naissance avec les SF et la consultation pré anesthésique avec les MAR, permettrait aux patientes de mieux appréhender les risques et les contraintes de la déambulation sous analgésie péridurale. C'est un des éléments qui revient régulièrement dans les solutions

proposées par les professionnels pour faciliter la mise en place de l'APDD. De plus, informer les patientes de cette possibilité pendant la grossesse pourrait leur permettre de l'inclure dans leur projet de naissance et induire plus de demande de leur part au moment de l'arrivée en SDN.

Notre dernière hypothèse était que la mise en pratique de l'APDD est trop difficile car elle demande une plus grande surveillance que l'APD classique ainsi qu'un accompagnement constant et rapproché tout au long de la déambulation. Effectivement, le CNGOF dans Quoi de neuf en obstétrique ? recommande une surveillance scopée de la patiente avec des prises de tensions régulières dans différentes positions, car le risque de l'APD est l'hypotension, ainsi qu'une surveillance de la vigilance. [15] Stalla-Bourdillon dans Influence de l'analgésie locorégionale sur la mécanique obstétricale préconise de surveiller la motricité par le test de Bromage et une épreuve de flexion partielle des membres inférieurs quant au risque de chute.[6] Payen dans Déambulation pendant le travail conseille d'attendre 30 minutes avant le premier lever et 15 à 20 minutes allongé après chaque nouveau bolus. [12] Notre dernier objectif était donc d'évaluer le ressenti des professionnels face à une APDD. La surveillance plus importante n'est pas considérée comme le plus grand frein mais elle pose tout de même problème à plus de 50% des professionnels.

Tous s'accordent sur l'importance de la surveillance hémodynamique de la patiente et du RCF or nous avons vu plus tôt que beaucoup estiment ne pas avoir le matériel nécessaire. Les SF insistent sur le fait que la surveillance du RCF peut être difficile lors de la déambulation, même avec des capteurs sans fils, car ils peuvent facilement bouger. Les remettre en place régulièrement pour permettre l'enregistrement peut demander beaucoup de temps. Parmi les éléments pouvant les empêcher de proposer l'APDD, les SF évoquent un temps d'attente trop long entre dernier bolus et premier lever. Du fait que les doses soient réduites par rapport à une APD, les anesthésistes trouvent indispensable de surveiller l'efficacité face à la douleur.

Cependant cette surveillance accrue n'est pas considérée comme le premier frein et cela se reflète dans le ressenti des professionnels ayant accompagné une ou plusieurs APDD. La majorité de ceux en ayant déjà pratiqué semblait effectivement plutôt à l'aise dans la mise en place et l'accompagnement des femmes. Ils semblaient également

assez sereins pour laisser les patientes déambuler sous la surveillance de leur personne accompagnante, comme le montre la figure 5.

Le ressenti des professionnels sur l'effet de l'APDD semble donc en accord avec la littérature que nous venons de présenter : il leur semble qu'il y ait peu de différences sur le travail obstétrical et l'état néonatal. Mais la très grande majorité observe une amélioration du confort et de la satisfaction maternelle associée à une réduction de la douleur (cf. figures 1, 2 et 3). Ce sont sur ces derniers critères que toutes les études s'accordent quant à l'utilité de l'APDD. Ce sont sur ces points reposent l'importance de développer l'utilisation de l'APDD.

Cependant, il est difficile de comparer les résultats de notre étude avec la littérature. Cette dernière se compose majoritairement d'études sur la technique en elle-même et ses effets sur le travail en comparaison d'une analgésie classique. De plus, les évaluations des pratiques reposent en grande partie sur des questionnaires à destination des patientes. Nous n'avons pas réussi à lire de retour d'expérience de la part des professionnels. En effet, nous avons contacté le CHU de Toulouse et la maternité des Lilas à Paris, aucun de ces centres ne pratiquent l'APDD. Finalement, cette technique semble encore peu pratiquée en France.

2. Forces et faiblesses de l'étude

Le premier point fort de notre étude est que tous les professionnels acteurs dans la mise en place de l'analgésie péridurale sont représentés. Cela permet d'avoir un aperçu de tous les avis et de mettre en œuvre des actions qui cibleront les problèmes que chacun rencontre. Le fait que toutes les professions aient pu répondre permet également de mettre en exergue les éléments sur lesquels tous s'accordent et ainsi de leur donner plus de poids.

Nous pouvons ensuite évoquer le nombre de réponses. Nous avons interrogé 160 personnes et obtenu 81 réponses exploitables. Nous avons donc recueilli l'avis de la moitié de la population ciblée. De plus, parmi chaque catégorie professionnelle interrogée, le taux de réponse est approximativement de 50%. En effet, nous avons 19 réponses de SF pour 41 interrogés, 13 MAR pour 33 interrogés, 17 internes pour 36 interrogés et 32 IADE pour 50 interrogés. Notre population d'étude semble donc plutôt représentative de la réalité. Ce taux de réponse satisfaisant nous permet

également d'avoir des résultats significatifs lors de l'analyse statistique des données récoltées.

Le questionnaire était court : un temps de réponse estimé à moins de 10 minutes, et les questions étaient ciblées. Des relances régulières appuyant sur l'importance de remplir le questionnaire en totalité ont été faites. Ces deux points ont probablement permis d'obtenir plus de réponses.

Cependant, force est de constater que nous n'avons pas réussi à récolter l'avis de l'autre moitié de la population ciblée. Ces chiffres nous ont amenés à nous interroger sur l'intérêt des professionnels pour cette technique d'analgésie. En effet, un taux de réponse de 50% peut être le signe que peu de personnes se sentent concernées par le sujet, soulignant l'importance de notre étude. De plus, l'analyse des réponses non exploitables nous apporte un nouvel indice. En réalité, 115 personnes ont rempli le questionnaire mais 33 ne l'ont pas fait en entier. La majorité des personnes ayant rendu un questionnaire incomplet s'est arrêtée à la question portant sur les effets de l'APDD. Dans un premier temps, nous pouvons penser que ces personnes se sont arrêtées car elles ne trouvaient pas d'intérêt aux questions suivantes. Toutefois, nous pouvons imaginer que la question était mal posée. Elle aurait peut-être nécessité des informations complémentaires pour que tout le monde se sente concerné et ne pas laisser penser que des connaissances sur l'APDD ou sur le déroulé du travail obstétrical soient une condition de réponse.

Ensuite, l'enquête a été réalisée sur une période de forte activité en salle de naissance au CHU de Caen. Entre octobre 2021 et février 2022, 1339 accouchements ont eu lieu. Cette surcharge de travail a pu contribuer à l'omission de remplissage du questionnaire.

Puis, nous pouvons nous interroger sur la méthode de diffusion du questionnaire. Il n'a été distribué que par mail, de même pour les relances. Le mail a pu passer inaperçu dans le flot d'informations ou facilement oublié après avoir été ouvert. La mise à disposition de questionnaires au format papier en salle de naissance aurait peut-être permis de récolter davantage de réponses.

Il est également nécessaire de nous interroger sur le poids statistique de notre étude. Elle repose sur un questionnaire à remplir en ligne. Cette méthode d'enquête a

un caractère plutôt informatif sur les pratiques professionnelles. Nous avons eu un grand nombre de réponses incomplètes malgré les relances régulières. Les réponses ne représentent qu'un échantillon de la population. Cette étude n'est pas randomisée donc a un faible poids statistique.

Nous avons exposé les points forts et les points faibles de notre étude, grâce à un retour d'expérience sur la forme, le fond et la méthode de diffusion du questionnaire, ainsi que sur la population. Nous pouvons désormais évoquer les biais existants.

Nous avons avant tout un biais de recrutement lié à une mauvaise orientation du questionnaire. Effectivement, les réponses nous révèlent que l'APDD n'est que très peu évoquée au cours des consultations prénatales. Or, les IADE et les SF de salle de naissance représentent 63% de la population alors que ces consultations ne font pas partie de leur pratique. Nous avons un faible taux de participation des MAR et des internes qui sont les seuls à faire des consultations au sein de notre population. Nous pouvons imaginer qu'en ayant interrogé les SF travaillant dans les services de consultations ou en ayant davantage de réponses des anesthésistes, les résultats auraient été différents.

Nous avons ensuite un biais de réponse car certains MAR ne prennent pas en compte leurs années d'internat dans leurs années d'expérience. Le problème vient peut-être de la question qui n'était pas assez précise, et une note informative demandant d'inclure ces années aurait pu rendre les réponses plus représentatives. Le test affirmant que la pratique de l'APDD en salle de naissance dépend de l'expérience doit donc être nuancé.

Finalement, nous avons un biais d'interprétation sur la question des effets de l'APDD sur le travail obstétrical, le vécu de l'accouchement, l'état néonatal et les mictions. Effectivement, nous demandions d'attribuer une note allant de un à cinq, de « pas du tout d'effet » à « effet important ». Or l'analyse de ces critères peut être complexe. La différence entre « effet moyen » et « effet notable » est peu significative et reste très subjective. Il aurait peut-être été plus pertinent pour l'analyse de ne proposer que deux choix : « effet » ou « pas d'effet ».

3. Propositions et perspectives

L'intérêt de l'étude était d'analyser les pratiques des professionnels de salle de naissance vis-à-vis de l'analgésie péridurale déambulatoire au CHU de Caen. Nous avons constaté que cette technique est peu utilisée malgré les bénéfices que lui accordent les professionnels.

Les données de la littérature sont très partagées sur les bénéfices réels apportés par la déambulation au niveau obstétrical. Cependant, depuis le début des travaux sur le sujet, tous s'accordent sur l'amélioration du vécu et de la satisfaction des femmes sur la prise en charge de leur accouchement. Cette technique d'analgésie pourrait être une réponse à la demande croissante des patientes de vivre pleinement leur accouchement, de façon la plus physiologique possible et d'en être l'actrice principale.

Ce travail pourrait être un point de départ pour le développement de l'analgésie péridurale déambulatoire par le biais de formations pluridisciplinaires. Le but étant que les professionnels soient formés à la technique pour informer les patientes de cette possibilité au cours du suivi prénatal ou lors de l'arrivée en salle de naissance. L'aspect pluridisciplinaire de la formation est important car de nombreux professionnels dénoncent un manque de collaboration et de communication entre les équipes. Cette formation pourrait être un moment propice au développement de ces deux aspects fondamentaux où chacun constaterait les connaissances et capacités des autres pour apprendre à travailler ensemble. Dans les réponses, 84% déclarent être intéressés par la formation. De même que ceux qui ont déjà eu une formation, 22 selon le tableau II, souhaiteraient finalement une autre formation puisque seulement 6 disent ne pas vouloir de formation parce qu'ils en ont déjà eu une (dernière question du questionnaire sur le souhait d'une formation). De plus, elle est l'élément le plus cité dans les facteurs facilitants pour la mise en place de l'APDD.

Ensuite, nombreux sont ceux qui demandent l'élaboration d'un protocole disponible pour tous. Il serait la suite de la formation et pourrait décrire le rôle de chacun dans la mise en place, la surveillance et l'accompagnement de la déambulation. D'autant plus que nous avons pu montrer l'impact significatif que pouvait avoir la connaissance du protocole sur la pratique de la technique (cf. tableau III).

La réalisation d'un document à destination des patientes pourrait également être envisageable. Il serait un appui pour permettre aux professionnels d'informer les patientes de cette possibilité au cours des consultations prénatales. Nous savons que les patientes ne peuvent pas retenir toutes les informations que nous leur apportons. Alors avoir un document à leur fournir, qui restera dans leur dossier, peut laisser imaginer que l'information ne se perdra pas totalement.

Conclusion

Nous avons mis en place cette évaluation des pratiques professionnelles après avoir constaté une rare utilisation de l'analgésie péridurale déambulatoire malgré le protocole établi et les études ayant eu lieu en 2014. Notre objectif premier était de mettre en lumière les freins à l'utilisation de cette technique pour y remédier et développer la pratique. Nous avons constaté que la technique est très peu utilisée : seuls 35% des professionnels ayant répondu l'ont déjà pratiquée, pour la majorité à de faible reprise malgré le taux important d'analgésie péridurale réalisées au CHU de Caen. Elle est très peu évoquée lors des consultations prénatales ou lors de l'arrivée en salle de naissance. Les équipes estiment que les principaux freins sont le manque d'expérience, de connaissances et de temps.

Le développement de la pratique est envisageable par trois éléments clés, demandés par les professionnels eux-mêmes. Premièrement, la création d'un protocole disponible pour tous afin de décrire les conditions d'utilisation et de surveillance. Ensuite, la formation des professionnels en pluridisciplinaire pour une meilleure collaboration entre les équipes et permettre à chacun de trouver sa place dans le processus. Et enfin, l'information des patientes en prénatal pour leur permettre de connaître cette possibilité et de l'inclure dans leur projet de naissance.

Une EPP est constituée de trois étapes : état des lieux sur une pratique puis proposition de solutions pour développer la pratique et enfin seconde évaluation des pratiques. Le présent travail a consisté à mener cette EPP depuis son initiation jusqu'à la deuxième étape. Ce mémoire retrace l'ensemble des résultats actuellement disponibles. Il serait intéressant, dans quelques temps, après la mise en place du protocole et de l'information systématique des patientes en consultations prénatales, de faire une seconde évaluation des habitudes afin de constater les effets des actions mises en place sur la pratique.

Références bibliographiques

1. Institut National de la Santé et de la recherche médicale – INSERM. (consulté le 18 décembre 2021). Quelques résultats de l'Enquête nationale périnatale 2016, [Internet]. Disponible sur : <https://enp.inserm.fr/article-2/>
2. Alonso-Alvarez C. Évaluation du retentissement d'une analgésie péridurale déambulatoire sur le travail obstétrical : étude prospective randomisée sur 280 patientes. [Mémoire de Maïeutique]. Caen : Ecole de Sage-Femmes ; 2014.
3. Jacob-Bordereau A. Evaluation du retentissement de l'analgésie péridurale ambulatoire sur le travail obstétrical. [Mémoire de Diplôme d'Etude Spécialisées Anesthésie Réanimation]. Caen : Pôle de Formation et de Recherches en Santé ; 2014.
4. Le Monde. (consulté le 27 décembre 2020). Comment la naissance est devenue un acte médicalisé ? [Internet] Disponible sur : https://www.lemonde.fr/maternite/article/2017/08/30/comment-la-naissance-est-progressivement-devenue-un-acte-medicalise_5178707_1655340.html
5. E. Vander Heym. (consulté le 18 décembre 2021). Le docteur Lamaze met au point l'accouchement psychoprophylactique dit sans douleur. [Internet] Disponible sur : https://francearchives.fr/fr/pages_histoire/40009
6. Stalla-Bourdillon A, Moyano G, Levenet S, Hoffmann C, Mercier FJ. Influence de l'analgésie locorégionale sur la mécanique obstétricale. Anesthésie & Réanimation. avr 2015;1(2):167-72.
7. Rimbault I. L'analgésie péridurale : les déterminants de l'insatisfaction maternelle. [Mémoire de Maïeutique]. Clermont-Ferrand : Ecole de Sage-Femmes ; 2016.
8. Larousse É. Définitions : péridural, péridurale - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [consulté le 18 décembre 2021]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/p%C3%A9ridural/59547>
9. Larousse É. Définitions : déambulation - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [consulté le 18 décembre 2021]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9ambulation/21729>
10. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique : modalités de surveillance fœtale pendant le travail. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, déc 2007 ; 34(5) :369-390.
11. Morau E. Intérêt du mode PIEB et des nouveaux modes d'administration en analgésie péridurale obstétricale. Agora, 2013.
12. Payen JF, Frénéa S, Chirossel C. Déambulation pendant le travail. Mise Au Point en Anesthésie Réanimation, 2002 ; 91-6
13. Stewart A, Fernando R. Maternal ambulation during labor. Curr Opin Anaesthesiol. juin 2011;24(3):268-73.
14. Breen TW, Shapiro T, Glass B, Foster-Payne D, Oriol NE. Epidural anesthesia for labor in an ambulatory patient. Anesth Analg. nov 1993;77(5):919-24.

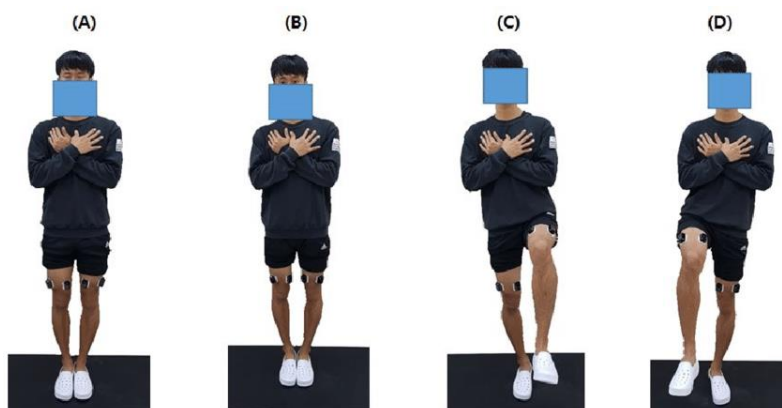
15. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Quoi de neuf en analgésie obstétricale. Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. dec 1998;(22):247-275.
16. Morgan BM. « Walking » epidurals in labour. *Anaesthesia*. oct 1995;50(10):839-40.
17. Kuczkowski KM. Ambulatory labor analgesia: what does an obstetrician need to know? *Acta Obstet Gynecol Scand*. mai 2004;83(5):415-24.
18. Karraz MA. Ambulatory epidural anesthesia and the duration of labor. *Int J Gynaecol Obstet*. févr 2003;80(2):117-22.
19. Flynn AM, Kelly J, Hollins G, Lynch PF. Ambulation in labour. *Br Med J*. 26 août 1978;2(6137):591-3.
20. Vallejo MC, Firestone LL, Mandell GL, Jaime F, Makishima S, Ramanathan S. Effect of Epidural Analgesia with Ambulation on Labor Duration. *Anesthesiology*. 1 oct 2001;95(4):857-61.
21. Frenea S, Chirossel C, Rodriguez R, Baguet J-P, Racinet C, Payen J-F. The Effects of Prolonged Ambulation on Labor with Epidural Analgesia. *Anesthesia & Analgesia*. janv 2004;98(1):224-9.
22. Nageotte MP, Larson D, Rumney PJ, Sidhu M, Hollenbach K. Epidural analgesia compared with combined spinal-epidural analgesia during labor in nulliparous women. *N Engl J Med*. 11 déc 1997;337(24):1715-9.
23. Collis RE, Harding SA, Morgan BM. Effect of maternal ambulation on labour with low-dose combined spinal-epidural analgesia. *Anaesthesia*. 1999;54(6):535-9.
24. Read JA, Miller FC, Paul RH. Randomized trial of ambulation versus oxytocin for labor enhancement: A preliminary report. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 15 mars 1981;139(6):669-72.
25. Weiniger CF, Yagmour H, Nadjari M, Einav S, Elchalal U, Ginosar Y, et al. Walking reduces the post-void residual volume in parturients with epidural analgesia for labor: a randomized-controlled study. *Acta Anaesthesiol Scand*. mai 2009 ;53(5) :665-72.
26. Karraz MA. Démarrage difficile pour l'analgésie péridurale déambulatoire chez la parturiente en France. *EM-Consulte*. nov 2003;22(9):832-3.
27. Cooper GM, MacArthur C, Wilson MJA, Moore P a. S, Shennan A, COMET Study Group UK. Satisfaction, control and pain relief: short- and long-term assessments in a randomised controlled trial of low-dose and traditional epidurals and a non-epidural comparison group. *Int J Obstet Anesth*. janv 2010 ;19(1) :31-7.

Annexes

Annexe 1 : Score de Bromage

| Grade | Critères | Degré du bloc |
|-------|--|------------------------|
| 0 | Mouvements libres des genoux et des pieds | Nul (0 %) |
| 1 | Capable de juste fléchir les genoux avec mouvements libres des pieds | Partiel (33 %) |
| 2 | Incapable de fléchir les genoux mais mouvements libres des pieds | Presque complet (66 %) |
| 3 | Impossible de bouger ni les pieds ni les genoux | Complet (100 %) |

Annexe 2 : Test de Romberg



Annexe 3 : Protocole ALR et mobilisation au cours du travail du CHU de Caen

ALR et MOBILISATIONS au cours du TRAVAIL

❖ **Préambule**

- Patiente informée (consultation pré-anesthésie)
- Ayant donné son accord,
- Patiente accompagnée en permanence lors de la déambulation, et joignable

- Grossesse unique, sans pathologie, à terme
- Présentation céphalique, tête appliquée
- Rythme cardiaque fœtal sans anomalie
- Tonus utérin sans anomalie

❖ **Contre-indications aux mobilisations et déambulation**

- HTA gravidique, prééclampsie
- Prématurité, Retard de Croissance Intra-Utérin
- Grossesse multiple
- Hydramnios, grande multiparité, siège
- Altérations du Rythme Cardiaque Fœtal
- Hypertonie utérine hypercinésie
- Saignements

ALR et MOBILISATIONS au cours du TRAVAIL

Analgésie effectuée en **bolus patiente uniquement** :
Et **faibles concentrations** ; **Chirocaïne :0.625**

❖ **Surveillance et évaluation des paramètres :**

Après injection du 1^{er} bolus, le lever est autorisé **30 minutes** plus tard si :

➤ **Motricité :**

- Score de Bromage :0

mobilité parfaite des 2 membres inférieurs : hanches, genoux, chevilles

- Signe du tabouret :

Passer de la position assise à la position levée
3 fois sans appui ni aide.

➤ **Sensibilité :**

- Niveau évalué par le pique-touche

➤ **Proprioceptivité :**

- Romberg : stabilité en position debout pieds serrés
- **Arthrokinésie** : position des membres inférieurs dans l'espace les yeux fermés

➤ **Hémodynamique :**

- Pouls, Tension Artérielle : couchée, assise ; debout
 - TA >100mmHg debout
 - différence TA couchée/ debout < 20%

- ❖ **Chaque réinjection d'anesthésique est effectuée en position allongée et suivie de la même surveillance durant 15 à 20 min**
Des troubles de l'équilibre peuvent apparaître avec les réinjections successives

Annexe 4 : Score d'Apqar

| Les critères | Les points | | |
|--------------------------|------------------------|--|---------------------|
| | 0 | 1 | 2 |
| Le pouls | aucun | en dessous de 100 | au dessus de 100 |
| La réactivité | aucune | faible (grimace) | vigoureux (cri) |
| La coloration de la peau | pâle ou cyanosé (bleu) | corps rosé et extrémités bleues | entièrement rosé |
| Le tonus musculaire | aucun ou très peu | quelques mouvements au niveau des extrémités | activité importante |
| La respiration | aucune | faible ou irrégulière | bonne |

Annexe 5 : Questionnaire de l'étude

Madame, Monsieur ;

Je m'appelle Floriane Clément. Je suis étudiante sage-femme en 5^{ème} année à l'école de sage-femme de Caen.

Je vous propose de participer à une étude intitulée : « L'analgésie péridurale déambulatoire en salle de naissance : état des lieux de la pratique sur le CHU de Caen et perspectives d'amélioration », coordonnée par le Docteur Charlène Leviland, réalisée dans le cadre d'un mémoire en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme.

Le CHU de Caen Normandie est responsable du traitement de données. Pour toutes questions relatives à ce traitement vous pouvez contacter le délégué à la protection des données : dpd@chu-caen.fr.

Cette étude permettra d'améliorer les pratiques professionnelles.

Ce formulaire a pour but de vous expliquer ce que cette étude implique afin de vous permettre de décider si vous voulez y participer.

L'objectif de l'étude, à laquelle nous vous proposons de participer, est de comprendre quels sont les freins à l'utilisation de l'analgésie péridurale déambulatoire en salle de naissance au CHU du Caen pour en développer l'utilisation.

Les analyses effectuées concerneront l'évaluation de la pratique de l'analgésie péridurale déambulatoire, les connaissances théoriques et les freins évoqués à sa mise en place.

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer sans encourir aucune responsabilité. Vous aurez bien entendu la possibilité de réfléchir avec votre entourage, avant de prendre votre décision ou de refuser sans aucun préjudice pour vous.

Je vous remercie par avance pour le temps que vous accorderez à cette étude.
Floriane Clément

PARTIE A : Pour mieux vous connaître

1/ Quel âge avez-vous ? *(une case à cocher)*

- 20 – 30 ans
- 30 – 40 ans
- 40 – 50 ans
- 50 – 60 ans

2/ Vous êtes : *(une case à cocher)*

- Un homme
- Une femme
- Ne souhaite pas répondre

3/ Votre profession : *(une case à cocher)*

- Sage-femme
- Médecin anesthésiste-réanimateur
- Interne anesthésiste-réanimateur
- Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat

4/ Votre lieu de formation : *(question ouverte)*

5/ Votre/vos lieu(x) d'exercice au cours de votre carrière : *(plusieurs réponses possibles)*

- Centre Hospitalier Universitaire
- Centre Hospitalier Général
- Centre Hospitalier Privé
- Structure libérale

6/ Votre nombre d'années d'exercice : *(une case à cocher)*

- < 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Entre 10 et 20 ans
- > 20 ans

PARTIE B : Votre connaissance de la pratique de l'analgésie péridurale déambulatoire au CHU de Caen.

1/ Avez-vous connaissance du protocole d'analgésie péridurale déambulatoire existant au CHU de Caen : *(une case à cocher)*

- Oui
- Non

2/ Avez-vous eu une formation sur cette technique d'analgésie ? *(une case à cocher)*

- Oui
- Non

PARTIE C : Votre pratique de l'analgésie péridurale déambulatoire.

1/ Quel(s) est/sont, selon vous, le(s) effet(s) de cette technique d'analgésie sur le travail obstétrical ? [Notez chaque item de 1 (pas d'effet) à 5 (effet important)]

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| Accélération du travail obstétrical | | | | | |
| Intensification des contractions | | | | | |
| Réduction de l'utilisation d'ocytocine | | | | | |
| Réduction de la douleur | | | | | |
| Réduction du taux d'extractions instrumentales | | | | | |
| Réduction du nombre de césariennes | | | | | |
| Amélioration du confort maternel | | | | | |
| Amélioration de la satisfaction maternelle | | | | | |
| Meilleur état néonatal (score d'Apgar) | | | | | |
| Réduction du nombre de sondages urinaires pendant le travail | | | | | |
| Réduction des infections urinaires en post-partum | | | | | |

2/ Evoquez-vous l'analgésie péridurale déambulatoire dans les consultations pré-partum (consultation anesthésique, consultation obstétricale ou cours de préparation à la naissance) ? (une case à cocher)

- Oui
- Non

SI NON, pour quelle(s) raison(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- Non évoquée par la patiente
- Manque de temps sur la consultation
- Méconnaissance de la technique
- Bénéfices limités
- Autre, précisions : (question ouverte)

SI OUI, dans quelle(s) condition(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- Abordée en présentant les différentes techniques d'analgésie
- En réponse à une demande de la patiente
- Autre, précisions : (question ouverte)

3/ Evoquez-vous l'analgésie péridurale déambulatoire avec les patientes désirant une analgésie en salle de naissance ? (une case à cocher)

- Oui
- Non

SI NON, pour quelle(s) raison(s) ? (question ouverte)

4/ Avez-vous déjà pratiqué une analgésie péridurale déambulatoire dans un autre centre hospitalier que le CHU de Caen ? (une case à cocher)

- Oui
- Non

5/ Avez-vous déjà pratiqué une analgésie péridurale déambulatoire au CHU de Caen ?
(une case à cocher)

- Oui
- Non

SI OUI à la question 4 ou 5 :

- Dans quelle(s) conditions ? *(plusieurs réponses possibles)*
 - J'ai répondu à une demande de la patiente
 - Je l'ai proposé à la patiente
 - Autre, précisions :
- Comment vous êtes-vous senti pour la mise en place ? *[notez votre ressenti de 1 (très mal à l'aise) à 5 (très à l'aise)]*
- Comment vous êtes-vous senti pour l'accompagnement de cette/ces patiente(s) ? *[notez votre ressenti de 1 (très mal à l'aise) à 5 (très à l'aise)]*
- Etiez-vous serein de laisser cette/ces patiente(s) déambuler sous la surveillance de l'accompagnateur seulement ? *[notez votre ressenti de 1 (pas serein du tout) à 5 (très serein)]*

SI SAGE-FEMME et OUI à la question 4 ou 5 :

Vous avez déjà accompagné une/des patiente(s) avec une analgésie péridurale déambulatoire, avez-vous constaté une différence par rapport à une analgésie péridurale « classique » ? *(une case à cocher)*

- Oui
- Non

SI OUI : laquelle ou lesquelles ? *(question ouverte)*

6/ Quels sont les freins, selon vous, d'une pratique de l'analgésie péridurale déambulatoire en salle de naissance ? *[notez chaque item de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord)]*

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| Manque de temps | | | | | |
| Manque de connaissances autour de cette technique | | | | | |
| Manque de moyens, de matériel | | | | | |
| Faibles bénéfices de la technique | | | | | |
| Risques trop importants pour la patiente et/ou sont enfant | | | | | |
| Surveillance trop importante | | | | | |
| Fatigue des parturientes | | | | | |
| Manque d'expérience | | | | | |

7/ Pensez-vous à un/des autre(s) freins que n'aurait/auraient pas été évoqué(s) précédemment ? *(question ouverte)*

PARTIE D : En vue de développer l'utilisation de l'analgésie péridurale déambulatoire au CHU de Caen...

- 1/ Quelle surveillance vous semble indispensable pour une analgésie péridurale déambulatoire ? (*question ouverte*)
- 2/ Quel(s) élément(s) peut/peuvent vous empêcher de proposer une analgésie péridurale déambulatoire ? (*question ouverte*)
- 3/ Selon vous, comment pourrions-nous faciliter son utilisation ? (*question ouverte*)
- 4/ Seriez-vous intéressé par une formation sur cette technique d'analgésie ? (*une case à cocher*)
 - Oui
 - Non
 - J'ai déjà eu une formation

Je vous remercie pour votre participation et reste à votre disposition à l'adresse suivante : 21701761@etu.unicaen.fr.

Si vous souhaitez être informé des résultats de cette étude, merci de me communiquer votre adresse mail.

Floriane Clément

Annexe 6 : Avis du CLERS



C.L.E.R.S

Comité Local d'Éthique de la Recherche en Santé

CHU de CAEN Normandie – Université de CAEN Normandie



Caen, le 28/06/2021

A : CLEMENT FLORIANE

Adresse pour toute correspondance :

clers@unicaen.fr

Président : Pr
Grégoire MOUTEL

Vice-Président : Pr
Achille AOUBA

Membres

Nathalie Brielle
Véronique Gauthier
Guillaume Grandazzi
Sonia Guillouet
Xavier Humbert
Rémy Morello
Fanny Rogue
Bertille Suzat
Bénédictine Clin-Godard
Lydia Guittet
Emmanuel Babin
Cyril Guillaume
Claude Françoise
Laura Levallois
Julien Rod

Objet : Avis favorable projet de recherche

Cher(e) collègue,

Nous avons analysé au sein du comité d'éthique de la recherche (CLERS) votre étude « L'analgésie péridurale déambulatoire en salle de naissance : état des lieux de la pratique sur le CHU de Caen et perspectives d'amélioration. »

Projet soumis pour validation éthique.

Notre comité, après en avoir fait l'analyse, a émis l'avis suivant : **Avis Favorable**. Cette étude apparaît conforme aux règles et standards éthiques requis.

Nous avons bien pris note et vous rappelons que vous vous engagez dans le projet soumis et validé par notre comité à :

- une participation des patients qui n'implique aucune visite ou soin ou acte invasif supplémentaire à ce qui est prévu dans le cadre de leurs soins courants.
- respecter la norme légale s'appliquant en France en la matière et respecter la méthodologie de référence (MR-004)
- une analyse des données respectant le caractère totalement anonyme de celles-ci et le secret médical, avec un traitement des données de santé conforme au règlement Européen du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.
- une information des représentants légaux des patients ou patients majeurs et une non inclusion des patients en cas d'opposition de ces représentants légaux ou des patients si ceux-ci se présentent pour votre recherche.

SYNTHESE AVIS DU CLERS

| | |
|--|---|
| ID de la réponse | 2552 |
| (CLERS) Complément avis 1er rapporteur (si nécessaire) | Donner la signification de l'acronyme APDD dans le questionnaire, prévoir le cas où la personne qui répond au questionnaire ne connaît pas le protocole (question filtre?), et préciser dans les échelles numériques la signification du min et du max. |
| Avis du CLERS | FAVORABLE |
| Demandeur [Nom] | Clément |
| Demandeur [Prénom] | Floriane |
| Demandeur [e-mail] | 21701761@etu.unicaen.fr |
| Titre de l'étude | L'analgésie péridurale déambulatoire en salle de naissance : état des lieux de la pratique sur le CHU de Caen et perspectives d'amélioration. |

Pr Grégoire MOUTEL
Président du CLERS

Résumé – mots clés

Objectif : mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles afin de comprendre les freins à une large utilisation de l'analgésie péridurale déambulatoire en salle de naissance au CHU de Caen.

Matériels et méthode : étude prospective sur l'évaluation des pratiques professionnelles menée au CHU de Caen grâce à un questionnaire distribué par mail aux sages-femmes, médecins et internes anesthésistes-réanimateurs et infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat travaillant en salle de naissance. 160 personnes ont été interrogées, 81 réponses ont pu être analysées.

Résultats : l'analgésie péridurale déambulatoire a été pratiquée par 35% de la population, pour la majorité à de faible reprises. Elle est très peu évoquée lors des consultations prénatales. Les freins principaux sont le manque d'expérience, de connaissances et de temps.

Conclusion : le développement de la technique doit passer par la création d'un protocole disponible pour tous, la formation des professionnels et l'information des patientes.

Mots-clés : analgésie péridurale déambulatoire, freins, perspectives d'amélioration, Caen.

Abstract – keywords

Objectives : implementation of an assessment of professional practices in order to understand obstacles to widespread use of ambulatory epidural analgesia in delivery room at Caen University Hospital.

Method : prospective study on the evaluation of professional practices carried out at the Caen University Hospital by means of a survey delivered by e-mail to midwives, doctors et residents anesthetists and qualified anesthetic nurses working in the delivery room. 160 people were questioned, 81 answers were analyzed.

Results : ambulatory analgesia was used by 35% of the population, the majority of them on small occasions. It is rarely mentioned during prenatal consultations. The main obstacles are lack of experience, knowledge and time.

Conclusion : the development of the technique must involve the creation of a protocol available to all, the training of professionals and information for patients.

Keywords : ambulatory epidural analgesia, obstacles, prospects of improvement, Caen.