

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE STRASBOURG

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2016-2017

**LE CATHETER PÉRIDURAL PROPHYLACTIQUE
LA SATISFACTION DES PATIENTES EN SALLE DE
NAISSANCE**

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU

PAR

JEHL Marie-Florence

Née le 19 février 1992 à Strasbourg

Directrice de mémoire : Dr. FAITOT Valentina

Codirectrice du mémoire : BURGY Catherine

Attestation d'authenticité

Je, soussignée : JEHL Marie-Florence

Étudiante de : 5^e année

Établissement : École de Sages-Femmes de Strasbourg

Certifie que le document soumis ne comporte aucun texte ou son, aucune image ou vidéo copiés sans qu'il soit fait explicitement référence aux sources selon les normes de citation universitaires.

Fait àle.....

Tout plagiat réalisé par un étudiant constitue une fraude au sens du décret du 13 juillet 1992 relatif à la procédure disciplinaire dans les Établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel. La fraude par plagiat relève de la compétence du Conseil de discipline de l'École de Sages-Femmes. En général la sanction infligée aux étudiants qui fraudent par plagiat s'élève à un an d'exclusion de tout établissement d'enseignement supérieur.

Tout passage ou schéma copié sans qu'il soit fait explicitement référence aux sources, selon les normes de citation universitaires, sera considéré par le jury ou le correcteur comme plagié

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé et soutenu dans la réalisation de ce mémoire et plus particulièrement :

- Mme FAITOT, ma directrice de mémoire, pour le partage de son expérience, ses conseils, son aide pour la partie statistique et le temps qu'elle m'a accordé.
- Mme BURGY, ma codirectrice, pour ses relectures, ses conseils et sa disponibilité.
- Ma famille et mes proches qui m'ont soutenu tout au long de mes études.
- Marie et Fernande pour leurs relectures.
- Toutes les patientes qui m'ont consacré de leur temps pour participer à l'étude.

Table des matières

INTRODUCTION	2
I. Contexte.....	3
II. L'analgésie péridurale précoce.....	4
III. Le cathéter péridural prophylactique	5
IV. La satisfaction des patientes	6
MÉTHODE.....	9
I. Type d'étude.....	10
II. Terrain et durée de l'étude.....	10
III. Population concernée	10
IV. Critères de jugement	10
V. Recueil de données et analyse statistique	12
RÉSULTATS	13
I. Analyse des dossiers.....	14
II. Résultats des questionnaires	20
DISCUSSION.....	33
I. Validité de notre étude.....	34
II. L'information.....	36
III. La satisfaction	37
CONCLUSION	43
Bibliographie	45
ANNEXES	47

INTRODUCTION

I. Contexte

En France, l'analgésie péridurale (APD) est de plus en plus pratiquée en salle de naissance et la demande de la part des femmes a augmenté au cours de ces dernières années. D'après l'enquête nationale périnatale de 2010, 80% des parturientes ont bénéficié d'une APD (1). Ce mode d'analgésie a fait ses preuves dans la prise en charge de la douleur durant le travail obstétrical. Dans la même enquête, les femmes ayant bénéficié d'une APD ou d'une rachianesthésie jugent cette analgésie ou anesthésie comme très efficace en 69,5% des cas et 20 % comme assez efficace (1).

La première indication de l'APD est de soulager la douleur. Cependant, dans certaines situations, elle peut avoir une indication médicale en vue d'un risque de césarienne ou d'une autre intervention en urgence. En effet, l'APD permet à l'équipe d'agir rapidement, tout en évitant une anesthésie générale, ou de pratiquer plus aisément des manœuvres obstétricales. On retrouve donc différentes indications à instaurer une APD dite précoce comme par exemple la présentation du siège, la grossesse gémellaire, un risque d'intubation oro-trachéale (IOT) difficile, un utérus cicatriciel.

Dans ces cas particuliers, l'APD est avant tout une sécurité anesthésique. Mais pour ces patientes à risque de césarienne ou d'intervention en urgence, leur souhait concernant l'analgésie est-il encore pris en compte par l'équipe médicale ? D'après une enquête permanente en ligne menée par le CIANE (Collectif inter associatif autour de la naissance), 56% des femmes qui ne souhaitaient initialement pas d'APD et qui l'ont eu sont insatisfaites. Elles expriment notamment le sentiment de ne pas avoir eu le choix car des raisons médicales étaient avancées par les professionnels (2). Ce taux d'insatisfaction semble différent de celui de l'INSERM mais il n'est pas comparable. En effet, l'enquête nationale périnatale interrogeait les femmes spécifiquement à propos de la prise en charge de la douleur, alors que le CIANE les interrogeait à propos de leur satisfaction globale par rapport à l'APD. De plus, les populations de ces deux études sont différentes. Les participantes à l'enquête CIANE sont en général plus engagées pour le respect de la physiologie de l'accouchement. Par exemple, les femmes qui répondent à l'enquête CIANE sont environ 10% de moins à recourir à l'APD que dans la population générale (2).

Le cathéter péridural prophylactique (KTPP) est posé en début de travail en attente d'une future analgésie destinée à soulager la patiente si elle le souhaite ou à intervenir rapidement en cas d'urgence. Cette technique assure la sécurité anesthésique dès le début du travail pour les

patientes à risque, tout en laissant le choix à la patiente de décider du moment où elle souhaite une analgésie. Le but de notre étude est d'évaluer la satisfaction des patientes qui ont eu un KTPP et l'information qui a été faite sur cette technique. Tout d'abord, nous définirons l'analgésie péridurale précoce, le cathéter péridural prophylactique, puis les critères de satisfaction des parturientes.

II. L'analgésie péridurale précoce

Grâce aux progrès de l'analgésie péridurale et de la rachianesthésie, l'anesthésie générale est de moins en moins pratiquée en obstétrique : d'après l'enquête nationale périnatale de 2010, l'anesthésie générale concernait 1.2% des femmes (1). L'anesthésie générale est aujourd'hui réservée aux extrêmes urgences c'est-à-dire aux extractions dans un délai inférieur à cinq minutes, car elle réduit le temps d'incision pas rapport à une anesthésie péridurale ou une rachianesthésie (3). En revanche, l'anesthésie générale comporte un grand risque de complications maternelles et fœtales. Tout d'abord, l'incidence de l'intubation difficile chez la femme enceinte est de 1 pour 30 et l'intubation impossible de 1 sur 280, soit huit fois plus importante que dans la population générale (4). D'après le rapport du Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle, entre 2007 et 2009, trois décès maternels étaient dus à une complication d'anesthésie (5). Les principales causes étant la difficulté ou l'impossibilité d'intubation et le syndrome de Mendelson (pneumonie d'inhalation).

L'APD représente une sécurité anesthésique pour certaines patientes à risque, principalement de césarienne en urgence, mais aussi d'intubation oro-trachéale difficile ou les patientes ayant un terrain fragile. D'après Benhamou D. et Thierrin L., les indications à l'APD sont les suivantes (6) :

- Les indications maternelles : douleur, voies aériennes difficiles (supposées ou avérées), pré-éclampsie, pathologies concomitantes (cardiovasculaires, pulmonaires, neurologiques, rénales)
- Les indications obstétricales : dystocie dynamique, travail prolongé, déclenchement, grossesses multiples, extraction instrumentale ou chirurgicale
- Les indications fœtales : prématurité, retard de croissance intra-utérin, présentation podalique

D'après Pamboukgijan M. et Beaussier M., l'obésité est également une indication à l'APD (7). Une étude qualitative menée en Australie en 2014 montrait que les anesthésistes préconisent

fortement une analgésie péridurale précoce pour les parturientes obèses afin d'éviter l'anesthésie générale, mais que les pratiques sont encore très variables d'un professionnel à l'autre (8).

D'après Diemunsch P. et al., l'antécédent de césarienne est une indication à l'APD (9).

Actuellement en France, le CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens français) recommande une APD pour les femmes ayant un antécédent de césarienne : « Dans cette circonstance marquée par un risque accru d'interventions obstétricales urgentes pour lesquelles il est souhaitable d'éviter l'anesthésie générale (accord professionnel), la réalisation d'une péridurale est encouragée (accord professionnel) » (10). De même aux États-Unis, l'ASA (American Society of Anesthesiologists), recommande l'APD pour les patientes ayant un utérus cicatriciel (3).

D'après les recommandations formalisées d'experts communes de 2009 sur la prise en charge des formes graves de pré-éclampsie, « il est recommandé de mettre rapidement en place une analgésie périmédullaire parce qu'elle est bénéfique pour l'évolution de la pression artérielle et pour l'hémodynamique utéro-placentaire, et parce qu'elle facilite la prise en charge en cas de recours à une césarienne » (Force G1+ : « il faut... ») (11).

Au sujet de la prise en charge anesthésique des parturientes obèses, différentes recommandations de la pratique clinique suggèrent la mise en place d'une analgésie péridurale précoce. C'est le cas aux États-Unis (3), au Royaume-Uni (12) et au Canada (13).

Néanmoins, la conversion de l'analgésie péridurale en anesthésie locorégionale peut être insuffisante. D'après une méta-analyse de 2012, incluant 13 études observationnelles, le pourcentage de césariennes effectuées sous anesthésie générale avec un cathéter péridural en place était de 5% (14).

III. Le cathéter péridural prophylactique

Il s'agit de poser un cathéter péridural en attente en début de travail si la femme ne souhaite pas encore d'analgésie et qu'elle présente un ou plusieurs facteurs de risque. Le KTPP pourra ensuite être utilisé soit par demande d'analgésie de la patiente, soit en cas d'intervention médicale en urgence. D'après les recommandations américaines, le KTPP devrait être encouragé en début de travail chez les patientes à risque, comme les antécédents de césarienne, la grossesse gémellaire, la pré-éclampsie, le risque d'intubation difficile (facteurs prédictifs et/ou obésité) (3). En France, le CNGOF recommande le KTPP en cas d'utérus cicatriciel :

« Selon les circonstances et en fonction du souhait de la parturiente, un cathéter péridural peut être placé en attente en début de travail (accord professionnel) » (10). D'après une enquête menée auprès des anesthésistes réanimateurs exerçant en obstétrique en 2015, les principales indications du cathéter prophylactique sont l'antécédent de césarienne, la présentation du siège, la présence de plus de 2 critères d'intubation difficile et l'obésité. Pour 80% des anesthésistes, le KTRP est considéré comme un gage de sécurité supplémentaire (15). Cependant, il présente également un risque d'échec : délai d'installation de l'anesthésie efficace plus long que s'il été utilisé pour l'analgésie, retrait accidentel du cathéter, latéralisation de l'analgésie.

IV. La satisfaction des patientes

A. Définition

La mesure de la satisfaction des patientes prend une place de plus en plus importante dans l'évaluation de la qualité des soins, d'autant plus dans le domaine de la périnatalité. Elle se définit comme l'évaluation de la réponse affective des patientes aux différents aspects des soins qui leur sont administrés. L'évaluation de la satisfaction permet de tenir compte de la perspective de la patiente sur les soins plutôt que celle du soignant (16).

B. État des lieux

Dans la population à bas risque de césarienne, une grande partie des femmes qui ne souhaitaient pas d'analgésie péridurale au départ, change finalement d'avis (17). D'après l'enquête nationale périnatale de 2010 menée par l'INSERM, sur les femmes qui envisageaient leur accouchement sans péridurale (1/4 des femmes enceintes) et en excluant les femmes reconnues comme à risque, moins de la moitié d'entre-elles a pu réaliser son projet initial (1). Une étude portant sur 7299 femmes sélectionnées dans l'échantillon de l'enquête nationale périnatale, a recherché les facteurs associés au fait d'accoucher avec une APD initialement non souhaitée. Les facteurs suivants ont été mis en évidence : la primiparité, l'utilisation d'ocytocine, l'accouchement voie basse instrumental, la présence permanente d'un anesthésiste dans le secteur de naissance (17). Une patiente doit être accompagnée autant que possible dans le respect de son projet personnel

mais elle peut également changer d'avis et finalement demander une APD si elle en ressent le besoin. L'étude de la satisfaction est nécessaire à l'interprétation de ces données.

L'enquête du CIANE « Douleur et accouchement » interrogeait les patientes sur le souhait initial et leur satisfaction par rapport à l'APD (2). Parmi les patientes qui ne souhaitaient initialement pas de péridurale :

- Celles qui n'ont pas eu la péridurale sont satisfaites à 96%, qu'elles l'aient réclamée ou non durant le travail.
- Celles qui ont finalement eu la péridurale sont satisfaites à 44% en moyenne, avec un plus grand pourcentage d'insatisfaites pour celles qui l'ont acceptée suite à la proposition d'un professionnel, que pour celles qui l'ont réclamée.

Les principaux motifs d'insatisfactions étaient les suivants :

- Manque d'accompagnement, pas de proposition d'alternative, insistance de la part des professionnels pour qu'elles acceptent la péridurale.
- Des raisons médicales étaient avancées afin de leur imposer ce choix, par exemple naissance de jumeaux, présentation du siège, progression du travail insuffisante, risque de césarienne anticipée.

C. Les critères de satisfaction en salle de naissance

Les facteurs influençant la satisfaction lors de l'accouchement sont multiples et font l'objet de diverses études. Plusieurs questionnaires d'évaluation de la satisfaction existent. On trouve entre autres le Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale, le Labour agency Scale ou encore le Women's views of Birth Labour satisfaction Questionnaire version 4 (WOMBLSQ4) dont la traduction française est parue en 2010. (18)

Le principal critère de satisfaction maternelle est le contrôle personnel de la patiente. En effet, il apparaît essentiel que la patiente se soit sentie compétente et efficace pour être satisfaite(19). De même, son implication dynamique dans l'accouchement et dans les décisions médicales augmente sa satisfaction (20). Pour cela la patiente doit être informée de manière claire et compréhensible.

Un autre déterminant est la relation avec le soignant. En effet une attitude attentive et une bonne communication permettent une meilleure adhésion aux soins et un plus fort taux de satisfaction (18), (19), (21), (22).

La douleur est un déterminant important. En effet, un haut niveau de douleur est lié à un taux d'insatisfaction élevé (18). A l'inverse, l'inconfort physique lié à un bloc moteur dû à l'analgésie péridurale entraîne une même perception négative que la douleur (23). Selon une autre étude, la douleur ne joue pas un rôle primordial dans la satisfaction et l'influence beaucoup moins que le contrôle personnel (24).

Un autre déterminant est la mobilisation. En effet la mobilisation a une influence positive sur la satisfaction mais nécessite une grande disponibilité des équipes obstétricales (25). Ce critère rejoint le contrôle personnel avec la volonté des femmes d'être actrices de leur accouchement. Par exemple, pour l'analgésie péridurale déambulatoire, le bénéfice de la déambulation est essentiellement celui d'une meilleure autonomie qui augmente la satisfaction des parturientes vis-à-vis de leur analgésie et une meilleure aptitude à la miction spontanée (26).

D. Problématiques et hypothèses

Le KTPP pourrait préserver la liberté de la patiente de choisir le moment de l'initiation d'une analgésie péridurale dans la limite de la sécurité, chez les parturientes à risque de césarienne. Nos lectures et nos expériences nous ont amené à formuler la question de recherche suivante :

Le cathéter péridural prophylactique a-t-il un impact sur la satisfaction des patientes qui en ont bénéficié ?

Nous posons également la question de recherche secondaire suivante :

Les patientes ont-elles obtenu une information éclairée sur le cathéter péridural prophylactique durant la grossesse ?

Les hypothèses sont les suivantes :

- Les patientes sont globalement satisfaites du KTPP
- Cette technique laisse aux patientes la liberté de décider du moment où elles souhaitent bénéficier d'une analgésie
- Le KTPP n'est pas vécu comme une contrainte
- Les patientes reçoivent une information éclairée sur le KTPP durant la grossesse

MÉTHODE

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive observationnelle mono centrique menée à l'aide de questionnaires et d'une étude de dossiers.

Les patientes sont interrogées au sujet de leur satisfaction et l'information reçue à propos du cathéter péridural prophylactique. Les questionnaires sont menés par téléphone. La période entre l'accouchement et l'entretien téléphonique était variable : de deux ans et sept mois pour la plus longue, 20 jours pour la plus courte.

II. Terrain et durée de l'étude

L'étude est réalisée sur une période qui s'étend du 15 mai 2014 au 21 janvier 2017 dans la maternité du CMCO (Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical) de Schiltigheim dans le Bas-Rhin. Il s'agit d'une maternité de niveau IIb qui prend en charge 3400 accouchements par an.

III. Population concernée

Critères d'inclusion :

- Pose d'un KTPP
- Accouchement entre la période du 15 mai 2014 au 21 janvier 2017
- Accouchement au CMCO

Critères d'exclusion :

- Barrière linguistique
- Interruption médicale de grossesse
- Mort fœtal in utéro

IV. Critères de jugement

- A. Les analyses de dossiers

Dans les dossiers, nous relevons des données générales et obstétricales. A l'aide d'une grille, nous recueillons des données contenues dans le dossier informatique du logiciel DIAMM, dans le dossier obstétrical ainsi que dans le dossier d'anesthésie. Nous recueillons les données générales : l'âge, la parité, le terme de l'accouchement, la date de l'accouchement, l'IMC avant la grossesse.

Nous relevons dans le dossier d'anesthésie la traçabilité : risque d'IOT difficile, APD ou KTRP recommandé.

Nous relevons les données en rapport avec le travail et l'accouchement : travail spontané, déclenchement, accouchement normal, instrumental, césarienne.

Nous recherchons l'indication du KTRP, le moment de la pose, le moment de son utilisation et la dilatation cervicale.

Nous notons également si le KTRP a été utilisé une première fois dans l'urgence pour une césarienne, une délivrance artificielle ou une révision utérine.

S'il y a eu une césarienne en urgence, nous recherchons aussi le type d'anesthésie effectuée : générale ou péridurale.

(Grille de données en Annexe II)

B. Les questionnaires

Lors de chaque entretien avec une patiente, nous nous présentons et expliquons le sujet et l'objectif de l'enquête. Nous précisons que le questionnaire est anonyme et que les données personnelles comme le numéro de téléphone et le NIP (numéro d'identification personnel) seront détruits à la fin de l'étude. Nous demandons à chacune son accord pour participer à l'étude.

Le questionnaire comporte 25 questions et dure ainsi environ 10 minutes.

Le questionnaire contient des questions ouvertes, des questions fermées à choix binaires répondant par oui ou non et des questions à choix multiples. Pour certaines questions nous établissons des échelles allant de 1 à 10, le chiffre 1 signifiant « pas du tout », le chiffre 10 « tout à fait ». Les réponses aux questions fermées sont des réponses uniques sauf pour la question 9 et 17 pour lesquelles plusieurs réponses étaient possibles.

Le questionnaire est composé de trois parties :

- La première interroge la patiente sur la période du prépartum : l'information reçue en consultation d'anesthésie et son souhait initial par rapport à la péridurale.
- La deuxième partie s'intéresse au déroulement du travail : compléments d'information reçus en salle d'accouchement concernant le KTPP, prise en charge après la pose du KTPP (cardiotocographe, mesure de la tension artérielle, de la saturation périphérique en oxygène, électrocardiogramme, voie veineuse périphérique), mobilisation, moment de l'utilisation du cathéter, influence qu'il a pu avoir sur leur souhait d'analgésie.
- Enfin, la troisième partie interroge les patientes sur leur avis général par rapport à cette technique. Le sentiment de liberté du choix du moment de l'analgésie, de sécurité ou de contrainte lié à ce cathéter. La dernière question interroge les patientes sur leur satisfaction vis-à-vis de cette technique à l'aide de l'échelle numérique.

(Questionnaire en Annexe I)

V. Recueil de données et analyse statistique

Les données étaient saisies sur le logiciel Excel. L'analyse statistique descriptive a été faite à l'aide de ce dernier. Le logiciel Statview nous a servi à croiser des variables. Nous avons effectué des tests de Student et ANOVA. Pour traiter les questions ouvertes nous avons transcrit les réponses dans le logiciel Word.

RÉSULTATS

I. Analyse des dossiers

Nous commencerons par présenter les données recueillies à l'aide des dossiers. Tout d'abord nous détaillerons le recrutement de la population, puis nous décrirons notre échantillon pour finalement exposer nos résultats sur le déroulement et l'issue du travail, le moment de la pose du KTPP, de son utilisation et enfin les indications de celui-ci.

A. Recrutement de la population

Du 14/05/2014 au 11/10/2016, 46 patientes ont bénéficié d'un cathéter de péridurale prophylactique.

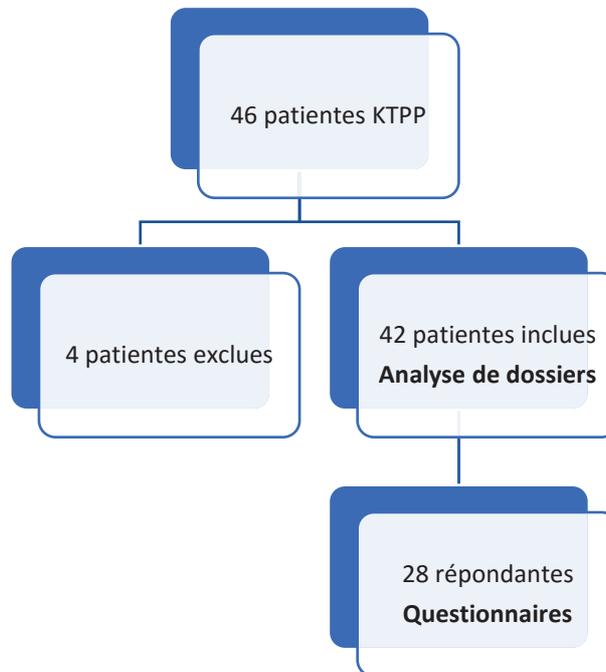


Figure 1 : Organigramme de sélection des patientes

Nous avons exclu quatre patientes pour les motifs suivants :

- Deux patientes ne parlaient pas la langue française
- Un cas de mort fœtale in utero
- Une interruption médicale de grossesse

Nous avons donc deux échantillons que nous noterons ainsi :

- $n_1 = 42$ qui correspond à l'analyse de dossier
- $n_2 = 28$ qui correspond aux répondantes du questionnaire

B. Description de l'échantillon

1. L'âge

La médiane est de 33 ans [22; 42].

2. L'indice de masse corporelle

L'IMC de début de grossesse est en moyenne de 27 kg/m² [17; 42].

Le tableau I décrit la répartition des IMC selon la classification de l'OMS.

Tableau I : Nombre de patientes en fonction de leur IMC

IMC (kg/m ²)	< 18.5	18.5 - 25	25 - 30	30 - 35	35 - 40	≥40
Interprétation	Insuffisance pondérale	Corpulence normale	Surpoids	Obésité		
				Classe I	Classe II	Classe III
n	5	13	14	2	5	3

Le taux d'obésité est de 23,8%.

3. Les antécédents obstétricaux

Les trois quarts de la population sont constitués de multipares (il s'agissait de la naissance d'un deuxième enfant pour la moitié d'entre elles). La répartition de la parité dans nos deux échantillons est représentée dans le tableau II.

Tableau II : Nombre de patientes et pourcentages en fonction de la parité dans l'échantillon n₁ et l'échantillon n₂

	Parité	I	II	III	IV	V	VI	Total
n₁	Nombre	10	16	10	2	2	2	42
	Pourcentage	23,83%	38,09%	23,80%	4,76%	4,76%	4,76%	100%
n₂	Nombre	7	10	6	1	2	2	28
	Pourcentage	25,00%	35,71%	21,42%	3,57%	7,14%	7,14%	100%

Dans notre échantillon n₁, 40,4% des patientes avaient un antécédent de césarienne (17/42).

Dans notre échantillon n₂, elles étaient 42,8% (12/28).

4. La consultation d'anesthésie

Une patiente n'a pas eu de consultation d'anesthésie programmée avant l'accouchement.

La moitié des dossiers d'anesthésie indiquait qu'une APD précoce et/ou un KTPP étaient recommandés pour l'accouchement (21/42). La traçabilité se répartit comme suit :

- Pour 12 d'entre eux l'APD précoce était notée
- Pour cinq d'entre eux le KTPP était noté
- Pour quatre d'entre eux les deux étaient notés

C. Le travail et l'accouchement

1. Le terme

Le terme de l'accouchement est en moyenne de 39 semaines d'aménorrhées (SA) et 1 jour [35 SA + 3; 42 SA].

2. Le travail

Pour une grande majorité des patientes le travail était déclenché (80,95%)

Les modes de déclenchement étaient les suivants :

- 16 par perfusion d'ocytocine
- 8 par dinoprostone (Propess® ou prostine E2®)
- 8 par sonde de Foley
- 1 par misoprostol (Cytotec®)
- 1 par rupture artificielle des membranes

Les indications de déclenchement retrouvées sont les suivantes (il y avait parfois plusieurs indications par patiente) :

- Dépassement de terme (n=5)
- Diabète gestationnel déséquilibré et/ou suspicion de macrosomie (n=4)
- HTA (n=4)
- Hypotrophie (n=4)
- ARCF (n=4)
- Rupture ou fissure des membranes > 24h (n=3)
- Fenêtre thérapeutique d'un traitement anticoagulant (n=3)
- Pré-éclampsie (n=3)

Moins fréquemment, cholestase gravidique, oligoamnios, macrosomie, métrorragies, HELLP syndrome et grossesse gémellaire, thrombopénie et zona ont été des indications de déclenchement (n≤2).

Pour 8 patientes sur 42 le travail était spontané.

3. L'issue du travail

Dans l'échantillon n₁ :

31 patientes ont accouché par voie basse dont 4 à l'aide d'une extraction instrumentale.

11 patientes ont eu une césarienne (26,19%).

Les indications des césariennes étaient les suivantes :

- ARCF (n=2)
- ARCF et échec de déclenchement (n=1)
- ARCF et suspicion de rupture utérine (n=1)
- Stagnation de la dilatation (n=3)
- Échec de déclenchement (n=2)
- Non engagement (n=1)
- HELLP syndrome et pré-éclampsie sévère (n=1)

Dans l'échantillon n₂ :

Dix-neuf patientes sur 28 ont accouché par voie basse dont trois à l'aide d'une extraction instrumentale.

Neuf patientes ont eu une césarienne (32,14%).

D. Les indications du KTPP

Nous avons relevé les facteurs de risques qui justifiaient la pose du KTPP. Nous avons également mis en évidence le nombre de grossesses avec une pathologie liée à celle-ci.

Tableau III : Facteurs de risque des patientes amenant à la pose du KTPP

Facteurs de risque	Dans n1	Dans n2
Déclenchement	29	19
Utérus cicatriciel	17	12
Obésité (IMC \geq 30)	10	5
ARCF	6	5
Diabète gestationnel + macrosomie/hydramnios	5	3
Risque d'IOT difficile	5	3
Pré-éclampsie	3	2
HTA	3	1
Grossesse gémellaire	2	1
Macrosomie	2	1
HELLP syndrome	1	1
Grande multiparité	1	1
Latérocidence de la main	1	1
Traitement de substitution (Méthadone)	1	0
Allergie aux curares	1	1
Grossesses pathologiques	28	20

Nous retrouvons le plus souvent plusieurs facteurs de risque par patiente. Seulement 14 patientes sur 42 n'avaient qu'un seul facteur de risque. Les indications isolées étaient les suivantes :

- 5 utérus cicatriciels
 - 5 déclenchements pour
 - 2 IMC \geq 35
 - 2 ARCF
- 
 - ARCF
 - Oligoamnios
 - Dépassement de terme
 - Hypotrophie
 - RSM>24h

E. La pose du KTPP

La médiane de la dilatation cervicale au moment de la pose du KTPP est de 3 cm [0; 6,5].

F. L'utilisation du KTPP

Pour 39 patientes sur 42 le KTPP a été utilisé.

1. Dilatation cervicale

La médiane de la dilatation cervicale lors de l'utilisation du KTPP est de 3.5 cm [0; 10].

Sur les 38 patientes ayant utilisé le KTPP, on retrouve une différence de dilatation entre le moment de la pose du cathéter et son utilisation chez 25 d'entre-elles. La différence de dilatation entre ces 2 moments est en moyenne de 1,3 cm.

2. L'intervalle de temps

L'intervalle de temps entre la pose du KTPP et son utilisation est en moyenne de 3 heures et demi. L'intervalle minimum étant de 45 minutes, le maximum de 13 heures et 15 minutes.

3. Raison de l'utilisation du KTPP

Pour 5 patientes, le KTPP a été utilisé une première fois pour une césarienne en urgence. Parmi celles-ci, une césarienne s'est faite sous anesthésie générale car l'anesthésie locorégionale était inefficace. Les autres ont eu lieu sous anesthésie locorégionale en se servant du KTPP.

Un seul KTPP a été utilisé une première fois lors d'une complication du post-partum, il s'agissait d'une délivrance artificielle pour rétention placentaire avec une hémorragie de la délivrance estimée à 600 mL.

4. Complications d'anesthésie

Aucune complication d'anesthésie n'a été relevée. Cependant, 2 KTPP étaient inefficaces au moment de leur utilisation, ce qui a entraîné :

- 1 passage en anesthésie générale pour une césarienne en urgence (cité ci-dessus)
- 1 cathéter péridural retiré et reposé au cours du travail car la patiente n'était pas soulagée

II. Résultats des questionnaires

Nous allons maintenant rapporter les résultats de notre enquête. Nous commencerons par décrire les réponses portant sur l'information reçue puis les réponses portant sur la satisfaction des patientes.

A. Déroulement de l'enquête

Nous avons interrogé les femmes du 12 décembre 2016 jusqu'au 13 février 2017.

Sur les 42 femmes incluses dans notre étude, 28 ont répondu au questionnaire. Le taux de participation est de 66,6%.

B. L'information

Douze patientes sur 28 (42,8%) ont été informées durant la grossesse de la nécessité d'une analgésie péridurale en raison d'une pathologie existante.

Pour les questions concernant la consultation d'anesthésie, certaines n'ont pas pu nous répondre car elles ne s'en souvenaient plus.

Sur 28 participantes, 23 ont pu répondre à la question portant sur l'APD précoce. Quinze patientes sur 23 (71,7%) déclarent que le médecin anesthésiste a évoqué la sécurité que l'APD pouvait apporter dans le cadre de leur accouchement.

Dix femmes sur 25 répondantes (40%) déclarent que le médecin anesthésiste a évoqué la possibilité de poser un KTRP. Sur neuf d'entre elles (une ne s'en souvenait plus), elles sont cinq à avoir été informées du risque d'échec de cette technique.

La répartition des patientes avec utérus cicatriciel (n=12) en fonction de l'information reçue sur l'APD précoce et le KTRP est représentée dans le tableau IV.

Tableau IV : Nombre de patientes avec antécédent de césarienne en fonction de l'information reçue au cours de la grossesse

Réponses	Oui	Non	Ne sait plus	Total
Accouchement non physiologique	7	5	0	12
Information sur l'APD précoce	9	1	2	12
Information sur le KTPP	6	6	0	12
Total	22	12	2	

La répartition des patientes avec une grossesse pathologique (n=20) en fonction de l'information reçue sur l'APD précoce et le KTPP est représentée par le tableau V.

Tableau V : Nombre de patientes avec une grossesse pathologique en fonction de l'information reçue au cours de la grossesse

Réponses	Oui	Non	Ne sait plus	Total
Accouchement non physiologique	9	11	0	20
Information sur l'APD précoce	9	6	5	20
Information sur le KTPP	5	12	3	20
Total	23	29	8	

La clarté de l'information reçue au sujet du KTPP a été estimée sur une échelle de 1 à 10. La moyenne est de 9,4 [8; 10].

Les patientes n'ayant pas eu l'information en consultation d'anesthésie étaient interrogées sur le moment où elles ont pris connaissance du KTPP.

Elles sont 18 à avoir répondu à cette question. Les réponses étaient les suivantes :

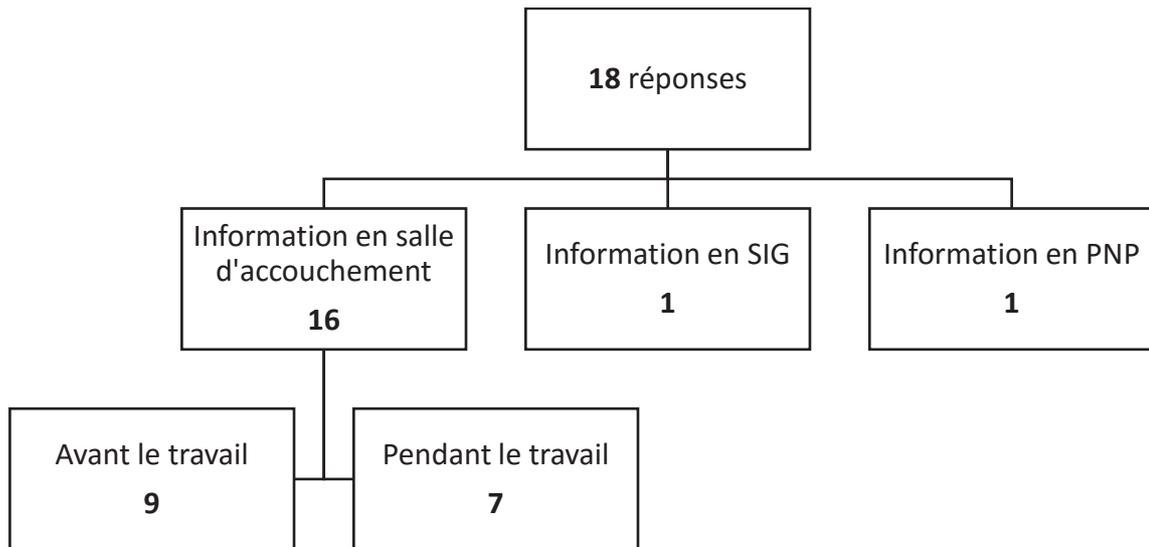


Figure 2 : Organigramme de l'information reçue par les patientes non informées en consultation d'anesthésie¹

Nous leur demandions également qui les avait informées. Plusieurs réponses étaient possibles. Deux d'entre elles n'ont pas pu répondre car elles ne s'en souvenaient plus. La plus citée est la sage-femme (n=12) puis le médecin anesthésiste (n=4) et enfin le gynécologue obstétricien (n=2).

La compréhension de l'intérêt du KTPP avant sa pose était évaluée à l'aide d'une échelle numérique de 1 à 10. La moyenne obtenue est de 8,5 [5; 10].

Sur les 28 participantes, 26 avaient compris que le KTPP était une sécurité supplémentaire face à un risque d'intervention en urgence. Les deux patientes qui ne l'avaient pas compris nous révèlent qu'elles n'avaient pas eu d'explication sur l'intérêt médical du KTPP.

C. La satisfaction

1. Le projet initial des patientes

Les patientes ont été interrogées sur leur désir ou non d'avoir une analgésie péridurale durant le travail. Les réponses obtenues sont représentées dans la figure 3.

¹ PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité
SIG : Surveillance intensive de grossesse

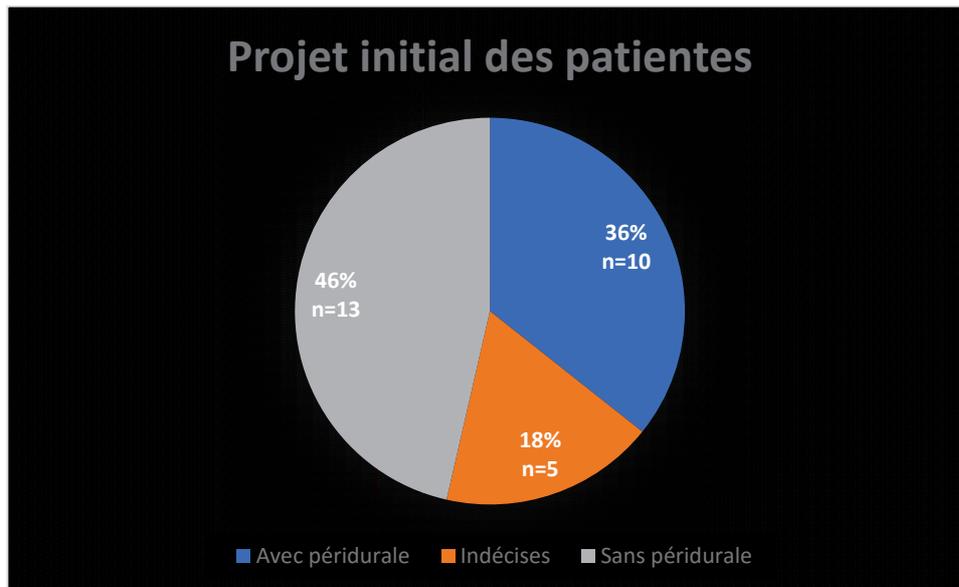


Figure 3 : Le projet initial des patientes au sujet de l'analgésie péridurale

Cette question était suivie d'une question ouverte leur demandant les raisons de ce choix.

Pour les femmes souhaitant initialement une péridurale, elles l'expliquaient le plus souvent par un désir d'être soulagée, de ne pas ressentir les douleurs (cette idée est retrouvée dans 4 réponses) :

- « *Si ça existe c'est pour soulager.* »
- « *Je n'avais pas envie de souffrir.* »

L'expérience négative d'un premier accouchement qualifié de long et douloureux est citée quatre fois :

- « *Je savais que la péridurale serait attendue avec impatience.* »

Deux femmes ont justifié leur choix par la sécurité que pouvait leur apporter l'analgésie péridurale. Voici leurs propos :

- « *Je ne voulais pas accoucher sans par peur de la rupture utérine et de tous les risques.* »
- « *Comme c'était des jumeaux, j'étais plus rassurée avec la péridurale.* »

Pour les femmes n'ayant pas encore fait leur choix, nous retrouvons dans toutes les réponses le désir d'essayer sans péridurale.

- « *Je voulais aller le plus loin possible sans mais ne m'interdisais pas le droit d'être soulagée.* »

Une femme cite l'accouchement naturel :

- « *Je voulais essayer l'accouchement naturel.* »

Une autre évoque son premier accouchement pour lequel on a déclenché le travail et qui s'est terminé en césarienne comme une motivation à essayer sans.

Pour les femmes ne souhaitant pas de péridurale, le terme le plus cité est « naturel » (7/13 réponses). En effet, les femmes exprimaient souvent un souhait d'accoucher naturellement :

- « *Je voulais accoucher le plus naturellement possible.* »
- « *C'est naturel d'accoucher sans.* »

Le vécu du ou des précédents accouchements est cité huit fois. Pour la plupart, elles se justifient par un accouchement précédent sans péridurale qui s'est bien passé. Une patiente évoque sa précédente césarienne comme une motivation à accoucher par voie basse sans péridurale. Enfin, une autre décrit son premier accouchement sous péridurale comme plus long que ce qu'il aurait dû être. Elle ajoute qu'elle « *ne sentait plus rien* » en comparaison à son deuxième accouchement sans péridurale, en accompagnement global, dont elle garde un très bon souvenir.

Nous retrouvons plusieurs fois cette idée de « sentir » :

- « *Je voulais sentir tout ce qui se passait.* »
- « *écouter son corps* »
- « *prendre les choses en main* »
- « *être actrice* ».

Trois patientes mettent en avant la multiparité pour se justifier :

- « *C'est mon troisième enfant.* »

D'autres expriment leur peur de la péridurale. Pour l'une d'entre elles sa peur vient de la crainte des aiguilles, pour une autre, des risques liés à la péridurale. La dernière m'explique sa peur par son mauvais vécu de la rachianesthésie pour son premier enfant qui lui a causé des douleurs dans le dos durant plusieurs semaines. Enfin, deux patientes me disent savoir par leurs précédentes expériences qu'elles gèrent bien les contractions.

2. Prise en charge après la pose de KTPP

Le protocole en vigueur dans le service ne prévoyait aucune surveillance particulière après la pose du KTPP sauf si une dose-test était injectée, auquel cas une surveillance hémodynamique de cinq minutes et l'élimination d'un bloc moteur étaient indiquées. Une voie veineuse devait être en place (Protocole en Annexe III). Pour savoir ce qu'il en était réellement, nous avons interrogé les patientes sur la présence d'une voie veineuse périphérique et la surveillance mise en place entre le moment de la pose du KTPP et son utilisation. Une patiente ne s'en souvenait plus du tout et n'a pas pu répondre à ma question, certaines répondaient avec beaucoup

d'hésitation selon les items. Le plus souvent elles pouvaient facilement nous répondre pour le CTG mais pas toujours de manière certaine pour les autres moyens de surveillance et la perfusion.

Les réponses obtenues sont les suivantes :

- Perfusion : 23/27
- Monitoring : 22/27
- Tension artérielle : 19/27
- Saturation périphérique en oxygène : 17/27
- Électrocardiogramme : 12/27
- Autre : bronules obturées 2/27

Une seule patiente déclare n'avoir eu ni surveillance en continu, ni perfusion.

Nous avons utilisé une échelle de 1 à 10 pour savoir si cette surveillance était pour elles une contrainte. La note de 1 signifiant « pas du tout » et 10 « tout à fait ».

La moyenne obtenue est de 3,03 [1 ; 10].

Dix-huit femmes sur 27 (66,6%) ont donné la note de 1.

Huit femmes sur 27 (29,6%) ont vécu cette surveillance comme une contrainte (note supérieure à 5). La moitié d'entre elles avait un souhait initial d'accouchement sans péridurale.

3. La mobilisation

Nous interrogeons les femmes à propos de leur mobilisation après la pose du KTPP et avant son utilisation. Vingt-deux femmes sur 28 ont affirmé être restées alitées (78,57%). Pour celles qui ont répondu « non » (n=6) nous cherchions à savoir de quelle manière elles se sont mobilisées, si elles sont retournées en chambre, si elles se sont simplement assises dans un fauteuil ou si elles s'étaient servies d'un ballon.

La durée de la déambulation est très variable d'une patiente à l'autre. Voici les précisions concernant la déambulation pour chacune d'entre elles :

- Déambulation pendant cinq heures dans les couloirs avec deux surveillances CTG d'environ 30 minutes chacune
- Déambulation pendant deux heures et 45 minutes
- Déambulation dans les couloirs pendant deux heures
- Retour en chambre où elle est restée alitée
- Déambulation pendant 15 minutes en salle d'accouchement et aller-retours aux toilettes

- Aller-retours pour se rendre aux toilettes

Certaines patientes qui sont restées alitées ont ajouté les commentaires suivants :

- Elle voulait se mobiliser pour se soulager mais la sage-femme lui disait de ne pas trop bouger pour la surveillance, elle a vécu cela comme « *une grosse frustration* ».
- « *On a tenté le ballon mais on a dû arrêter car on ne captait plus le cœur du bébé.* »

Sur les 22 patientes restées alitées, 16 avaient une grossesse pathologique.

Dix-neuf patientes sur 28 ne souhaitaient pas se mobiliser davantage (67,8%).

Le tableau ci-dessous représente la synthèse des deux dernières questions. Nous avons comparé le fait d'être restée alitée avec le fait de vouloir se mobiliser davantage. Nous observons que 75% (15/22) des patientes qui sont restées alitées ne souhaitaient pas se mobiliser davantage.

Tableau VI : La déambulation des patientes après la pose du KTPP en fonction de leurs besoins

Réponses	Sont restées alitées	Ont déambulé	Total
Souhaitaient se mobiliser davantage	7	2	9
Ne souhaitaient pas se mobiliser davantage	15	4	19
Total	22	6	28

4. Le moment de l'utilisation du KTPP

« A quel moment a été injecté dans le cathéter la solution anesthésique pour soulager votre douleur ? ». Nous avons recueilli les réponses suivantes :

Tableau VII : Réponses à la question 16

Réponses	Nombre
Lorsque vous l'aviez demandé	9
Lorsqu'on vous l'a proposé et que vous avez accepté	7
Lorsque l'équipe médicale vous l'a imposé	3
Dans un contexte d'urgence	6
Vous n'avez pas eu recours à cette analgésie	3
Total	28

L'analgésie a été faite en accord avec la patiente dans 84,2% des cas (16/19, groupes « lorsque vous l'aviez demandé » et « lorsqu'on vous l'a proposé et que vous avez accepté »)

Pour les femmes n'ayant pas utilisé les KT (n=3), les motifs étaient similaires :

- Deux ont répondu que c'était parce qu'elles souhaitaient accoucher sans analgésie
- Une a répondu à la fois son souhait d'accoucher sans et la rapidité du travail

La question suivante explorait leur ressenti en fonction du moment de l'injection. Cette question n'a pas été posée aux femmes qui ont eu recours à cette analgésie dans un contexte d'urgence. Nous avons au total 19 réponses qu'illustre la figure ci-dessous :

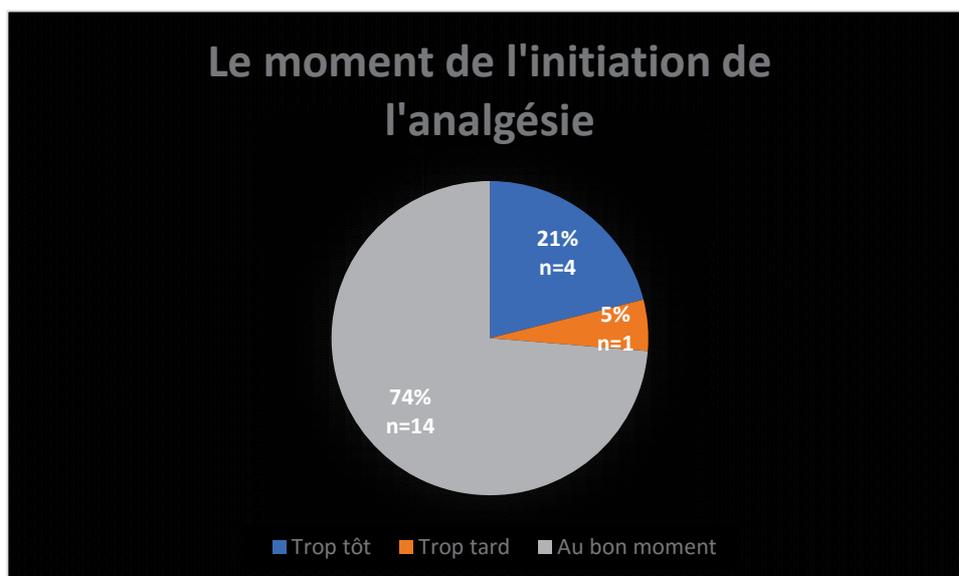


Figure 4 : Perception du moment de l'initiation de l'analgésie par les patientes

Nous avons comparé la qualification du moment de l'analgésie avec le fait qu'elles l'aient demandée, acceptée ou qu'elle leur a été imposée.

Tableau VIII : Comparaison entre la perception du moment de l'analgésie et la réponse à la question 16

Réponses	Trop tôt	Trop tard	Au bon moment	Total
Lorsque vous l'aviez demandé	0	1	8	9
Lorsqu'on vous l'a proposé et que vous avez accepté	1	0	6	7
Lorsque l'équipe médicale vous l'a imposé	3	0	0	3
Total	4	1	14	19

Si elles avaient répondu « trop tôt » ou « trop tard » (n=5) nous leur demandions de nous expliquer quelles en étaient les raisons.

Pour les patientes ayant répondu « trop tôt », elles l'expliquaient de la manière suivante.

- Une des patientes avait eu une pose de KTPP à 7h45 et une utilisation à 8h30. Son EVA était toujours à 0 dans le dossier. Elle nous explique qu'elle n'avait plus de douleurs après la pose du cathéter car il a été injecté une dose-test. L'équipe lui avait bien expliqué qu'elle décidera du moment où elle voulait être soulagée. A 8h30 elle n'avait toujours aucune douleur mais le médecin anesthésiste ayant pris la relève de la garde, a injecté en lui expliquant que c'était mieux d'injecter maintenant sinon elle allait avoir trop mal. Elle me déclare « *je pense qu'il y a eu un quiproquo entre les équipes* » et a le sentiment qu'on lui a imposé cette analgésie.
- Une patiente m'explique qu'elle avait des contractions « *légères et gérables comparé aux autres accouchements* » et qu'elle n'a pas compris pourquoi on voulait injecter. Mais finalement la naissance a eu lieu 45 minutes après « *donc je pense que c'est pour ça et qu'ils ont bien fait* ».
- Une autre patiente déclare simplement qu'elle trouvait cette analgésie trop précoce car elle n'en voulait pas.
- Une patiente déclare comme la précédente, qu'elle n'en voulait pas puis ajoute que l'injection a eu lieu juste avant l'accouchement :

- « *J'avais des douleurs mais j'avais envie de pousser. Quelqu'un est venu et me l'a proposé plusieurs fois alors que je n'en voulais pas.* »

Elle met l'accent sur l'insistance du professionnel pour la convaincre du bienfait de l'analgésie. Elle a fini par accepter mais n'en voyait pas l'intérêt puisqu'elle était en train de pousser.

La seule ayant répondu « trop tard » nous explique que sa fille est née 30 minutes après et qu'elle ne sentait plus rien.

- « *Avec le recul je pense que je l'ai demandé trop tard [...], le fait d'injecter plus tôt m'aurait peut-être permis de mieux gérer, de mieux sentir la poussée.* »

Elle était fatiguée, avait envie de dormir et n'était plus actrice de son accouchement.

5. La notion de liberté, de choix et de contrainte

a. Influence du KTPP sur la demande de l'analgésie

Nous cherchions à savoir si le KTPP a influencé les patientes vers la demande d'analgésie. Cette question n'était pas appropriée à toutes les patientes (pas de contractions douloureuses avant l'analgésie ou l'anesthésie, analgésie pour raison médicale). Sur les 21 réponses obtenues, 42,8% des patientes pensent que le KTPP les a influencées (9/21).

Le tableau ci-dessous présente la comparaison entre le souhait initial par rapport à l'APD et le fait que le KTPP les a influencées ou non vers la demande d'analgésie.

Tableau IX : Comparaison entre le souhait initial des patientes et l'influence du KTPP vers l'analgésie

Réponses	Influence	Pas d'influence	Total
Souhait d'accoucher avec APD	2	6	8
Indécises	0	1	1
Souhait d'accoucher sans APD	7	5	12
Total	9	12	21

b. Liberté du moment de l'analgésie

Comme pour la question précédente, certaines patientes n'avaient pas d'avis sur la question en raison du contexte de l'utilisation du KTPP. Parmi les 24 répondantes, 79,1% trouvent que le KTPP leur a laissé la liberté du moment de la mise en place de l'analgésie (19/24).

Une des patientes n'ayant pas eu recours à l'analgésie péridurale durant le travail m'a répondu oui après un temps d'hésitation et ajoute :

- « *Oui, même si on me l'a imposé car on peut ne pas l'utiliser.* »

c. Contrainte

78,5% des patientes n'ont pas vécu cette technique comme une contrainte (22/28).

Celles qui l'ont vécu comme une contrainte (21,4% (6/28)) avaient de multiples raisons. Trois patientes ont relevé le caractère obligatoire du KTPP :

- « *C'est obligatoire.* »
- « *J'ai le sentiment de ne pas avoir eu le choix.* »

L'une d'entre elles est la patiente qui s'est vu imposer une analgésie après le changement d'équipe.

- « *Du fait de n'avoir pas eu la liberté de choisir le moment de la péridurale.* »

Une autre nous dit qu'elle avait encore aujourd'hui des dorsalgies au point de ponction suite à sa première péridurale. La patiente dont l'indication du KTPP était la latérocidence de la main me répond qu'elle l'a vécu comme une contrainte car elle souhaitait accoucher naturellement et que le risque de césarienne est arrivé de manière très brutale :

- « *Je l'ai vécu comme une agression.* »

Enfin la dernière m'explique qu'elle a très mal vécu la pose du cathéter qui a été longue et difficile.

Parmi ces six patientes qui ont vécu cette technique comme une contrainte :

- Trois avaient pour projet d'accoucher sans APD et trois n'étaient pas encore décidées pendant la grossesse
- Trois ne trouvent pas que le KTPP leur a laissé la liberté du moment de la mise en place d'une analgésie
- Trois patientes n'ont pas eu recours à l'analgésie pendant le travail
- Deux d'entre elles se sont vu imposer l'analgésie par l'équipe médicale et ont qualifié ce moment de « trop tôt »

- Deux auraient souhaité se mobiliser davantage
- Pour l'une d'entre elles il s'agissait d'une première utilisation en vue d'une césarienne

6. La satisfaction globale

La dernière question de notre questionnaire concernait la satisfaction globale par rapport au cathéter péridural prophylactique. Nous avons utilisé une échelle de 1 à 10, 1 signifiant « pas du tout satisfaite » et 10 « entièrement satisfaite ».

Nous avons obtenu une moyenne de 8,28 [4; 10].

82,14% des participantes ont donné une note supérieure à 5 (23/28)

11 ont donné la note de 10.

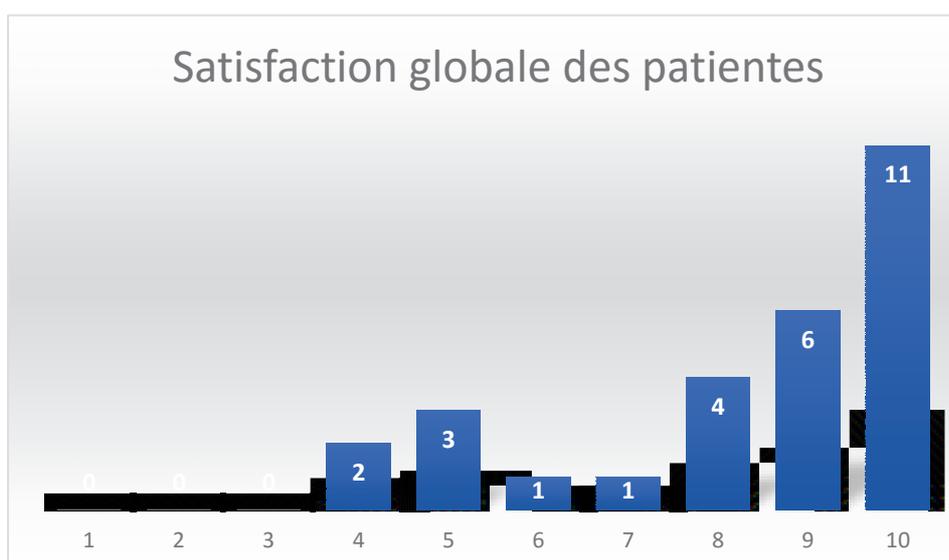


Figure 5 : La satisfaction des patientes sur une échelle de 1 à 10

Nous avons comparé ces résultats au projet initial des patientes d'accoucher avec ou sans APD. Les patientes ayant pour projet d'accoucher avec péridurale sont en moyenne plus satisfaites que les autres.

Tableau X : Satisfaction moyenne des patientes en fonction de leur souhait initial au sujet de l'APD

Projet initial	Avec APD	Indécises	Sans APD
Satisfaction moyenne	9,1	7,6	7,9

Pour vérifier le lien entre la satisfaction et le choix initial nous avons utilisé un test ANOVA.

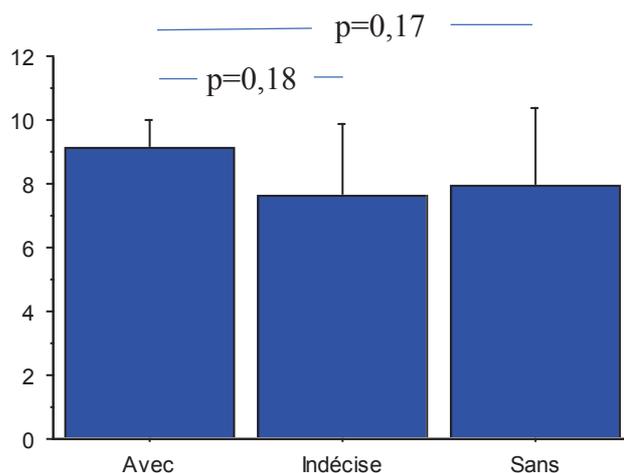


Figure 5 : Différence de satisfaction selon le souhait initial des patientes d’avoir une APD (test ANOVA)

L’analyse statistique nous montre qu’il n’existe pas de différence significative de la satisfaction des patientes selon leur souhait initial d’avoir ou non une péridurale ($p=0,185$ et $0,176$). Il existe toutefois une tendance vers une plus grande satisfaction des patientes souhaitant une péridurale.

De même nous avons comparé le fait de vouloir se mobiliser davantage avec la satisfaction. Les patientes qui auraient souhaité se mobiliser davantage étaient en moyenne moins satisfaites que les autres.

Tableau XI : Satisfaction moyenne en fonction de la volonté des patientes de se mobiliser davantage

Aurait souhaité se mobiliser davantage	Oui	Non
Satisfaction moyenne	7,2	8,7

Pour vérifier si la différence est significative nous avons appliqué un test de Student.

Les patientes qui auraient souhaité se mobiliser davantage étaient moins satisfaites que les autres ($p=0,055$; tendance à la significativité).

DISCUSSION

Notre travail avait pour objectif d'évaluer la satisfaction des patientes qui ont bénéficié d'un KTPP durant le travail et la qualité de l'information reçue à ce sujet. Nous commencerons par discuter de la validité de notre étude. Ensuite, nous discuterons de l'information reçue par les patientes. Enfin, nous analyserons nos résultats obtenus au sujet de la satisfaction des patientes.

I. Validité de notre étude

A. Représentativité de l'échantillon

Notre population source était les femmes ayant eu un KTPP à la maternité du CMCO. Tous les KTPP posés ont été répertoriés dans les registres d'anesthésie qui nous ont servi de support de sélection des patientes. C'est pourquoi l'échantillon de 42 patientes dont nous avons analysé les dossiers est représentatif de la population du site du CMCO, mais pas de la population générale. En effet, le fait que notre étude soit monocentrique et la petite taille de notre échantillon ne nous permettent pas d'étendre nos résultats à la population française. Pour ce qui est de notre enquête menée auprès des patientes, nous nous étions fixé comme objectif d'obtenir 25 réponses au minimum. Nous en avons obtenu 28 ce qui nous donne un taux de participation très satisfaisant qui s'élève à 66,6%.

B. La validité du questionnaire

Nous n'avons pas trouvé de questionnaire validé adapté à notre sujet d'étude qui est très spécifique. Nous l'avons testé sur trois personnes de notre entourage car la petite taille de notre échantillon ne nous a pas permis de le tester sur des patientes ayant eu un KTPP. Nous les avons choisies en fonction de leur disponibilité mais surtout parce qu'elles n'exerçaient pas une profession médicale. Cela nous a permis de réajuster notre vocabulaire et le contenu global de notre questionnaire (simplifier les questions, modifier les modalités de réponse).

C. Biais de l'étude

Notre étude comprend plusieurs biais. Le premier est le biais de mémoire. En effet nous avons interrogé des patientes qui avaient pour certaines accouché plusieurs mois, voire plusieurs années auparavant. Il arrivait que des questions restent sans réponses et nous pouvons imaginer que certaines réponses étaient biaisées par ce délai plus ou moins long entre l'entretien et l'accouchement. L'information reçue en consultation d'anesthésie, la surveillance mise en place après la pose du cathéter et la mobilisation étaient pour certaines des choses difficiles à se remémorer. Cependant, nous avons préféré inclure les patientes depuis le mois de mai 2014 afin d'avoir un nombre suffisant de patientes à interroger. Par ailleurs, l'intervalle de temps entre l'accouchement et l'entretien téléphonique était très variable d'une femme à l'autre. Or, chez une même personne, la satisfaction est un critère très subjectif qui peut varier au cours du temps.

Le deuxième biais de notre étude est la pauvreté de la littérature à ce sujet. En effet nous n'avons trouvé aucune étude portant spécifiquement sur la satisfaction des patientes ayant bénéficié de ce cathéter de péridurale. Nous ne pouvons donc pas comparer nos résultats avec ceux préexistants. Nous nous baserons sur des enquêtes de satisfaction telles que celle menée par le CIANE que nous avons citée précédemment, malgré le fait qu'elle portait sur la population générale française.

D. L'apport de l'entretien téléphonique

En dehors du fort taux de participation, le fait de mener nos questionnaires par téléphone nous a offert d'autres avantages. Tout d'abord cela nous a permis d'explicitier les questions qui n'avaient pas été comprises. Le cathéter péridural prophylactique est un terme très médical qui était souvent inconnu des patientes, nous avons donc besoin de l'expliquer avec des mots simples et de s'adapter au niveau de connaissances de chaque participante. De plus, cette communication téléphonique nous a permis de recueillir facilement des réponses aux questions ouvertes, ce qui n'est pas toujours le cas des formats papiers ou électroniques. Le recueil de témoignages et de vécus était très enrichissant, et inversement nous tâchions de répondre aux éventuelles questions des participantes. Plusieurs femmes ont beaucoup apprécié le fait de pouvoir s'exprimer à propos de leur accouchement, d'autres en profitaient pour féliciter les équipes de la maternité pour leur travail et leur accompagnement.

II. L'information

Près de la moitié des patientes étaient informées durant leur grossesse que leur accouchement ne serait pas physiologique dans le sens non médicalisé. Cette question n'était pas adaptée à toutes les patientes. En effet, certaines indications comme le déclenchement pour dépassement de terme ou un rythme cardiaque fœtal pathologique ne sont pas prévisibles durant la grossesse. Nous avons relevé le nombre de patientes avec utérus cicatriciel en fonction de l'information qu'elles avaient obtenu à ce sujet. Nous n'observons pas de grande différence entre le nombre de patientes avec un utérus cicatriciel dans le groupe informé et dans le groupe non informé. En effet sur les 12 patientes avec un utérus cicatriciel de notre échantillon n₂, sept étaient informées et cinq ne l'étaient pas. Cela montre les limites des recommandations du CNGOF et de l'ASA sur la prise en charge d'un accouchement avec antécédent de césarienne et l'hétérogénéité des pratiques cliniques. Pour cette indication, nous sommes dans une démarche préventive contrairement à d'autres pathologies qui pourraient amener à utiliser une APD de manière systématique. Il est donc essentiel qu'elles soient informées durant la grossesse que l'APD est encouragée dans leur cas, d'autant plus si cela ne correspondait pas à leur projet initial. La consultation préanesthésique est le moment le plus approprié pour donner cette information. Mais les patientes avec un utérus cicatriciel ont une consultation en surveillance intensive de grossesse pour décider de la voie d'accouchement. Cette consultation durant laquelle elles sont informées des risques que présente leur accouchement est également le moment propice pour évoquer le sujet de l'analgésie péridurale si cela n'a pas encore été fait.

Une majorité de patientes reçoit une information sur le KTPP en salle de naissance. Comme nous l'avons expliqué précédemment, l'indication n'est pas toujours connue au moment de la consultation d'anesthésie. Nous observons également qu'une majorité de patientes avec utérus cicatriciel sont informées durant la consultation d'anesthésie de la sécurité que pouvait apporter l'APD pour leur accouchement. De même sur les dix patientes informées sur le KTPP en consultation d'anesthésie, six avaient un antécédent de césarienne. L'information donnée sur le KTPP en consultation d'anesthésie était estimée claire par les patientes. En effet sur une échelle de 1 à 10 nous obtenons une moyenne de 9,4.

En salle d'accouchement, cette information était délivrée le plus souvent par la sage-femme mais aussi par le médecin anesthésiste et le gynécologue obstétricien. La qualité de

l'information faite à ce moment était également de bonne qualité. En effet, avant la pose du cathéter péridural, les patientes avaient compris son intérêt avec une moyenne à 8,51 sur une échelle de 1 à 10. Deux patientes n'avaient pas compris cet intérêt. L'une d'entre-elles nous explique qu'elle pensait que le KTPP avait été posé au cas où l'accouchement serait trop rapide et qu'elle n'aurait plus le temps d'avoir la péridurale. Il nous semble important de rappeler que depuis la loi du 4 mars 2002, l'accès à l'information est un droit pour les patients. De plus, d'après l'article L.1111-2 du code de la santé publique cette information comprend l'utilité des différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés (27). Dans le cadre particulier du cathéter péridural prophylactique qui comporte deux utilités principales, l'analgésie et l'anesthésie en cas d'urgence, l'information se doit d'être complète pour les femmes qui en bénéficient. Cependant, comme notre étude comporte un biais de mémoire, il est possible que l'intérêt médical du KTPP ait été expliqué à ces patientes et qu'elles ne s'en souviennent plus.

L'utérus cicatriciel semble l'indication privilégiée du KTPP par les professionnels, ce qui correspond aux recommandations françaises. Globalement, que ce soit en consultation d'anesthésie ou en salle de naissance, l'information délivrée sur le KTPP est claire et les patientes sont informées de son intérêt pour leur accouchement, ce qui confirme notre quatrième hypothèse. De plus, une trace écrite de l'information donnée en consultation pourrait pallier à l'hétérogénéité des pratiques. Enfin, nous observons que plusieurs professionnels sont vecteurs de cette information en salle de naissance et particulièrement les sages-femmes qui jouent un rôle très important dans la transmission de cette information.

III. La satisfaction

A. Adéquation entre projet initial et l'utilisation du cathéter péridural prophylactique

Le projet initial des patientes par rapport à l'analgésie péridurale était en grande partie un accouchement sans péridurale (46%). Nous avons comparé nos résultats à ceux de l'enquête du CIANE qui sépare les données en deux groupes, les primipares et les multipares (2), et ceux de l'enquête nationale périnatale (ENP) de 2010 (1).

Tableau XII : Souhait initial des patientes au sujet de l'APD dans notre étude, l'enquête CIANE et l'enquête nationale périnatale de 2010

Réponses	Nos résultats	Enquête CIANE		ENP 2010
		Primipares	Multipares	
Souhait initial d'accoucher avec APD	36%	61%	55%	
Indécises	18%	32%	21%	
Souhait d'accoucher sans APD	46%	7%	24%	26%

Nous ne pouvons tirer de conclusions étant donné que les populations étudiées sont différentes, particulièrement pour l'enquête nationale périnatale qui a exclu les grossesses pathologiques et les césariennes. Cependant, la différence entre les proportions de femmes ne souhaitant pas de péridurale est importante : 46% dans notre échantillon contre 24% des multipares et 7% des primipares d'après le CIANE. L'explication la plus probable est que le cathéter de péridurale prophylactique est davantage proposé aux femmes ayant pour projet d'accoucher sans analgésie péridurale. En effet, pour une patiente qui a pour projet d'accoucher avec une APD, l'équipe aura tendance à attendre sa demande d'analgésie avant de proposer un KTPP. Le KTPP n'étant pas utilisé de manière systématique pour les patientes à risque, dans la pratique, il s'adresse plus aux patientes qui ne souhaitent pas d'analgésie.

Seules trois patientes sur les 13 ne souhaitant initialement pas d'analgésie ont accouché sans. Nous sommes face à un fort taux d'inadéquation entre le souhait d'accoucher sans péridurale et la prise en charge anesthésique effective durant le travail. Dans une étude parue en septembre 2015 qui a interrogé 314 patientes, 22% ne souhaitaient pas de péridurale ou hésitaient. Parmi elles 75% ont quand même eu une analgésie péridurale (28). Notre taux d'inadéquation est de 77% pour les patientes ne souhaitant initialement pas d'analgésie, ce qui est comparable aux résultats de cette étude. Le cathéter prophylactique de péridurale ne semble pas diminuer cet écart entre souhait initial et analgésie péridurale pour les patientes qui n'en souhaitait pas. Mais cette comparaison a ses limites. En effet, cette étude portait sur toutes les grossesses alors que notre population se compose de femmes présentant souvent de multiples facteurs de risques et dont le travail a été déclenché, ce qui augmente le taux d'analgésie péridurale.

Pour mieux comprendre le souhait des patientes par rapport à l'APD durant la grossesse, nous nous sommes intéressés aux motivations de leur choix. Nous avons obtenu des réponses différentes en fonction de leur projet d'accoucher avec ou sans APD. Effectivement, les patientes qui souhaitaient une analgésie péridurale pour leur accouchement l'expliquaient en général par le désir d'être soulagées ou par un mauvais vécu d'un accouchement précédent en raison de la douleur. Deux patientes sur dix ont évoqué le fait que l'APD les rassurerait car elle représentait une sécurité en cas de complication. Il s'agissait d'une patiente avec antécédent de césarienne et d'une patiente avec grossesse gémellaire. Les femmes qui souhaitaient accoucher sans APD avaient de multiples motivations. La plus fréquente était le souhait d'un accouchement naturel. Certaines précisaient qu'elles voulaient garder toutes leurs sensations et rester actrice de leur accouchement. Un vécu positif ou négatif d'un précédent accouchement venait aussi justifier leurs choix. Plus rarement c'était la peur de l'APD qui en était le motif. Une étude française menée en 2009 sur 114 patientes, interrogeait les femmes sur leurs motivations pour accoucher avec ou sans APD. Pour les femmes souhaitant une APD, elles l'expliquaient principalement par leur représentation et la gestion de la douleur ou par des raisons médicales comme éviter l'anesthésie générale. Pour les femmes ne souhaitant pas d'APD elles se justifiaient par la crainte des effets secondaires, par le souhait d'un mode d'accouchement le plus naturel possible, d'y participer activement et de ressentir le passage du bébé (29). Notre étude obtient donc des résultats semblables à celle menée sur une population générale. Malgré le contexte parfois pathologique de la grossesse ou les facteurs de risques, les motivations des femmes pour accoucher avec ou sans APD sont les mêmes. Mais pour quelques patientes souhaitant accoucher avec APD, ce sont les risques liés à leur grossesse et la sécurité anesthésique qui les confortent dans leur choix.

Enfin, nous cherchions à savoir si le fait d'avoir un KTRP en place influence les patientes à demander l'analgésie malgré leur souhait initial d'accoucher sans. Elles étaient une majorité à répondre que le KTRP ne les avait pas influencées vers une demande d'analgésie (57%) ce qui tend vers notre troisième hypothèse. En comparant leurs réponses à leur souhait initial par rapport à l'analgésie péridurale, nous observons que celles qui considèrent que le KTRP les a influencées à demander une analgésie étaient principalement les patientes qui avaient pour projet d'accoucher sans APD. Au contraire, les patientes qui avaient un projet d'accoucher avec une APD déclaraient en majorité que le KTRP ne les avait pas influencées. Le fait d'avoir un cathéter déjà en place peut donc influencer les patientes à demander plus facilement une analgésie et peut être une des causes du taux d'inadéquation cité précédemment.

B. Mobilisation et surveillance durant le travail

D'après le protocole de la maternité, la mise en place d'un cathéter prophylactique de péridurale n'impose aucune surveillance particulière après un premier lever accompagné et permet donc à la patiente de se mobiliser si elle le souhaite. Nous observons tout de même une importante surveillance en continu suite à la pose de KTPP. Nous choisissons de ne prendre en compte que la surveillance par CTG car il semblait être moins soumis au biais de mémoire et rend souvent difficile la mobilisation. Elles sont 22 femmes à déclarer avoir eu une surveillance continue sous CTG, seules deux d'entre-elles ne sont pas restées alitées et déclarent avoir pu marcher avec le monitoring. La surveillance mise en place n'est pas liée à la présence du KTPP mais au caractère pathologique de chaque grossesse. Par exemple pour l'utérus cicatriciel, le CNGOF recommande l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal dès l'entrée en travail (accord professionnel) (10). Notre but était de savoir si la prise en charge médicale était en accord avec les besoins des patientes. La surveillance médicale et la voie veineuse périphérique n'étaient en général pas une gêne pour les patientes. Sur une échelle de 1 à 10 (1 signifiant « pas du tout » et 10 « tout à fait ») nous obtenons une moyenne de 3,03 avec 17 patientes qui ont répondu 1 et huit qui ont donné une note supérieure à 5. Donc la surveillance ne semble pas être en désaccord avec les besoins de la plupart des patientes. En revanche pour certaines patientes, notamment celles qui ne voulaient initialement pas de péridurale, cette médicalisation les a dérangées.

Avec le KTPP les patientes pouvaient déambuler en salle d'accouchement, dans les couloirs ou retourner en chambre en fonction de leur souhait et de la surveillance que nécessitait leur accouchement. Pourtant elles n'étaient que six sur 28 à s'être déplacées sur une période plus ou moins longue. Parmi les patientes restées alitées, une grande partie présentait une grossesse pathologique (16/22), ce qui peut être l'explication d'une surveillance particulière limitant les mouvements de la patiente. Nous remarquons également que seules 32% des femmes auraient souhaité se mobiliser davantage après la pose du KTPP, et que 75% des femmes restées alitées n'en ressentait pas le besoin. Leur souhait par rapport à la mobilisation était donc en majorité respecté et contrairement à ce que nous imaginions, le fait de rester alitée sans analgésie ne s'oppose pas forcément aux besoins de toutes les patientes.

Comme nous l'avons précisé dans l'introduction, la mobilisation est un facteur favorisant la satisfaction des patientes (25). Dans notre étude, nous avons choisi de comparer la satisfaction non pas au fait d'avoir déambulé mais au fait de souhaiter se mobiliser davantage, car la mobilisation ne se limite pas à la déambulation. Nous observons que les patientes qui auraient

souhaité se mobiliser davantage qu'elles l'ont fait étaient moins satisfaites que les autres ($p=0,055$). La non-significativité s'explique par le nombre insuffisant de patientes mais nous remarquons une tendance vers une différence de satisfaction entre les deux groupes. Donc, au sein de notre population de grossesse à risque, la possibilité de se mobiliser semble augmenter la satisfaction des patientes par rapport au KTPP.

Enfin, il nous semble important de souligner que le fait de rester alitée ne s'oppose pas forcément à la mobilisation : des postures horizontales ou assises sur le lit sont possibles. Des variations posturales durant le travail étaient proposées par le CNGOF qui concluait de la manière suivante : « Il n'y a certainement pas « une » position d'accouchement valable pour toutes les femmes : le progrès est certainement dans l'offre faite aux femmes de se mobiliser comme elles le souhaitent et si elles le souhaitent. Il est de notre responsabilité de leur proposer des « variantes positionnelles » en tenant compte de leurs propres caractéristiques physiques, psychologiques et obstétricales. Le confort physique de chaque patiente étant assuré, celle-ci pourra participer activement et sereinement à la naissance de son enfant. » (30). L'accompagnement des patientes sur le plan de la mobilisation se doit donc d'être adapté à la fois aux besoins de chacune et à la surveillance médicale nécessaire. Mais par notre expérience en salle d'accouchement, nous savons que selon la charge de travail, cette tâche peut s'avérer particulièrement difficile pour le personnel.

C. Le moment de l'analgésie : entre liberté et sécurité anesthésique

Nous avons émis l'hypothèse que le cathéter péridural prophylactique offrait aux patientes la liberté de choisir du moment où elles souhaitaient bénéficier d'une analgésie. En excluant les patientes ayant bénéficié d'une première injection dans un contexte d'urgence et les patientes n'ayant pas eu recours à l'analgésie, la moitié des patientes nous affirment avoir eu l'analgésie péridurale lorsqu'elles en avaient fait la demande. Pour 84% des patientes, l'analgésie a été octroyée avec leur adhésion : soit parce qu'elles l'avaient demandé, soit parce qu'elles l'ont accepté suite à la proposition d'un professionnel. Ces dernières trouvaient quasiment toutes que le moment de la mise en place de l'analgésie était le bon moment (14/16). En revanche, pour les patientes qui se sont vu imposer l'analgésie, elles ont toutes répondu que ce moment était trop précoce. Nous remarquons grâce à leurs commentaires qu'il s'agit surtout d'une incompréhension entre les professionnels et la patiente. En effet, l'analgésie imposée s'explique sans doute par un facteur de risque survenu durant le travail comme une anomalie du rythme

cardiaque fœtal. Malheureusement, d'après leurs commentaires, ces trois patientes qui se sont vu imposer l'analgésie ne semblaient pas informées de la raison médicale de l'analgésie. Au contraire, les professionnels leur ont donné la douleur comme unique motif. Une information éclairée à ces patientes aurait probablement modifié leur perception du moment de l'initiation de l'analgésie.

Une grande majorité de patientes pensent que ce cathéter prophylactique leur a laissé la liberté du moment de l'analgésie (79%) ce qui confirme notre première hypothèse. Nous cherchions aussi à savoir si le KTPP était vécu comme une contrainte. Seules 21% des patientes ont vécu cette technique comme une contrainte. Pour ces six patientes qui l'ont vécu comme une contrainte, trois ne souhaitaient initialement pas d'analgésie et trois ne s'étaient pas décidées pendant la grossesse. La plupart l'expliquait par le caractère obligatoire de ce KTPP ou par le fait qu'elles n'aient pas eu le choix du moment de l'analgésie. Nous remarquons également que les trois patientes qui n'ont pas eu d'analgésie l'ont vécu comme une contrainte, malgré le fait que leur choix de ne pas l'utiliser ait été respecté. Cette perception semble due au fait que le KTPP n'est pas en accord avec leur souhait initial d'un accouchement non médicalisé. Mais elle ne concerne qu'une minorité de patientes et le KTPP est davantage perçu comme une liberté dans le choix du moment de l'analgésie qu'une contrainte.

D. La satisfaction globale

A l'aide de l'échelle numérique, les participantes pouvaient estimer leur satisfaction par rapport au KTPP. Une grande majorité des patientes s'estimait satisfaite de cette technique (82%), la moyenne est de 8,28 et plus d'un tiers en sont entièrement satisfaites. La satisfaction des patientes est donc très élevée et nous pouvons confirmer notre première hypothèse.

Même si nous ne trouvons pas de différence significative de la satisfaction des patientes selon leur souhait initial d'avoir ou non une péridurale, nous notons que les patientes avec un projet initial d'accoucher avec APD étaient en moyenne plus satisfaites que les autres. Cette observation rejoint l'idée que même si le KTPP laisse plus de choix dans le moment de l'analgésie, il s'inscrit dans un contexte médicalisé qui s'approche plus des attentes des femmes qui souhaitent une APD.

CONCLUSION

Le KTPP est une technique encore peu utilisée malgré les recommandations françaises du CNGOF pour les patientes avec antécédent de césarienne. En effet, sur la période de notre étude qui s'étend de mai 2014 à février 2017, seules 46 patientes ont bénéficié d'un KTPP dans une maternité de niveau IIb qui compte 3400 accouchements par an. Pourtant, nous avons découvert un fort taux de satisfaction chez les patientes qui en ont bénéficié (82%). De plus, 79% des patientes considèrent que le KTPP leur a laissé la liberté de choisir le moment de l'analgésie. Dans 84% des cas, l'analgésie s'est faite en accord avec la patiente, soit à sa demande, soit après la proposition d'un professionnel.

Notre échantillon était composé en grande partie de patientes qui souhaitaient initialement accoucher sans APD. Finalement, seules trois patientes sur 28 n'ont pas eu recours à cette analgésie mais elles ont vécu le KTPP comme une contrainte. De même, les patientes ne souhaitant initialement pas d'analgésie étaient en moyenne moins satisfaites que les autres. En général, les patientes ne souhaitant pas d'analgésie aspiraient à un accouchement naturel, c'est-à-dire non médicalisé. Or les risques que présentait leur grossesse ne permettaient pas de répondre à leurs attentes malgré la phase sans analgésie qui suivait la pose du KTPP. Ainsi, peu de patientes se sont mobilisées une fois le KTPP en place et une surveillance continue était la plupart du temps nécessaire. De plus, les patientes qui n'ont pas pu se mobiliser comme elles l'auraient souhaité étaient moins satisfaites que les autres. Mais finalement, peu de patientes ont vécu cette technique comme une contrainte (21%).

L'information sur le KTPP se fait davantage en salle de naissance qu'en consultation préanesthésique. Mais dans les deux cas, l'information est claire pour les patientes. Seules deux patientes sur 28 n'avaient pas été informées que le KTPP était une sécurité supplémentaire. Les patientes avec un utérus cicatriciel sont plus fréquemment informées durant la consultation d'anesthésie de la sécurité que peut apporter l'analgésie péridurale et le KTPP. La consultation d'anesthésie semble le moment idéal pour aborder le sujet de l'APD précoce ou du KTPP mais d'autres consultations obstétricales seraient appropriées pour évoquer le sujet selon l'évolution de la grossesse. Les patientes avec des antécédents connus comme la césarienne ne devraient pas ignorer que leur accouchement sera médicalisé. Une information précoce permettrait également à la patiente de se préparer psychologiquement si l'APD ou le KTPP ne correspondent pas à son projet et ses attentes pour l'accouchement et de pouvoir échanger avec les professionnels qui suivent la grossesse afin de mieux comprendre l'intérêt médical de cette prophylaxie.

Bibliographie

1. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. INSERM; 2011 mai.
2. CIANE. Douleur et accouchement - Enquête sur les accouchements - Dossier n°5. 2013.
3. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia : An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology*. 2007 avril;106(42007):843–63.
4. Boutonnet M, Faitot V, Keita H. Gestion des voies aériennes en obstétrique. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*. 2011 Sep;30(9):651–64.
5. Les Morts Maternelles en France - Mieux comprendre pour mieux prévenir. CNEMM - Comité national d'experts sur la Mortalité Maternelle; 2013 Oct.
6. Thierrin L, Benhamou D. Il n'existe plus de contre-indications à l'anesthésie péridurale en obstétrique. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2004 Apr 27;32(5):444–5.
7. Pamboukgijan M, Beaussier M. Anesthésie et analgésie locorégionale chez l'obèse : quelles spécificités? *Le courrier de l'algologie*. 2007 Jan;6(1–2).
8. Eley V, Callaway L, van Zundert A, Lipman J, Gallois C. Anaesthetists' experiences with the early labour epidural recommendation for obese parturients : a qualitative study. *Anesth Intensive Care*. 2016 Sep;44(5):620–7.
9. Diemunsch P, Pottecher J, Chassard D. Éléments de la prise en charge anesthésique en cas d'antécédent de césarienne. *Journal de Gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*. 2012 décembre;41(8):817–21.
10. CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français). Recommandations pour la pratique clinique - Accouchement en cas d'utérus cicatriciel. 2012.
11. Recommandations formalisées d'experts communes SFAR/CNGOF/SFMP/SFNN. Prise en charge multidisciplinaire des formes graves de prééclampsie. 2009 Jan 27;29(3).
12. Management of Women with Obesity in Pregnancy. CMACE (Centre for Maternal and Child Enquiries) / RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) Joint Guideline. 2010 Mar.
13. Davies GAL, Maxwell C, McLeod L, Gagnon R, Basso M, Bos H, et al. Obesity in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC*. 2010 Feb;32(2):165–73.
14. Bauer ME, Kountanis JA, Tsen LC, Greenfield ML, Mhyre JM. Risk factors for failed conversion of labor epidural analgesia to cesarean delivery anesthesia: a systematic review and meta-analysis of observational trials. *Int J Obstet Anesth*. 2012 Oct;21(4):294–309.
15. De La Caffinière P, Faitot V, Diemunsch P. Enquête de pratique sur l'utilisation du cathéter péridural prophylactique en salle d'accouchement. *Anesthésie & Réanimation*. 2015 Sep;1(S1):A186.

16. Gil-Wey B, Salvodelli G, Kern C, Haller G. Satisfaction maternelle de la prise en charge anesthésique durant l'accouchement: une étude de cohorte rétrospective. *Can J Anesth Can Anesth*. 2011 Oct 1;58(10):936.
17. Kpea L, Bonnet M-P, Le Ray C, Prunet C, Blondel B. Accoucher avec une péridurale initialement non souhaitée : situation chez les femmes à bas risque de césarienne en France en 2010. 2014 Sep;33(2):A352-3.
18. Floris L, Mermillod B, Chastonay P. Traduction et validation en langue française d'une échelle multidimensionnelle évaluant le degré de satisfaction, lors de l'accouchement. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2010 février;58(1):13-22.
19. Harvey S, Rach D, Stainton MC, Jarrell J, Brant R. Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery*. 2002 Dec;18(4):260-7.
20. Goodman P, Mackey M, Tavakoli A. Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*. 2004 avril;46(2):212-9.
21. Collet M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement, DRESS. 2008 Sep. Report No.: Etude et Résultats n°660.
22. Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2007 Février;
23. Stadlmayr W, Schneider H, Amsler F, Bürgin D, Bitzer J. How do obstetric variables influence the dimensions of the birth experience as assessed by Salmon's item list (SIL-Ger)? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004 Jul 15;115(1):43-50.
24. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 May;186(5 Suppl Nature):S160-172.
25. Lepleux F, Hue B, Dugué AE, Six T, Riou C, Dreyfus M. Données obstétricales dans une population bénéficiant de variations posturales en cours de travail et d'accouchement. *Journal de gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2014 Sep;43(7):504-5013.
26. de la Dorie A, Mercier F-J. Les nouveaux défis de l'analgésie obstétricale. *MAPAR Mises Au Point En Anesth Réanimation*. 2007;Communications 2007:107-15.
27. Légifrance. Article L1111-2 [Internet]. Code de la santé publique, L1111-2 Mar 4, 2002. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr>
28. Godart C, Picard P-C, Chabbouh S, Berl M, Rackelboom T, Samama M-C, et al. Adéquation entre le souhait des femmes enceintes et la prise en charge effective concernant l'analgésie péridurale au cours du travail. *Anesth Réanimation*. 2015 Sep;1, Supplement 1:A184-5.
29. Séjourné N, Callahan S. Les motivations des femmes pour accoucher avec ou sans analgésie péridurale. 2013 Apr;12(2):81-8.
30. Lucas C, Racinet C. Positions maternelles pour l'accouchement. *Extr Mises À Jour En Gynécologie Obstétrique*. 1998 Feb;XXII:330-46.

ANNEXES

Annexe I : Questionnaire

Pendant la grossesse

1) Durant la grossesse, un professionnel vous a-t-il expliqué que votre accouchement ne serait pas physiologique, c'est-à-dire que pour des raisons médicales, vous ne pourriez pas accoucher sans péridurale, en salle nature par exemple ? **OUI/NON**

2) Quel était votre projet initial par rapport à l'analgésie péridurale ?

A. Vous saviez que vous vouliez être soulagée par une analgésie péridurale

B. Vous n'aviez pas encore fait votre choix durant la grossesse

C. Vous saviez déjà que vous ne vouliez pas d'analgésie péridurale

3) Pouvez-vous m'expliquer les raisons de ce choix ?

.....

.....

.....

.....

.....

Les questions suivantes concernent la consultation que vous avez eue avec l'anesthésiste durant votre grossesse.

4) Le médecin anesthésiste vous a-t-il parlé de la sécurité que la péridurale pourrait apporter dans le cadre de votre accouchement ? **OUI/NON**

5) Vous a-t-il informé de la possibilité de poser seulement le cathéter de la péridurale et l'utiliser dans un deuxième temps, à votre demande ou pour raison médicale ? **OUI / NON**

Si oui, questions 6 et 7 :

6) Les informations données au sujet du cathéter de péridurale vous ont-elles semblé claires ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7) Vous a-t-il informé du risque d'échec de cette technique ? **OUI / NON**

En salle de naissances

8) Question concernant les femmes n'ayant pas été informées sur le KTPP durant la consultation d'anesthésie :

A quel moment vous a-t-on parlé de la possibilité de poser un cathéter de péridurale ?

A. Durant une consultation

B. En salle d'accouchement avant le début du travail

C. En salle d'accouchement pendant le travail

9) Qui vous a informé sur cette technique ? (Plusieurs réponses possibles)

A. L'anesthésiste

B. Le gynécologue obstétricien

C. La sage-femme

10) Avant la pose effective du cathéter de péridurale, aviez-vous compris son intérêt ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11) Une fois le cathéter en place et avant son utilisation, vous aviez en continu : (Plusieurs réponses possibles)

a. Un monitoring, pour surveiller le rythme cardiaque de votre bébé

b. Une perfusion

c. Un brassard pour la tension artérielle

d. Autre chose : (ECG,SpO2).....

12) Si oui, cela vous a-t-il posé un problème ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13) Avec le cathéter de péridurale, êtes-vous restée alitée ? **OUI / NON**

14) Si « non », pouvez-vous me donner des précisions : déambulation, ballon, pendant combien de temps ?

.....
.....

15) Auriez-vous souhaité vous mobiliser davantage ? **OUI / NON**

16) A quel moment a été injectée dans le cathéter la solution anesthésique, pour soulager votre douleur ?

A. Lorsque vous l'aviez demandé

B. Lorsqu'on vous l'a proposé et que vous avez accepté

C. Lorsque l'équipe médicale vous l'a imposé

D. Dans un contexte d'urgence

E. Vous n'avez pas eu recours à cette analgésie

17) Si réponse E : Pourquoi n'aviez-vous pas eu recours à l'analgésie péridurale ? (Plusieurs réponses possibles)

A. Vous souhaitiez accoucher sans analgésie

B. Votre accouchement a été trop rapide

C. Autre raison :

18) Ce moment vous a-t-il semblé :

A. Trop tôt

B. Trop tard

C. Au bon moment

19) Si réponse A ou B : Pourquoi ?

.....
.....
.....

20) Pensez-vous que le fait d'avoir un cathéter déjà en place fait que vous étiez plus tentée de demander l'analgésie péridurale ? **OUI / NON**

De manière générale

21) Trouvez-vous que le cathéter prophylactique de péridurale vous a laissé la liberté du moment de la mise en place d'une analgésie ? **OUI / NON**

22) Aviez-vous compris que ce cathéter de péridurale était une sécurité supplémentaire face à un risque d'intervention en urgence ? **OUI/NON**

23) Avez-vous vécu cette technique comme une contrainte ? **OUI/NON**

24) Si oui, pouvez-vous m'expliquer pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

25) Etiez-vous satisfaite de cette technique de pose précoce de cathéter de péridurale ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Annexe II : Grille de données

Dossier DIAMM

N° de téléphone	
Age	
Parité	
Terme	
Date de l'accouchement	
IMC avant la grossesse	
Indication du KTPP	
Début de travail : spontané/déclenché	
Issue : Acc. Normal, instrumental, césarienne	
Anesthésie / Analgésie	

Dossier obstétrical

Moment de la pose du KTPP	
Date / heure	
Dilatation cervicale	
Moment de l'utilisation du KTPP	
Date / heure	
Dilatation cervicale	
Césarienne en urgence	
Complication du post-partum	

Dossier d'anesthésie

Consultation d'anesthésie	
Risque d'IOT difficile	
APD prophylactique recommandée	
KTPP recommandée	

Annexe III : Protocole de pose de KT péridural prophylactique

1) Indications : Parturiente en (début de) travail ET :

- Utérus cicatriciel
- Parturiente mineure
- Obésité BMI>35kg/m²
- Prééclampsie
- Grossesse gémellaire
- Présentation en siège
- Diabète gestationnel compliqué de macrosomie fœtale et/ou hydramnios
- Déclenchement
- ARCF précoce
- ≥2 Critères d'IOT difficile / ATCD d'IOT difficile

2) Technique de pose (cf. recommandations SFAR) :

- Conditionnement standard (VVP, monitoring)
- Technique de pose standard (cf recommandations : mandrin liquide, test d'aspiration)
- Pas de dose-test systématique (sauf doute), notifié sur le dossier par MAR : « KT non testé »
+ vérification de la perméabilité du cathéter par l'injection de 5cc de SSI
+ sécurisation du cathéter (pansement avec fixation du filtre)

👉 En cas de dose-test (3cc de Xylo 2% adrénalinée) : éliminer un bloc moteur, surveillance hémodynamique pendant 5 minutes

3) Informations à la patiente et à la sage-femme :

- Déambulation possible, après 1^{er} lever accompagné
- Risque de déplacement du KT chez l'obèse
- Pas d'indication de salle nature
- Hydratation PO seule

4) Protocole d'induction d'une analgésie obstétricale :

- Dose test Xylocaine adrénalinée 2% : 3ml après nouveau test d'aspiration.
- PCEA : mélange Lévocabupivacaïne 0,0625% + Sufentanil 0,45µg/ml+/- clonidine
→ dose de charge 5+5ml
→ puis débit de base 5ml/h, bolus de 5ml/PR=10min (max 30ml/h)
- Protocole Ropivacaïne 0,1% + Sufentanil 0,5µg/cc : dose de charge puis débit continu PSE.

👉 Dans les deux cas adaptation morphologique conseillée