



**HAL**  
open science

**L'analgésie péridurale déambulatoire en France en 2019 :  
étude épidémiologique, quantitative, descriptive, par  
analyse des pratiques professionnelles au sein de 49  
maternités des 13 régions françaises, par entretiens  
téléphoniques et questionnaires envoyés par voie  
électronique aux sages-femmes coordinateurs (-trices)**

Fatima Rais

► **To cite this version:**

Fatima Rais. L'analgésie péridurale déambulatoire en France en 2019 : étude épidémiologique, quantitative, descriptive, par analyse des pratiques professionnelles au sein de 49 maternités des 13 régions françaises, par entretiens téléphoniques et questionnaires envoyés par voie électronique aux sages-femmes coordinateurs (-trices). Médecine humaine et pathologie. 2022. hal-04322892

**HAL Id: hal-04322892**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04322892v1>**

Submitted on 5 Dec 2023

**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.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine  
École de Sage-Femme de METZ

## L'analgésie péridurale déambulatoire

En France en 2019.

Étude épidémiologique, quantitative, descriptive, par analyse des pratiques professionnelles  
au sein de 49 maternités des 13 régions françaises,  
par entretiens téléphoniques et questionnaires envoyés par voie électronique  
aux sages-femmes coordinateurs (-trices).

Mémoire présenté et soutenu par

**Fatima RAÏS**

Née le 15 juin 1998.

Directeur de mémoire : Catherine Mergen-Morel

Sage-Femme Enseignante (École de Metz)

Expert de mémoire : Anne-Sophie Fresse

Sage-Femme Hospitalière (CHR Metz)

Promotion 2018 – 2022



Université de Lorraine  
École de Sage-Femme de METZ

## L'analgésie péridurale déambulatoire

En France en 2019.

Étude épidémiologique, quantitative, descriptive, par analyse des pratiques professionnelles  
au sein de 49 maternités des 13 régions françaises,  
par entretiens téléphoniques et questionnaires envoyés par voie électronique  
aux sages-femmes coordinateurs (-trices).

Mémoire présenté et soutenu par

**Fatima RAÏS**

Née le 15 juin 1998.

Directeur de mémoire : Catherine Mergen-Morel

Sage-Femme Enseignante (École de Metz)

Expert de mémoire : Anne-Sophie Fresse

Sage-Femme Hospitalière (CHR Metz)

Promotion 2018 – 2022

## REMERCIEMENTS

À Catherine Mergen-Morel, ma directrice de mémoire et sage-femme enseignante hors pair. Merci pour le temps accordé à mon travail, pour vos précieux conseils et votre soutien tout au long de ces années.

À Anne-Sophie Fresse qui, en acceptant d'être l'expert de mon mémoire, m'a accordée de son temps et m'a conseillée tout au long de son élaboration.

Aux patientes et aux professionnels rencontrés tout au long de mes études.

À ma famille, pour leur amour, leur patience et leur soutien sans faille.

À ceux qui sont partis trop tôt...

**ABREVIATIONS :**

APD = Analgésie Péridurale

APDD = Analgésie Péridurale Déambulatoire

CIANE = Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

CNGOF = Conseil National des Gynécologues Obstétriciens Français

CNSF = Conseil National des Sages-Femmes

HAS = Haute Autorité de Santé

IADE = Infirmier (-ère) Anesthésiste Diplômé d'État

MAR = Médecin Anesthésiste Réanimateur

PCEA = Patient Controlled Epidural Analgesia

SFAR = Société Française des Anesthésistes-Réanimateurs

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>9</b>
<b>PARTIE 1 :</b> .....	<b>10</b>
<b>1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION</b> .....	<b>10</b>
1.1. HISTOIRE DE LA DOULEUR EN OBSTÉTRIQUE.....	10
1.1.1. La douleur.....	10
1.1.2. La douleur en obstétrique.....	10
1.1.3. Apparition de méthodes contre la douleur.....	11
1.1.4. La volonté des femmes.....	12
1.2. L'ANALGESIE PÉRIDURALE.....	13
1.2.1. Son invention et les modalités de pose.....	13
1.2.2. Son apport en obstétrique.....	15
1.2.3. Son utilisation.....	15
1.2.4. Les recommandations.....	16
1.2.5. Les limites.....	17
1.3. LA PERIDURALE DEAMBULATOIRE.....	17
1.3.1. Le paradoxe.....	18
1.3.2. Une méthode controversée.....	18
1.3.3. La place de la sage-femme.....	18
<b>PARTIE 2 :</b> .....	<b>20</b>
<b>2. METHODOLOGIE</b> .....	<b>20</b>
2.1. PROBLÉMATIQUE.....	20
2.2. OBJECTIFS.....	20
2.2.1. Bénéfice attendu.....	20
2.2.2. Objectif principal.....	20
2.2.3. Objectifs secondaires.....	20
2.3. HYPOTHESES.....	20
2.4. MATERIEL ET METHODES ENVISAGÉS.....	21
2.4.1. Type d'étude.....	21
2.4.2. Population d'étude.....	21
2.4.3. Critères de jugement principal et secondaire.....	22
2.4.4. Le recueil de données.....	22
2.4.5. Gestion des données.....	22
2.4.6. Lieux de l'étude.....	22

2.4.7. Période de l'étude.....	22
2.4.8. Procédure de minimisation des biais.....	22
2.5. OBLIGATION REGLEMENTAIRE / ETHIQUE.....	22
2.5.1. Modalités d'information et de recueil de la note d'information.....	22
2.5.2. Modalité de gestion des données : confidentialité.....	23
2.5.3. Déclaration des conflits d'intérêt.....	23
2.5.4. Archivage des données.....	23
<b>PARTIE 3.....</b>	<b>24</b>
<b>3. RESULTATS.....</b>	<b>24</b>
3.1. LES MATERNITÉS.....	24
3.1.1. Les régions.....	24
3.1.2. Le type de maternités.....	25
3.2. LES PROFESSIONNELS.....	25
3.2.1. Les médecins anesthésistes réanimateurs.....	25
3.2.2. Les infirmiers (-ères) anesthésistes.....	25
3.3. LA PERIDURALE DEAMBULATOIRE.....	26
3.3.1. Les maternités qui proposaient l'analgésie péridurale déambulatoire.....	26
3.3.2. Les maternités qui ne proposent pas l'APDD.....	28
<b>PARTIE 4 :.....</b>	<b>31</b>
<b>4. DISCUSSION.....</b>	<b>31</b>
4.1. CRITIQUE DE L'ETUDE.....	31
4.1.1. Les forces.....	31
4.1.2. Les faiblesses.....	31
4.2. ANALYSE DES RESULTATS ET CONFRONTATION À LA LITTERATURE.....	32
4.2.1. La pratique de la péridurale déambulatoire.....	32
4.2.2. Les freins et leviers identifiés.....	34
4.2.3. Les projets des maternités.....	35
4.2.4. La demande et la satisfaction des parturientes.....	36
4.2.5. Les pratiques professionnelles des sages-femmes.....	37
4.3. PERSPECTIVES.....	38
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>39</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>40</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>44</b>



## INTRODUCTION

La prise en charge de la douleur du travail et de l'accouchement a suscité chez moi un grand intérêt dès mon premier jour de stage en salle de naissance.

En effet, en 2018, les deux premières parturientes que j'ai suivies ont eu un travail et une prise en charge de la douleur différents : la première a accouché par voie basse à l'aide d'un forceps, une épisiotomie après un travail sous analgésie péridurale (APD) fortement dosée et présentant un bloc moteur important.

Quelques heures plus tard, la deuxième patiente a eu un accouchement normal après un travail sans APD, malgré les douleurs qu'elle décrivait comme insoutenables, car elle souhaitait se mobiliser. Je ne cessais de me demander, moi étudiante en formation, s'il existait un juste milieu entre ces prises en charge.

Initialement, j'aurais voulu faire mon mémoire sur la thématique du respect de la physiologie lors de l'accouchement et la manière de prendre en charge ces douleurs lors du travail grâce aux diverses positions et la mobilité permise sans péridurale, que peuvent proposer les sages-femmes aux parturientes. L'ambivalence de ces deux situations décrites auparavant m'a interpellé et je me suis alors intéressée à la péridurale ambulatoire que j'ai découverte au cours de mes recherches.

Une question se posait alors : pourquoi ne pas la proposer aux patientes qui souhaitent être soulagées tout en étant capables de se mouvoir ?

De plus, la majorité des études que j'avais pu lire alors à ce sujet, reconnaissent un meilleur vécu de l'accouchement et une grande satisfaction maternelle.

La problématique de cette étude a donc été de déterminer la place de la péridurale déambulatoire lors de l'accouchement des grossesses à bas risque dans les maternités françaises en 2019, avant l'épidémie de la Covid, puis identifier les éléments qui facilitaient et freinaient sa mise en place au niveau national.

Dans une première partie de ce mémoire, l'histoire de la douleur en obstétrique et son accompagnement seront présentés ainsi que la volonté des femmes pour la prise en charge de leur accouchement. Un rappel sur la prise en charge de la douleur et la place de la sage-femme dans le suivi des patientes en travail sera aussi évoqué.

La deuxième partie traitera de la méthodologie de l'étude réalisée. Dans une troisième partie, les résultats de l'étude seront présentés puis ils seront discutés dans une quatrième partie.

## PARTIE 1 :

### 1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

#### 1.1. HISTOIRE DE LA DOULEUR EN OBSTÉTRIQUE

##### 1.1.1. La douleur

- Définition

D'après l'association internationale de l'étude de la douleur, elle est définie comme étant « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle, potentielle ou décrite dans ces termes* ». Il est difficile de la qualifier et la quantifier puisqu'elle est vécue de manière purement subjective, le patient est le mieux placé pour la décrire. Il s'agit d'un phénomène complexe qui a plusieurs origines, des mécanismes différents et qui est vécu de manières distinctes selon le patient. En effet, la douleur implique quatre composantes : la composante sensori-discriminative, émotionnelle, cognitive et comportementale. Ainsi, le patient doit l'exprimer aux professionnels de santé afin de l'évaluer au mieux. [1-3]

- Que dit la loi ?

L'évaluation et la prise en charge de la douleur constituent un réel enjeu et une priorité de santé publique et son soulagement est reconnu comme étant un droit fondamental de toute personne d'après la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002.[1]

##### 1.1.2. La douleur en obstétrique

« *Tu enfanteras dans la douleur* » telle est la conséquence du péché originel décrite dans la Genèse : les souffrances de l'accouchement sont, par postulat, inéluctables. Depuis toujours, les femmes souffrent et craignent de souffrir, ainsi les récits des accouchements marqués par les douleurs, perdurent et sont ancrés dans l'histoire des femmes.

- L'émergence de la douleur dans les écrits

Hippocrate et Aristote, au Vème et VIème siècle avant notre ère, s'intéressent à l'obstétrique sans pour autant y associer l'idée de douleur. C'est au XIème siècle, que Soranos d'Éphèse (médecin exerçant à Rome) rédige un ouvrage très précis concernant la grossesse, l'accouchement, les suites de couches, l'allaitement... qui s'intitule « *Traité sur les maladies des femmes* ». Dans ce dernier, il aborde la douleur de l'accouchement et propose aux sages-femmes des recommandations thérapeutiques. [4]

- La place des sages-femmes

Les soins les plus répandus, hors pratiques médicales, sont assurés par les sages-femmes que l'on appelait les « matrones », les « leveuses », ou encore « les accoucheuses ». Cette profession était exclusivement féminine et reconnue par l'Église catholique. Les matrones possèdent des connaissances empiriques grâce à leur expérience mais au Moyen Âge, elles font l'objet de condamnations par l'Inquisition car elles sont accusées de sorcellerie puisqu'elles utilisent les propriétés des plantes pour soulager les femmes.

Débute alors une véritable persécution jusqu'au XVIIIème siècle, des dizaines de milliers de sages-femmes ont perdu la vie sur le bûcher à cette période en Europe, en emportant avec elles leur savoir. Il n'existait pas de formation avant le XVIIIème siècle au cours duquel Angélique Marguerite Le Bourcier du Coudray, première sage-femme, sillonne la France pour enseigner aux matrones « *l'art des accouchements* » pour en faire des sages-femmes expérimentées dans le but de réduire la mortalité maternelle particulièrement importante à cette époque. Sa pédagogie consiste en l'apprentissage de la mécanique obstétricale à l'aide d'un mannequin qu'elle a réalisé avec du tissu, du coton et du bois pour reproduire en grandeur nature le bassin d'une femme afin que les élèves puissent se former aux bons gestes.

La profession survit mais reste déconsidérée par les médecins de l'époque qui s'intéressent à l'obstétrique qui était, jusque-là, réservé aux sages-femmes. L'accouchement, en position couchée, devient un acte technique aux mains des médecins par l'utilisation d'instruments pour extraire l'enfant et considèrent la douleur comme « *l'expression la plus évidente du caractère pathologique de tout accouchement et l'expression naturelle et favorable de la contraction utérine* ». [4]

Une succession de révolutions sociales et progrès scientifiques vont impacter la profession. L'hôpital devient leur principal lieu d'exercice et elles acquièrent le statut de sage-femme hospitalière de la fonction publique en 1989. Les sages-femmes s'occupent de la physiologie et travaillent en collaboration avec les gynécologues-obstétriciens. [5]

#### 1.1.3. Apparition de méthodes contre la douleur

- Les drogues anesthésiantes et analgésiques

Un anesthésiant est une substance médicamenteuse qui cause la perte temporaire des sensations corporelles. Il permet ainsi, une analgésie qui est définie comme une suppression de la douleur. Une drogue est une molécule chimique capable de modifier le fonctionnement du système nerveux central grâce à sa capacité à s'apparenter aux substances endogènes. Elle peut donc intervenir dans les mécanismes biochimiques de l'activité cérébrale.

Dans les années 1840, des drogues anesthésiantes et analgésiques comme l'opium, l'éther, la morphine et le chloroforme font leur entrée dans le domaine de l'obstétrique. Leur utilisation est largement répandue aux États-Unis ainsi qu'en Grande-Bretagne où la reine Victoria a exigé l'utilisation de chloroforme pour l'un de ses accouchements. En effet, après inhalation de quelques gouttes, la douleur des contractions disparaît et la parturiente se trouve dans un état d'inconscience. La reine a contribué à la popularité de cette méthode connue sous le nom « d'accouchement à la reine ». Cependant, l'utilisation de ces gaz n'était pas sans risques pour les femmes. En effet, plus de vingt-cinq milles décès ont été rapportés de 1846 à 1946. Pour Roselyne Rey, historienne et chercheuse spécialisée dans l'histoire de la médecine et des sciences de la vie, « *il fallait que la douleur fût décidément inacceptable pour qu'un individu choisisse de s'y soustraire au risque de sa vie* ». [4, 9]

- L'accouchement sans douleur

L'accouchement sans douleur, également appelé accouchement psychoprophylactique, apparaît en France dans les années 1950. À partir des observations des techniques du docteur Dick-Read et de ses voyages en union soviétique, le docteur Lamaze met en place une préparation qui a pour but de déconditionner l'acquis culturel d'un accouchement douloureux. Lors de cours, on explique aux futures mères l'anatomie, le fonctionnement du corps et le déroulement d'un accouchement. Ainsi, les femmes peuvent aborder l'accouchement avec plus de sérénité puisqu'elles ont des moyens à leur disposition pour réagir aux douleurs.

Dans la même période, la sécurité sociale rembourse aux femmes six séances de préparation à la naissance et à l'accouchement qui passent à huit séances en 1960. En 1956, le pape Pie XII reconnaît que cette méthode ne va pas à l'encontre de la religion et lève les réticences des milieux catholiques. De plus, les futurs pères, jusque-là exclus, peuvent assister aux cours de préparation et à l'accouchement. Cela leur permet d'accompagner, de soutenir leur femme et d'occuper leur place de père dans la mise au monde de leur enfant. Au XXème siècle, la psychoprophylaxie obstétricale devient la préparation à la naissance et à la parentalité qui est règlementée aujourd'hui. Il s'agit d'un moment d'information et d'accompagnement des femmes enceintes et des couples. [4,6-8]

Après 1968, de nombreuses femmes témoignent en insistant sur le fait que la douleur ne disparaît pas, la psychoprophylaxie obstétricale n'a pas tenue sa promesse et perd son souffle en Europe alors qu'elle devient très utilisée aux États-Unis par l'influence du mouvement féministe New Age qui estiment que la douleur de l'accouchement ne doit pas être effacée puisqu'il s'agit d'un « rite de passage ». [11]

Pour finir, la psychoprophylaxie obstétricale a contribué à la transformation du paysage obstétrical à partir des années 1950 en redéfinissant l'accouchement comme un événement qui nécessite une préparation en amont des femmes en leur apportant des connaissances sur leur corps et l'accouchement. [10]

#### 1.1.4. La volonté des femmes

- La fatalité de la douleur

Jusqu'au XVIIème siècle, l'accouchement est une affaire de femmes. Les femmes accouchent chez elles, entourées de femmes et de la matrone. La douleur a toujours été intrinsèquement liée à l'art d'accoucher, c'était une fatalité en application du précepte biblique de la Genèse cité précédemment. Cette douleur était inévitable donc les femmes n'ont pas eu d'autres choix que de la gérer du mieux possible. [4,9]

- La médicalisation des naissances

Arrivent les analgésiques qui deviennent très populaires dans les années 1850. Les parturientes sont nombreuses à demander à y recourir dès le début du travail et elles forment des associations pour défendre cela. Les femmes ne voulaient plus souffrir et mourir en donnant la vie.

Elles deviennent de plus en plus dépendantes des médecins qui sont les seuls à pouvoir administrer les drogues et à utiliser des instruments pour extraire l'enfant en cas de dystocie. Par conséquent, une prise en charge hospitalière des parturientes était devenue nécessaire. L'hôpital devient donc un espace de soin et un haut lieu de technicité alors qu'il était, autrefois, un hospice voué à aider les femmes en situation de précarité et considéré comme dangereux voire mortel par manque d'asepsie. C'est dans les années 1920-1930 que l'accouchement en milieu médicalisé se répand en France, surtout dans les grandes villes : il concerne 67,8% des accouchements contre 7,7% à domicile et 24,3% chez une sage-femme. [9-11]

Dans les années 1960, les obstétriciens imposaient aux parturientes des protocoles stricts au nom de l'hygiène : toilette et épilation vulvaire, administration de calmants, accouchement en décubitus dorsal (position gynécologique) avec les bras et jambes attachés à la table, la patiente était seule, complètement anesthésiée et accouchait sans en avoir conscience. Par conséquent, l'utilisation de forceps et le recours à l'épisiotomie étaient fréquents. Ensuite, la mère et le bébé étaient séparés en suites de couches pour une question d'hygiène mais aussi à cause de leur atonie due aux produits anesthésiants. Cette inconscience, lors de leur propre accouchement rendait la situation difficile à assimiler pour les femmes qui se réveillaient sans le moindre souvenir d'avoir mis au monde leur enfant. De plus, la séparation systématique en suites de couches de la mère et l'enfant avait un impact sur le lien d'attachement.

Dans un premier temps, les parturientes et les couples adhèrent à cette vision médicale de l'accouchement mais assez rapidement, les femmes militent pour reprendre le pouvoir sur leur accouchement et pour une humanisation des naissances en s'inspirant des docteurs Read et Lamaze. En effet, elles dénoncent certaines pratiques, comme le fait de les attacher à la table d'accouchement et de les endormir plusieurs heures au moment de la naissance de leur enfant. Les femmes décident donc d'accoucher chez elles à l'aide de la psychoprophylaxie mais, pour les en dissuader, les hôpitaux vont proposer des procédures médicales allégées, des lieux plus agréables et accepter la présence du conjoint. Ainsi, l'accouchement sans douleur des docteurs Lamaze et Read vont humaniser à nouveau les naissances, donner aux femmes une maîtrise de leur corps et intégrer le père dans la naissance de son enfant. [4,9-11]

Dans la même période, de grands changements fondamentaux ont eu lieu autour de la naissance : le déclenchement du travail, le monitoring, l'ocytocine et surtout l'apparition de l'analgésie péridurale. [4,9,11]

## 1.2. L'ANALGESIE PÉRIDURALE

### 1.2.1. Son invention et les modalités de pose

La péridurale est une méthode analgésique loco-régionale utilisée pour soulager les douleurs de l'accouchement. Il s'agit d'une voie d'abord permettant l'injection de produits anesthésiants au travers d'un cathéter posé au niveau de l'espace péridural, autour de la dure-mère, entre les vertèbres L2-L3 ou L3-L4. Elle est décrite pour la première fois en 1855 par Corning, un neurologue américain, qui réalise la première injection péridurale et intradurale.

Plus tard, les docteurs Sicard et Cathelin décrivent scientifiquement la méthode auprès de patients atteints de lumbago. L'analgésie péridurale est décrite pour la première fois dans le contexte obstétrical en 1946 en France. [12, 13, 16, 17]

Le but de la péridurale pendant le travail est d'obtenir une analgésie efficace avec le soulagement de la composante douloureuse par inhibition de la conduction du message nerveux, tout en permettant à la patiente de ressentir des choses. Il ne s'agit pas d'une anesthésie qui consiste en l'absence de sensations. De plus, l'un des grands avantages est qu'elle n'altère pas la conscience de la patiente. [13, 17, 20]

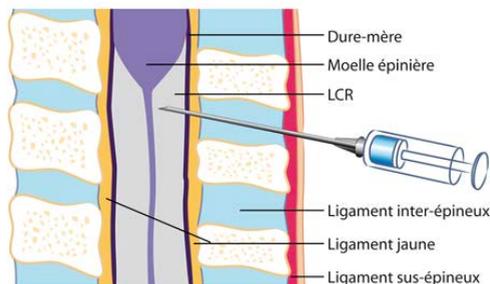


Figure 1 : pose de la péridurale. Bien débiter- Prise en charge de la douleur.[21]

Des produits de deux classes pharmacologiques sont utilisés : les anesthésiques locaux (lidocaïne, ropivacaïne, bupivacaïne et lévobupivacaïne) et les opioïdes (fentanyl, sufentanyl). En fonction du produit utilisé et de sa concentration, le blocage nerveux des fibres sympathiques, sensibles et motrices sera plus ou moins important. Des morphiniques peuvent être ajoutés pour potentialiser l'action des anesthésiques afin de réduire les doses administrées. [16, 17]

Toute patiente peut recourir à l'APD si elle le souhaite sauf en cas de troubles de la coagulation constitutionnels ou acquis, d'allergie aux anesthésiques locaux, d'instabilité hémodynamique, de malformation rachidienne ou d'hyperthermie... ce choix relève de la décision du médecin anesthésiste après avoir vu la patiente lors de la consultation d'anesthésie en fin de grossesse. [20, 21]

Après la pose, la surveillance est assurée par le MAR, l'IADE ou la sage-femme avec son accord et sous sa responsabilité. Elle consiste en un contrôle des paramètres vitaux maternels avec une prise de la tension artérielle toutes les 2 à 5 minutes pendant 30 minutes puis toutes les 15 minutes pendant toute la durée du travail. Une surveillance continue du rythme cardiaque fœtal est nécessaire. De plus, la qualité de l'analgésie doit être évaluée : la composante sensorielle à l'aide du test du pique-touche ou encore le test au froid et la motricité par le score de Bromage qui permet d'évaluer l'importance du bloc moteur. [16-22]

La cotation du Score de Bromage est la suivante :

- 1 : le bloc moteur est complet, impossibilité de bouger les genoux et les pieds
- 2 : le bloc moteur est presque complet, possibilité de bouger les pieds uniquement
- 3 : le bloc moteur est partiel, peut bouger les genoux
- 4 : il n'y a pas de bloc moteur, flexion complète des genoux et des pieds. [22]

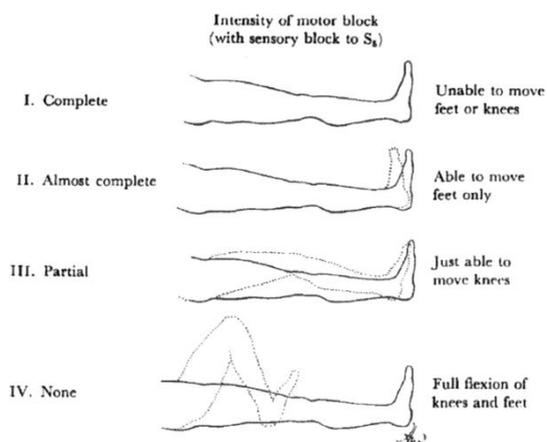


Figure 2 : Le score de Bromage. Société Française des Infirmier(e)s anesthésistes. [22]

### 1.2.2. Son apport en obstétrique

Avant l'apparition de l'analgésie péridurale dans les maternités, les femmes accouchaient sans anesthésie dans deux tiers des cas ou alors sous anesthésie générale. Les femmes demandent que la douleur soit diminuée voire complètement supprimée : l'analgésie n'est plus un simple confort mais un droit. L'analgésie péridurale devient incontournable en obstétrique. En effet, il s'agit du seul moyen de maîtriser et supprimer la douleur sans altérer la conscience des patientes lors des premiers moments de vie de leur enfant. De plus, elle présente un réel avantage en situation d'urgence notamment en cas de césarienne puisqu'elle diminue le mauvais vécu psychologique de la non-participation due à l'anesthésie générale car la patiente assiste à l'extraction de son enfant qui peut lui être présenté. [10, 11, 16, 17]

### 1.2.3. Son utilisation

L'analgésie péridurale connaît un démarrage très lent en France. En effet, elle ne se développe qu'à partir des années soixante-dix alors que les États-Unis l'utilisaient dès les années cinquante. Cela s'explique notamment par le manque d'anesthésistes dans les maternités jusqu'à la mise en œuvre du plan périnatalité 1993-2000 qui fait de la douleur un élément central à prendre en charge.

En effet, il prévoit une prise en charge intégrale du coût de la péridurale par l'assurance maladie pour toutes les femmes alors qu'auparavant, seule l'indication médicale donnait le droit au remboursement. [14]

L'utilisation de la péridurale est passée de 4% à 21% de 1981 à 1989 alors que l'anesthésie générale diminuait de 13% à 9% malgré l'augmentation du taux de césarienne. En 1993, 37.5 % des parturientes ont recours à une analgésie péridurale puis 48.6 % en 1995, 62.8 % en 2003 ensuite 70 % en 2010 et enfin, 81.4% en 2016. [11,15, 16]

#### 1.2.4. Les recommandations

- Vers une analgésie de qualité

De nombreuses stratégies et réajustements ont eu lieu depuis sa première utilisation. En effet, il est recommandé d'avoir recours à de faibles concentrations d'anesthésiques locaux, d'associer l'anesthésiant local à un agent liposoluble (fentanyl, sufentanil) afin de réduire de moitié sa concentration ainsi que sa toxicité dans le but d'avoir une analgésie de meilleure qualité avec un bloc moteur diminué et une durée d'action augmentée. En effet, de fortes doses d'anesthésiques locaux peuvent provoquer des dystocies et aboutir à plus d'extractions instrumentales et de césariennes.

De plus, le mode « patient controlled epidural analgesia » (PCEA) est à privilégier car le patient a la possibilité d'injecter des doses contrôlées par l'appareil selon la douleur, ce qui lui permet une gestion autonome de sa douleur et l'utilisation de doses plus faibles d'anesthésiques. [16, 17, 18, 21]

- Quand poser la péridurale ?

Le travail est divisé en plusieurs stades selon les nouvelles recommandations des sociétés savantes, CNSF et CNGOF.

Le premier stade est caractérisé par la dilatation du col utérin sous l'effet des contractions. Il se divise en deux phases :

- La phase de latence définie par des contractions utérines entraînant une modification du col jusqu'à 5 centimètres de dilatation.
- La phase active définie par une dilatation du col allant de 5 centimètres jusqu'à la dilatation complète à 10 centimètres.

Le deuxième stade est la descente et l'expulsion du mobile foetal. S'en suit le troisième stade du travail défini par l'expulsion des annexes en dehors de la filière génitale.

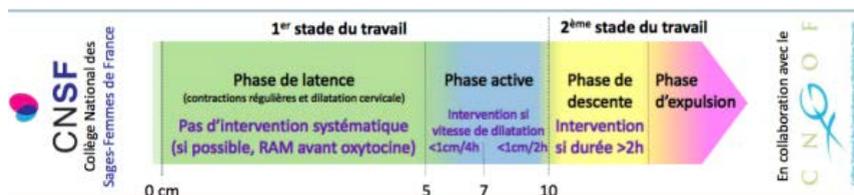


Figure 3 : Les phases du premier stade du travail. CNSF et CNGOF. [26]

Lors de la phase de latence du premier stade du travail, il est recommandé de ne pas intervenir systématiquement (amniotomie, oxytocine). Cependant une pose précoce de la péridurale est possible sans attendre la phase active. En effet, en 2016, le CNSF, en collaboration avec le CNGOF, publie des recommandations concernant l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. L'association entre la pose de la péridurale et l'utilisation de l'oxytocine a été étudiée, les sociétés savantes déclarent que « *la mise en place précoce de la péridurale ne modifie pas le recours à l'oxytocine, il n'est donc pas recommandé d'attendre la phase active du travail pour poser la péridurale* ». Ces recommandations sont en accord avec celles de la SFAR. Cela est renouvelé en 2018 dans les recommandations des bonnes pratiques de la HAS. L'analgésie péridurale est donc mise en place lorsque la parturiente le souhaite au cours du travail selon son ressenti. [23-26]

#### 1.2.5. Les limites

L'apparition de l'analgésie péridurale a permis de soulager les parturientes pendant le travail et l'accouchement. Cependant, on peut lui reprocher le fait qu'elle constitue un obstacle à la déambulation et aux changements de positions, qui s'avèrent bénéfiques pour préserver la physiologie. En effet, elle engendre un bloc sensitif et moteur, plus ou moins important, diminuant la possibilité de mouvement des patientes voire un alitement pendant toute la durée du travail même si des améliorations ont été apportées afin de réduire, au mieux, le bloc moteur. Ainsi, certaines femmes estiment que l'analgésie péridurale ne leur permet pas de participer activement à la naissance de leur enfant. Cependant, elles ne se sentent pas assez préparées à faire face aux douleurs de l'enfantement. [28, 29]

### 1.3. LA PERIDURALE DEAMBULATOIRE

Dans les années 1990, une nouvelle technique d'analgésie péridurale apparaît : la péridurale déambulatoire (APDD). Elle consiste en l'administration d'anesthésiques à faible dose pour permettre le mouvement tout en garantissant une analgésie, la technique de pose est la même que pour la péridurale classique. Cependant, il est recommandé de proscrire la lidocaïne adrénalinée car elle majore le bloc moteur. Cette analgésie s'adresse aux patientes motivées par la déambulation ayant des grossesses physiologiques et un déroulement normal du travail. [16, 17, 23, 36, 37]

Après l'initiation de l'APDD, une surveillance rapprochée de la patiente est réalisée afin de dépister les trois principaux effets indésirables qu'elle peut engendrer : l'hypotension, le bloc moteur et l'atteinte de la proprioception. Une mesure des constantes maternelles est nécessaire pendant 30 à 45 minutes afin de diagnostiquer une hypotension.

De plus, la motricité doit être évaluée par le score de Bromage ainsi que l'équilibre par le test de Romberg qui consiste à maintenir une position statique, yeux fermés puis ouverts en ayant les pieds joints et les bras tendus. Si la personne testée oscille ou baisse les bras, alors elle souffre de trouble de l'équilibre. Une fois tous ces paramètres contrôlés, la patiente peut se mouvoir, changer de positions et être autonome. Un enregistrement continu du rythme cardiaque fœtal est recommandé et la patiente doit disposer d'un moyen pour appeler la sage-femme si besoin. Lors des réinjections, la patiente doit s'allonger pour qu'on puisse réaliser une surveillance standard pendant 15 à 20 minutes. [20, 21]

### 1.3.1. Le paradoxe

Cette analgésie semble peu proposée par les maternités en France puisque seulement 8% la proposaient en 2010 selon l'enquête nationale périnatale. Dans leurs mémoires de fin d'étude, Caroline Gunia et Élise Aimé ont interrogé, respectivement, les maternités d'Île de France sur les freins et leviers à la mise en place de l'APDD en 2015 et celle de Nancy et des Bluets sur la mobilité des patientes qui bénéficient d'une APD en 2014. Ces études démontrent que la majorité des équipes obstétricales et anesthésiques interrogées aimeraient la proposer aux patientes mais, cela demande une formation des équipes, un investissement financier et humain important. Les équipes craignent une surcharge de travail et que cela soit chronophage. [36, 37]

### 1.3.2. Une méthode controversée

Les résultats des études sont controversés. En effet, certaines démontrent de manière significative, une faible consommation d'ocytociques et d'analgésiques chez les patientes qui déambulent, une réduction de la durée de la première phase du travail, une augmentation de l'intensité des contractions. D'autres études n'ont pas retrouvé ces résultats et suggèrent que l'accélération de la dilatation cervicale est plus expliquée par les analgésiques faiblement dosés. De plus, l'APDD est associée à une miction spontanée, par conséquent, moins de sondages évacuateurs vésicaux sont réalisés. De même, ont été mis en évidence, une diminution des anomalies du rythme cardiaque fœtal et une meilleure adaptation à la vie extra-utérine avec des scores d'Apgar plus élevés à 1 et 5 minutes de vie en cas de mobilité maternelle. Bien que les études n'aient pas été concluantes quant aux effets de cette analgésie sur les paramètres obstétricaux comme l'accélération du travail, toutes s'accordent à dire que la déambulation n'a pas d'effets néfastes sur les paramètres maternels et fœtaux/néonataux. Les patientes sont très satisfaites de pouvoir déambuler, elles maîtrisent leur corps et se sentent plus autonomes et actrices de leur accouchement. [17, 29-37, 39-43]

D'après le CNGOF, « *le progrès est certainement dans l'offre faite aux femmes de se mobiliser si elles le souhaitent, leur proposer des variantes positionnelles en tenant compte de chaque femme dans sa globalité. Ainsi, le confort physique de chaque parturiente étant assuré, celle-ci pourra parvenir activement et sereinement à la naissance de son enfant* » [28]

### 1.3.3. La place de la sage-femme

Les sages-femmes sont les professionnels de référence dans le suivi des femmes, notamment en salle de naissances où elles les accompagnent, les rassurent et les conseillent au mieux. En plus de leurs connaissances obstétricales et de leurs compétences cliniques, elles sont à l'écoute des besoins, des désirs et des craintes de leurs patientes. Ainsi, un lien de confiance et de respect se créé, essentiel dans cette étape inoubliable et cruciale qu'est la naissance de leur enfant.

C'est dans la physiologie que les compétences des sages-femmes prennent complètement leurs sens. La sage-femme est en mesure de proposer des méthodes diverses et variées ayant pour but la gestion de la douleur comme l'utilisation de ballon, un bain/une douche avec de l'eau chaude, des méthodes de psychoprophylaxie (maîtriser sa respiration, se détendre en contrôlant ses muscles...) ou encore de la sophrologie, de l'hypnose, de l'acupuncture...

Elle propose surtout la déambulation et les changements de positions. En effet, les positions adoptées par la parturiente vont avoir un effet sur l'accommodation foeto-pelvienne par modification des diamètres du bassin afin de permettre une naissance par les voies naturelles. Cependant, l'analgésie péridurale est un obstacle à certaines positions.

Dans son mémoire de fin d'études de sage-femme, Eva Kieffer a réalisé une revue de la littérature sur « *les positions et postures proposées aux femmes, ayant des grossesses à bas risque, pendant le travail et l'accouchement en France en 2020-2021* ». Huit articles publiés entre 1995 et 2015 ont été étudiés et révèlent que le décubitus dorsal reste la position privilégiée pour accoucher mais le décubitus latéral fait son entrée dans les salles de naissances du fait de ses bénéfices : il prévient les lésions périnéales et diminue le recours à une épisiotomie. Les patientes pouvant varier de position pendant le travail et l'accouchement sont très satisfaites, d'autant plus que le conjoint est intégré dans cette mobilisation. Il est souligné l'importance de l'information anténatale donnée par la sage-femme sur la mobilité et les changements de position. Eva Kieffer a réalisé un flyer qui résume les différentes positions qui peuvent être proposées par les sages-femmes en fonction de l'effet recherché. [19] (1)

Cette grande diversité posturale est un moyen de répondre à la demande de plus en plus importante des patientes qui souhaitent un retour vers la physiologie qu'elles expriment par la rédaction de projets de naissance, avec des prises en charge de moins en moins médicalisées et plus centrées sur le respect des processus naturels du travail et de l'accouchement. L'accompagnement des patientes doit être personnalisé avec des prises en charge adaptées à leurs désirs puisque, tout naturellement, elles souhaitent être écoutées et être actrices de leurs accouchements. De plus, il s'agit de recommandations de bonnes pratiques de la HAS et du CNGOF. [23, 28]

La péridurale déambulatoire semble être un bon compromis. En effet, elle permettrait de promouvoir la diversité posturale tout en garantissant une prise en charge de la douleur pour les patientes qui le souhaitent. Ainsi, les femmes n'ont plus à choisir entre douleur, autonomie et analgésie classique, limite aux mouvements.

## **PARTIE 2 :**

### **2. METHODOLOGIE**

Préambule : L'année 2019 a été choisie pour cette étude puisqu'en 2020, le virus de la Covid-19 a sévi en France et a certainement modifié les pratiques professionnelles dans les maternités.

#### **2.1. PROBLÉMATIQUE**

La problématique est la suivante : comment est utilisée la péridurale déambulatoire pour les grossesses à bas risque dans les maternités françaises en 2019 ?

#### **2.2. OBJECTIFS**

##### **2.2.1. Bénéfice attendu**

Le bénéfice attendu de cette étude est de promouvoir la péridurale déambulatoire afin de répondre aux souhaits de mobilité des parturientes dans le but d'améliorer la prise en charge de la douleur.

##### **2.2.2. Objectif principal**

Déterminer la place de la péridurale déambulatoire lors de l'accouchement des grossesses à bas risque dans les maternités françaises en 2019, par analyse des pratiques professionnelles.

##### **2.2.3. Objectifs secondaires**

Les objectifs secondaires sont :

- Décrire la place de la péridurale déambulatoire dans la prise en charge de la douleur obstétricale
- Identifier les freins à l'utilisation de la péridurale déambulatoire
- Identifier les leviers à l'analgésie péridurale déambulatoire
- Identifier la place de la sage-femme dans la prise en charge des patientes sous APDD.

#### **2.3. HYPOTHESES**

Il est supposé que :

- H1 : la péridurale déambulatoire est utilisée lors des accouchements des grossesses à bas risque en France.
- H2 : la proposition de l'APD déambulatoire varie selon le type de maternité.
- H3 : l'APDD a impacté les pratiques professionnelles des sages-femmes qui travaillent dans les maternités qui la proposent.
- H4 : les anesthésistes proposent l'APDD dans les maternités de France.
- H5 : il existe une demande de la part des patientes à recourir à ce type d'analgésie.
- H6 : les maternités ont un retour positif des patientes ayant eu recours à la péridurale déambulatoire.

- H7 : les maternités souhaitent proposer l'APDD aux parturientes.
- H8 : les maternités ne proposent pas l'APDD à cause de son coût financier.

## 2.4. MATERIEL ET METHODES ENVISAGÉS

### 2.4.1. Type d'étude

Étude épidémiologique, quantitative, descriptive, par analyse des pratiques professionnelles dans les diverses maternités de France, par entretien téléphonique et questionnaires envoyés par voie électronique aux sages-femmes coordinateurs (-trices) des maternités sélectionnées pour le recueil de données.

### 2.4.2. Population d'étude

L'enquête a été proposée à 45 maternités publiques et 33 maternités privées de différents types (I, IIA, IIB et III). Elles ont été sélectionnées de façon aléatoire dans chaque région de France selon le type. Les sages-femmes coordinateurs (-trices) de salles de naissances ont été interrogé(e)s sur la pratique de la péridurale déambulatoire au sein de leur établissement.

- Critères d'inclusion

Ont été incluses, les maternités publiques et privées de type I, IIA, IIB et III sélectionnées aléatoirement dans chaque région française, souhaitant participer à cette étude.

- Critères de non-inclusion

Les maternités ne répondant pas à mes sollicitations n'ont pas été incluses.

- Critères d'exclusion

Ont été exclus les établissements ne souhaitant plus participer à cette étude ainsi que ceux ayant rempli moins de 80% des items des questionnaires.

- Modalités de recrutement

Initialement, 50 maternités publiques ont été sélectionnées soit 4 par région (une maternité de chaque type : I, IIA, IIB, III) sauf en Corse où il n'y pas de type III ni de type I publique. Après un premier contact par téléphone, les coordonnées téléphoniques ou électroniques des sages-femmes coordinateurs (-trices) m'ont été données afin de leurs parler de mon étude lorsqu'ils/elles étaient indisponibles au premier contact. Lorsque l'encadrement ne souhaitait pas participer à l'étude, une autre maternité de la même région et du même type a été incluse, dans la mesure du possible. Au total, 60 maternités publiques ont été contactées et 45 parmi elles m'ont fournie les coordonnées de l'encadrement. Le questionnaire a été envoyé par voie électronique aux sages-femmes coordinateurs (-trices) de salles de naissances des maternités.

Ensuite, face au faible nombre de réponses reçues de la part des maternités publiques, 33 maternités privées ont été intégrées à l'étude, après un recrutement sur le même modèle que les maternités publiques. Cependant, les adresses électroniques ont été récupérées dans un premier temps sur les sites internet des maternités puisque les appels étaient payants.

Enfin, 24 autres maternités publiques et privées ont été contactées pour augmenter le nombre de réponses et tenter d'améliorer « la puissance » de l'étude.

Au total, 117 maternités françaises de tous types, publiques et privées, ont été contactées pour participer à cette étude et en être la population source.

#### 2.4.3. Critères de jugement principal et secondaire

Les critères de jugement sont : la pratique de la péridurale déambulatoire, le type de maternité, l'évaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes, les équipes d'anesthésie qui proposent l'APDD, la demande des patientes et le coût financier.

#### 2.4.4. Le recueil de données

- Pour les maternités publiques : une prise de contact par téléphone a été faite avec les sages-femmes coordinateurs (-trices) de salles de naissances des maternités recensées pour leur proposer de participer à l'étude. Si ils/elles étaient indisponibles, leur adresse électronique a été demandée afin de les contacter et leurs envoyer le questionnaire.
- Pour les maternités privées : le recueil de données a été fait sur le même modèle que pour les maternités publiques à l'exception du premier contact qui s'est fait par voie électronique. En effet, les appels étant payants, les adresses électroniques des maternités ont directement été recueillies sur leurs sites internet.

#### 2.4.5. Gestion des données

Les données ont été collectées et traitées grâce au logiciel Google Forms. Elles ont été anonymisées et analysées par le chef de projet puis elles seront détruites après la soutenance du mémoire.

#### 2.4.6. Lieux de l'étude

L'étude s'est déroulée dans les maternités publiques et privées de France, une de chaque type (I, IIA, IIB, III) dans chaque région.

#### 2.4.7. Période de l'étude

L'étude a été débutée le 7 septembre 2021 et clôturée le 6 mars 2022.

#### 2.4.8. Procédure de minimisation des biais

La grille de recueil de données a été la plus exhaustive possible. Les maternités ont été choisies selon le type, dans chaque région de France mais constituant un biais de sélection. De plus les pratiques professionnelles étaient indiquées par la sage-femme coordinatrice impactant un biais de mémorisation

### 2.5. OBLIGATION REGLEMENTAIRE / ETHIQUE

#### 2.5.1. Modalités d'information et de recueil de la note d'information

Étude épidémiologique - observationnelle de catégorie 3 : Recherche non interventionnelle : information et déclaration de non-opposition, libre et éclairée.

2.5.2. Modalité de gestion des données : confidentialité

Les données ont été recueillies anonymement avec attribution d'un numéro d'anonymat en fonction de la saisie et de la réception des questionnaires.

2.5.3. Déclaration des conflits d'intérêt

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêt.

2.5.4. Archivage des données

Les données recueillies sont détruites après l'analyse et la publication des résultats.

## PARTIE 3

### 3. RESULTATS

Le questionnaire a été envoyé à 62 maternités publiques et 40 maternités privées de type III, IIB, IIA et I. Elles ont été sélectionnées aléatoirement dans chacune des 13 régions françaises. 49 réponses ont été recueillies soit 49,9% du panel des maternités interrogées.

#### 3.1. LES MATERNITÉS

##### 3.1.1. Les régions

Dans chacune des 13 régions françaises, une maternité de chaque type (III, IIB, IIA et I) a été choisie dans la mesure du possible. Le nombre de réponses par région a été le suivant : quatre réponses en Hauts-de-France, trois réponses en Ile-de-France, deux réponses en Normandie, sept réponses dans la région Grand-Est, onze réponses en Bourgogne-Franche-Comté, deux réponses en Centre-Val de Loire, trois réponses en Bretagne, trois réponses en Nouvelle Aquitaine, cinq réponses en Auvergne-Rhône-Alpes, cinq réponses en Occitanie, deux réponses en Provence-Alpes-Côte d'Azur, une réponse dans le Pays de la Loire ainsi qu'en Corse.



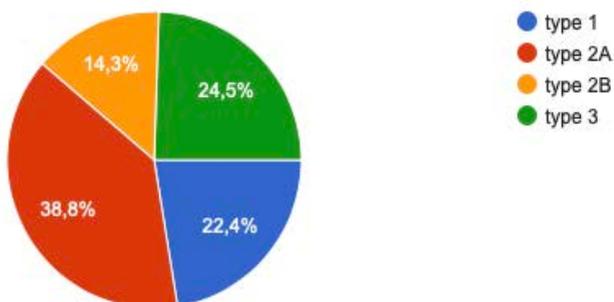
Figure 4 : Nombre de maternités incluses selon la carte des régions françaises participant à l'étude - Maternité et Analgésie péridurale déambulatoire - France - 2022 (n=49).

### 3.1.2. Le type de maternités

La répartition des maternités interrogées s'établissait ainsi :

- Onze maternités de type I soit 22,4% des réponses,
- Dix-neuf maternités de type IIA représentant 38,8%
- Sept maternités de type IIB (14,3)
- Douze maternités de type III (24,5%).

Dix-sept maternités privées et trente-deux maternités publiques ont répondu au questionnaire soit, respectivement, 34,7% et 65,3% des réponses recueillies.



**Figure 5 : Le pourcentage de maternité en fonction du type - Maternité et Analgésie péridurale déambulatoire - France - 2022 (n=49).**

## 3.2. LES PROFESSIONNELS

### 3.2.1. Les médecins anesthésistes réanimateurs

Quarante et une maternités (83,7%) ont répondu que les MAR étaient constamment présents en salle de naissance contre huit maternités pour qui ce n'était pas le cas, soit 16,3%.

La répartition de ces huit maternités était la suivante :

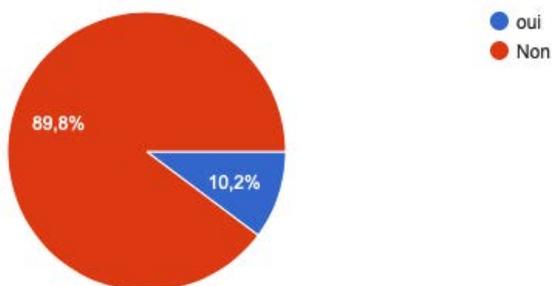
- Cinq maternités de type I
- Deux maternités de type IIA
- Une maternité de type IIB

### 3.2.2. Les infirmiers (-ères) anesthésistes

Pour quarante et une maternités, les IADE n'étaient pas constamment présents en salles de naissances soit 83,7% contre huit maternités qui bénéficiaient de leur présence H24 (16,3%).

### 3.3. LA PERIDURALE DEAMBULATOIRE

Au moment de l'étude, quarante-quatre maternités (89,8%) ne la proposaient pas contre cinq maternités qui l'avaient mise en place dans leurs salles de naissances (10,2%).



**Figure 6 : la pratique de la péridurale déambulatoire selon les maternités – Maternité et Analgésie péridurale déambulatoire - France - 2022 (n=49).**

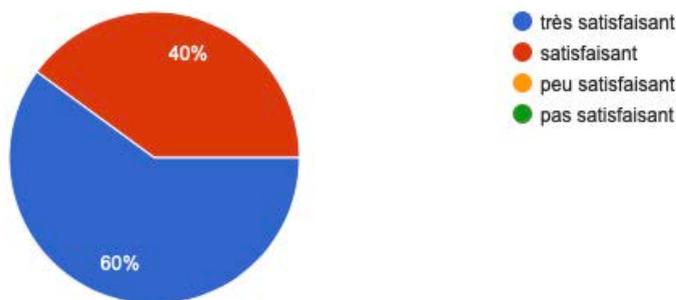
#### 3.3.1. Les maternités qui proposaient l'analgésie péridurale déambulatoire

- Ces cinq maternités proposaient l'APDD depuis janvier 2002, janvier 2015, janvier 2018, septembre 2018 et juillet 2019.
- Les raisons de la mise en place de ce type d'analgésie par les cinq maternités étaient :
  - Un plus grand confort des parturientes du fait de la mobilisation possible
  - Une meilleure gestion de la douleur
  - Une autonomie leur permettant d'être plus actrices de leur accouchement
  - Une diminution des quantités/doses d'anesthésiques utilisés
  - Un projet de favoriser l'eutocie
- Concernant la fréquence d'utilisation :

Une maternité la proposait systématiquement à toutes ses patientes, deux d'entre-elles la proposaient très fréquemment et deux maternités la proposaient rarement.
- Concernant les problèmes rencontrés lors de la mise en place de l'APDD :

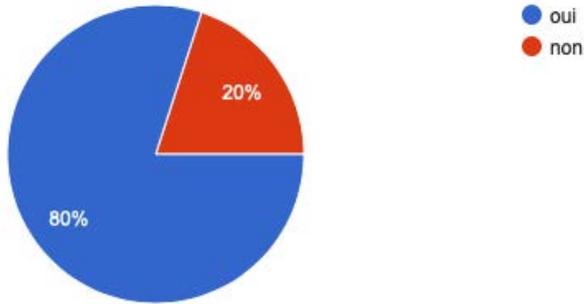
Les cinq maternités ont globalement soulevé la difficulté à trouver du matériel compatible avec leur centrale monitoring, notamment les moniteurs sans fils, ainsi que la difficulté à convaincre les MAR de changer leurs habitudes.
- Les cinq maternités (100%) avaient un protocole de service relatif à la pose et à la surveillance de l'APDD. Il a été rédigé par les équipes d'anesthésie pour toutes ces maternités.

- Concernant la place de la sage-femme dans la prise en charge des patientes bénéficiant de l'APDD : Elle assistait à la pose s'il n'y avait pas d'IADE, elle s'occupait des réinjections après la première faite par le MAR et de la surveillance de l'efficacité de l'analgésie. Elle encourageait surtout les patientes à se mobiliser tout au long du travail.
- Trois maternités (60%) déclaraient que les patientes étaient très satisfaites et pour les deux autres (40%), les patientes étaient globalement satisfaites. Ces maternités ont soulevé une participation active des parturientes au travail et à l'accouchement : elles accompagnaient la dynamique du travail par la mobilité, lors de la dilatation cervicale et de l'engagement du bébé dans le bassin jusqu'au moment de l'accouchement. Cela leur a procuré un sentiment gratifiant, elles étaient autonomes et la prise en charge de la douleur était optimale.



**Figure 7 : Satisfaction des patientes - Maternité et Analgésie péridurale déambulatoire - France - 2022 (n=5).**

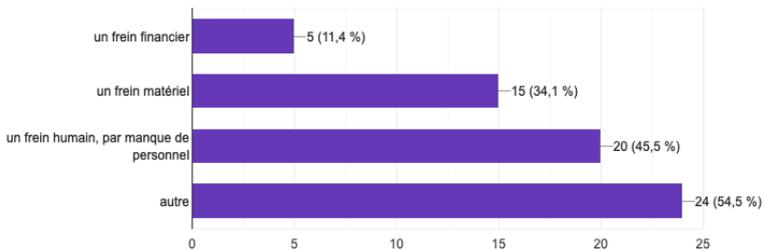
- L'information sur la possibilité de recourir à une APDD était essentiellement donnée aux patientes par les anesthésistes lors de la consultation d'anesthésie en fin de grossesse, ainsi que par les sages-femmes libérales ou hospitalières lors du suivi de grossesse ou encore à l'admission en salle d'accouchement. Les patientes avaient aussi accès à cette information sur les réseaux sociaux et sur les sites internet des maternités qui la proposaient.
- À propos des cinq maternités qui proposaient la péridurale déambulatoire au moment de l'étude, quatre d'entre-elles (80%) avaient une demande des patientes à recourir à cette analgésie contre une seule maternité pour qui ce n'était pas le cas.



**Figure 8 : Existence d'une demande des patientes dans les maternités qui proposent l'APDD - Maternité et Analgésie péridurale déambulatoire - France - 2022 (n=5).**

### 3.3.2. Les maternités qui ne proposent pas l'APDD

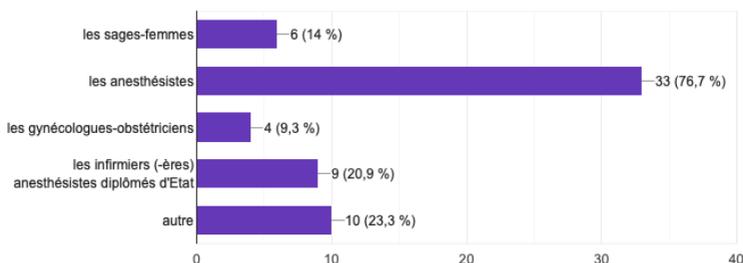
- Les principales raisons retrouvées étaient :
  - Des équipes d'anesthésie réticentes, non formées ou composées d'intérimaires
  - Un manque de personnel
  - Pas de protocoles ni de matériel adapté.
- Les freins identifiés par les maternités à la mise en place de l'APDD étaient :



**Figure 9 : Les freins à la mise en place de la péridurale déambulatoire - Maternité et Analgésie péridurale déambulatoire - France - 2022 (n=44). (Plusieurs réponses possibles)**

Pour 45,5% des maternités, le frein était d'ordre humain par manque de personnel, puis un frein matériel dans 34,1% des cas et financier pour 11,4% d'entre-elles. 54,5% des maternités ont répondu « autres » en soulignant un manque d'investissements des MAR dans le domaine obstétrical, une disparité des protocoles anesthésiste-dépendant ou encore une absence de protocoles, un manque de formation et une absence d'espace dédié à la déambulation dans le service.

- Concernant le souhait ou non des équipes obstétricales et d'anesthésie à proposer l'APDD, trente-cinq maternités soit 79,5% ont répondu ne pas la souhaiter contre neuf maternités (20,5%) où les équipes étaient demandeuses.
- Parmi les maternités où les équipes ne souhaitaient pas la mise en place de l'APDD, trente-trois d'entre-elles soit 76,7% ont répondu que ce refus venait des anesthésistes puis des IADE dans neuf maternités (20,9%). Ensuite, dans six maternités (14%), le refus venait des sages-femmes, ensuite, des gynécologues-obstétriciens dans quatre maternités soit 9,3% des réponses. Parmi les dix maternités ayant répondu « autre », l'une d'elles a souligné un refus des pharmacies de fournir des poches d'anesthésiques plus simples à utiliser mais plus coûteuses. Pour les autres, il n'y a jamais eu de discussion entre les équipes concernant l'APDD.

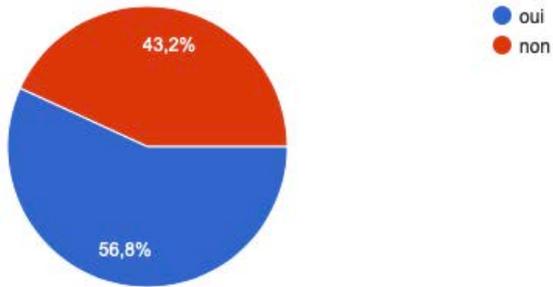


**Figure 10 : Les professionnels refusant la mise en place de la péridurale déambulatoire - Maternité et Analgésie péridurale déambulatoire - France - 2022 (n=44). (Plusieurs réponses possibles)**

- Parmi les maternités qui ne proposaient pas l'APDD au moment de l'étude, onze d'entre-elles, soit 25% l'avaient proposé dans le passé et trente-trois maternités soit 75% ne l'ont jamais mise en place. L'arrêt était surtout dû à un déménagement du service de maternité et au départ de l'anesthésiste qui la proposait. Venait ensuite le manque de matériel adapté.
- Parmi les maternités ne proposant pas l'APDD au moment de l'étude, trente-trois d'entre-elles soit 75% souhaitaient la proposer aux patientes dans le futur afin de :
  - Répondre à la demande croissante des patientes et des sages-femmes
  - Préserver la physiologie du travail
  - Améliorer la mobilité et le changement de positions
  - Répondre aux souhaits d'autonomie des patientes et améliorer leur confort

Onze maternités n'avaient pas pour projet de proposer l'APDD dans le futur à cause de la pénurie ou du refus des anesthésistes, ainsi que de la faible demande des patientes accouchant dans leur établissement à y recourir.

- Concernant la demande, pour vingt-cinq maternités soit 56,8%, les patientes étaient demandeuses et souhaitaient recourir à cette analgésie contre dix-neuf maternités (43,2%) qui déclaraient ne pas avoir de demande de la part des patientes.



**Figure 11 : La demande des patientes à recourir à l'APDD dans les maternités qui ne la proposent pas - Maternité et Analgésie péridurale déambulatoire - France - 2022 (n=44).**

## **PARTIE 4 :**

### **4. DISCUSSION**

#### 4.1. CRITIQUE DE L'ETUDE

##### 4.1.1. Les forces

Le point fort de cette étude réside dans son originalité. En effet, des maternités de tout type, publiques et privées, dans chaque région de France ont été interrogées. L'analyse des pratiques à l'échelle nationale était très intéressante pour avoir une meilleure représentativité de l'utilisation de l'analgésie péridurale déambulatoire et identifier les freins et leviers à sa mise en place dans les salles de naissances. Il est à noter que peu d'études ont été réalisées à l'échelle nationale.

Concernant la méthodologie, Google Forms a facilité le recueil de données ainsi que l'analyse des résultats. Le fait d'avoir une réponse de la part de 49,9% des maternités contactées montre un intérêt pour ce sujet.

De plus, ce sujet a suscité la curiosité de certaines sages-femmes coordinateurs (-trices) avec qui j'ai pu échanger et à qui je ne manquerai pas d'envoyer les résultats finaux de l'étude.

##### 4.1.2. Les faiblesses

Pour le recueil de données, il n'a pas été facile de joindre les sages-femmes coordinateurs (-trices) de toutes les maternités initialement sélectionnées pour leur parler de mon étude et obtenir leurs coordonnées afin d'envoyer le questionnaire. En effet, beaucoup étaient indisponibles, absents ou n'avaient pas de temps à m'accorder. Cela peut s'expliquer par la charge de travail de l'encadrement notamment face aux manques d'effectifs liés à la gestion de la crise Covid-19 au sein des maternités et aux manques d'effectifs perpétuels actuellement.

Toutes les maternités n'ont pas répondu au questionnaire, par conséquent il n'y a pas le même nombre de réponses en fonction des types de maternités et des régions françaises. Ainsi, nous ne pouvions pas conclure pour l'hypothèse qui supposait une différence de pratique de l'APDD en fonction du type de maternité. De plus, nous pouvons souligner le faible effectif des maternités ayant répondu qu'elles proposent l'APDD à leurs patientes mais il semble évident, au regard des discussions que j'ai pu avoir lors du premier contact, que la motivation des équipes et des patientes est un levier à sa mise en place. L'objectif étant de permettre aux parturientes d'être plus autonomes et actrices lors de la mise au monde de leur enfant.

Il a fallu s'adapter au faible nombre de réponses collectées. En effet, les maternités privées, initialement exclues de la population d'étude, ont été incluses face au faible nombre de réponses des maternités publiques. Cependant, les coordonnées recueillies sur les sites internet des maternités privées n'étaient pas toujours actualisées, ce qui peut expliquer le manque de réponses.

Il y a un biais de population puisque le questionnaire a été envoyé aux sages-femmes coordinateurs (-trices) et non pas aux équipes obstétricales et d'anesthésie pour les interroger directement sur leurs pratiques et leurs souhaits. En effet, nous n'étions pas en mesure de savoir si les équipes des maternités interrogées s'étaient concertées sur la péridurale déambulatoire dans le passé, les raisons exposées par les sages-femmes coordinateurs (-trices) peuvent être peu objectives.

De plus les pratiques professionnelles étaient indiquées par la sage-femme coordinatrice impactant un biais de mémorisation.

## 4.2. ANALYSE DES RESULTATS ET CONFRONTATION À LA LITTERATURE

### 4.2.1. La pratique de la péridurale déambulatoire

Sur les quarante-neuf maternités ayant répondu au questionnaire, quarante-quatre soit 89,8% ne proposaient pas la péridurale déambulatoire contre cinq maternités qui l'ont mise en place dans leurs salles de naissances (10,2%). L'analgésie péridurale déambulatoire est très peu utilisée en France pour les accouchements des grossesses à bas risque.

**Ainsi, l'hypothèse H1, qui supposait que la péridurale déambulatoire est utilisée lors des accouchements pour les grossesses à bas risque en France, est infirmée.**

En comparaison avec la littérature, Caroline Gunia a publié son mémoire intitulé « *la mise en place de la péridurale déambulatoire : les freins et les leviers* » dans Gynécologie et Obstétrique. Elle a réalisé un état des lieux de la pratique de l'APDD en Ile-de-France en 2015 en interrogeant 90 maternités : 71 établissements ont répondu à son étude et seulement 4% d'entre eux proposaient l'APDD. Les résultats de l'étude concordent avec ceux de son étude. [36]

De plus, d'après l'enquête périnatale de 2016, la possibilité de déambuler était offerte uniquement par 9% des maternités françaises, sans évolution depuis 2010 malgré les recommandations de la HAS de 2017 sur l'accouchement normal qui encourage l'utilisation d'une analgésie faiblement dosée pour « *respecter le vécu de l'accouchement en limitant le bloc sensitivomoteur et favoriser la mobilité* ». [23, 44]

Ainsi, cette pratique reste marginale comme l'a souligné le collectif CIANE dans son dossier « *douleur et accouchement* ». L'utilisation de cette analgésie n'évolue pas depuis 2005 et représente 6% des analgésies proposées aux parturientes. [39]

- Le type de maternités qui proposent la déambulation sous APD

Sur les quarante-neuf maternités ayant répondu au questionnaire, cinq établissements soit 10,2%, offrent la possibilité d'avoir ce type d'analgésie. Leur répartition est la suivante :

- Trois maternités sont de type IIA
- Une maternité de type IIB
- Une maternité de type I.

**L'hypothèse H2 stipule que la proposition de l'APDD varie selon le type de maternité. Le faible nombre de maternités qui la proposent ne permet pas de conclure pour cette hypothèse.**

En comparaison avec la littérature, d'après l'enquête nationale périnatale de 2016, la majorité des maternités qui proposaient la déambulation sous APD étaient de type I en 2010 et en 2016. [44]

En effet, en 2016, sur 491 maternités ayant répondu à l'enquête nationale périnatale, 9% proposaient la déambulation sous APD dont :

- 19 maternités étaient de type I soit 9% des 210 établissements de ce type.
- 13 maternités étaient de type IIA soit 9% des 139 établissements de ce type.
- 8 maternités étaient de type III soit 13% des 60 établissements de ce type.
- 4 maternités étaient de type IIB soit 5% des 82 établissements de ce type.

En 2010, 8% des 515 établissements ayant répondu à l'enquête proposaient l'APDD :

- 18 maternités étaient de type I soit 7% des 251 établissements de ce type.
- 9 maternités étaient de type IIA soit 8% des 118 établissements de ce type.
- 9 maternités étaient de type III soit 15% des 61 établissements de ce type.
- 5 maternités étaient de type IIB soit 6% des 85 établissements de ce type.

- Les anesthésistes proposent l'APDD

D'une part, sur les quarante-quatre maternités qui ne proposaient pas l'APDD, vingt-six ont déclaré que la principale raison est le refus des équipes d'anesthésie à la mettre en place et parmi les freins identifiés, la réticence des anesthésistes était relevée par 15 maternités.

D'autre part, parmi les quarante-quatre maternités qui ne proposaient pas cette analgésie, trente-cinq (79,5%) ont déclaré que les équipes obstétricales et anesthésiques ne souhaitent pas que cette analgésie soit mise en place dans les salles de naissances. En effet, trente-trois maternités ont déclaré que ce refus venait des anesthésistes puis des IADE pour neuf d'entre-elles.

Enfin, les quarante-quatre maternités qui ne proposaient pas l'APDD au moment de l'étude, ont été interrogées sur leur souhait de la mettre en place dans le futur. Onze d'entre-elles ont déclaré ne pas avoir pour projet de la proposer aux patientes à l'avenir à cause du refus des anesthésistes ou encore de la pénurie qui touche cette profession.

**L'hypothèse H4 supposait que les anesthésistes proposent l'APDD dans les maternités françaises, elle est donc infirmée d'après les résultats de cette étude.** De plus, l'hypothèse H1 s'accorde avec cette infirmation puisque ce type d'analgésie n'est pas proposé dans 89,8% des maternités ayant répondu au questionnaire.

En comparaison avec la littérature, pour son mémoire de fin d'étude intitulé « *réflexion sur la mobilité des parturientes qui bénéficient d'une analgésie péridurale* » publié dans médecine humaine et pathologie, Élise Aimé a comparé la maternité les Bluets (Paris) qui proposait la déambulation sous APD quotidiennement versus la maternité régionale universitaire de Nancy où ce n'était pas le cas. Les anesthésistes de la maternité les Bluets, avaient intégré dans leurs pratiques la pose de la péridurale déambulatoire et avaient déclaré ne pas ressentir de contraintes supplémentaires par rapport à une péridurale dite « classique ». [37]

Par ailleurs, la HAS en 2017 recommande de « *favoriser des appareils de monitoring permettant la mobilité et le confort des femmes* » et qu'après un temps de surveillance après la pose d'une analgésie locorégionale, la femme peut « *se mobiliser ou déambuler sous réserve de l'existence d'un protocole formalisé et spécifique incluant la traçabilité et la durée des postures, la surveillance et la prévention des compressions* ». Ainsi, proposer aux patientes de déambuler sous analgésie se fait conformément à un protocole de service qui fixe les conditions d'accès à cette analgésie, les modalités de pose et de surveillance. Cependant, l'adhésion des anesthésistes est nécessaire à l'élaboration des protocoles car il s'agit de leur domaine d'expertise et ce sont eux qui posent les péridurales. [23]

#### 4.2.2. Les freins et leviers identifiés

Les quarante-quatre maternités qui ne proposaient pas l'APDD ont été interrogées sur les freins à cette pratique. 45,5% d'entre-elles ont avancé un frein d'ordre humain en soulignant le manque de personnel dans les équipes obstétricales pour la surveillance des patientes mais surtout, un manque d'anesthésistes proposant cette pratique. Le frein matériel concernait 34,1% de ces maternités : elles déclaraient ne pas disposer du matériel nécessaire d'où la nécessité d'investir dans la téléométrie, ce qui constitue un frein financier pour 11,4% des maternités. **L'hypothèse H8 qui supposait que les maternités ne proposent pas l'APDD pour son coût financier, est affirmée.**

En comparaison avec la littérature, les mêmes freins ont été révélés par d'autres études :

Un frein humain par manque de personnel a été souligné par les maternités d'Ile-de-France d'après Caroline Gunia. Elles craignaient une augmentation de la charge de travail surtout pour les sages-femmes qui doivent être plus disponibles pour positionner les parturientes et s'assurer de l'enregistrement du RCF. [36]

Cependant Élise Aimé, citée précédemment, a révélé que pour les sages-femmes de la maternité des Bluets qui propose l'APDD quotidiennement, la charge de travail n'a pas augmenté car les patientes, plus autonomes, requièrent moins leur présence. De plus, les anesthésistes ne ressentaient pas de contraintes supplémentaires depuis la mise en place de l'APDD. Cela semble aller à l'encontre de ce que peuvent imaginer les équipes de maternités mais ce ressenti est peut-être dû aux habitudes de prise en charge des patientes par les sages-femmes, dans un projet d'accouchement physiologique. En effet, une sage-femme qui n'a pas l'habitude de suivre des patientes qui souhaitent déambuler et qui vont la solliciter pour lui proposer des positions lors du travail, ressentira certainement une charge de travail en plus, tant sur le plan physique que psychique. [37]

Concernant le frein financier et matériel : pour le versant anesthésique, aucune maternité n'a soulevé de dépenses supplémentaires liées à la mise en place de l'APDD car le matériel nécessaire à sa pose était identique à celui de l'APD classique. Pour le versant obstétrical, la télémétrie a été un réel investissement pour les maternités qui ont dû se la procurer pour garantir une surveillance foetale optimale lors de la déambulation des patientes.

Sachant que la HAS recommande une surveillance continue du rythme cardiaque foetal dès la pose d'une analgésie locorégionale, une alternative à la télémétrie serait de mobiliser les femmes dans leur salle d'accouchement ou à minima dans leur lit, reliées à un appareil d'enregistrement cardiotocographique « classique ». En effet, elles pourront être plus autonomes et maîtres de soi que couchées en décubitus dorsal ou latéral sous APD classique. Le confort des patientes qui sont désormais capables de changer de position dans le lit, déambuler dans un périmètre autour du lit bien que limité, mobiliser leur bassin sur un ballon, uriner spontanément est suffisant pour justifier l'utilisation de péridurales déambulatoires. Posséder un espace de déambulation à l'extérieur de leur salle n'est pas nécessaire pour les maternités ayant avancé un manque d'espace dédié à la déambulation dans le service. [23, 36, 37, 40-42]

Le principal levier identifié, dans cette étude, pour la mise en place de l'APDD dans les maternités est la demande. En effet, trente-trois maternités soit 75% se sont exprimées en faveur de sa mise en place dans le futur en évoquant une offre de soin plus complète répondant à la demande croissante des femmes à recourir à cette analgésie et des sages-femmes dans le cadre du respect de la physiologie.

Dans la littérature, la mise en place de l'analgésie péridurale déambulatoire dépendait surtout de l'implication des professionnels et des patientes. En effet, la demande des patientes a été un levier à la mise en place de l'APDD au sein des maternités ainsi que l'adhésion des anesthésistes qui a été nécessaire à l'élaboration des protocoles relatifs à la pose et à la surveillance des parturientes. [29, 35-37]

#### 4.2.3. Les projets des maternités

Les sages-femmes coordinateurs (-trices) des quarante-quatre maternités qui ne proposaient pas l'APDD au moment de l'étude ont été interrogées sur leur projet de la mettre à disposition des patientes dans le futur. Trente-trois maternités soit 75% se sont exprimées en faveur de sa mise en place contre 11 maternités, soit 25% qui ne la souhaitent pas.

Cependant, pour 79,5% d'entre-elles, les équipes obstétricales et anesthésiques ne veulent pas que ce type d'analgésie soit proposé dans les salles de naissances contre 20,5% des maternités pour qui les équipes sont demandeuses. Les souhaits divergent entre l'encadrement et les équipes obstétricales et anesthésiques.

Les principaux arguments de l'encadrement en faveur de la pratique de l'APDD sont une approche plus physiologique avec la possibilité de déambuler, proposer une offre de soin plus complète, répondre à la demande croissante des sages-femmes et des parturientes ainsi qu'une amélioration du vécu de l'accouchement car les patientes sont plus actrices et autonomes.

À l'inverse, les maternités qui ne souhaitaient pas proposer l'APDD dans le futur ont évoqué un manque de temps pour accompagner les patientes, une satisfaction de l'APD classique, pas de demande des patientes ou un refus des équipes.

Ainsi, la majorité des maternités interrogées souhaitent proposer la péridurale déambulatoire mais se heurtent au refus des équipes obstétricales et anesthésiques.

**L'hypothèse H7 qui supposait que les maternités souhaitent proposer l'APDD aux parturientes, est affirmée.**

En comparaison avec la littérature, dans son mémoire « *analgésie péridurale déambulatoire : étude des freins et leviers à sa mise en place au CHU d'Angers* », Kulikowski Lucie a interrogé 58 professionnels des équipes d'anesthésie et obstétricales sur l'APDD au CHU d'Angers, en 2017. 89,7% d'entre eux approuvaient la mobilisation de la parturiente pour un meilleur vécu de son accouchement et une meilleure gestion de sa douleur. [35]

Caroline Gunia, citée précédemment, a déterminé que sur les 71 maternités d'Ile-de-France interrogées en 2015, 34 % voulaient la proposer dans le futur contre 58% qui ne souhaitaient pas le faire principalement à cause d'une réticence des anesthésistes, d'après les sages-femmes coordinateurs (-trices). [36]

Dans cette étude faite pour ce mémoire, il aurait été intéressant d'interroger les équipes obstétricales et anesthésiques, en plus de l'encadrement, pour comparer leurs arguments puisque leurs projets semblent diverger, afin de mettre en exergue les réels freins à la proposition de l'APDD. En effet, bien que des alternatives puissent être trouvées aux freins avancés par les maternités, il semble persister un blocage important. Il est peut-être dû aux contradictions entre les études ou à l'impossibilité de conclure quant aux bénéfices de la mobilité maternelle sur le travail et l'accouchement, autres que le confort de la patiente et sa satisfaction ainsi que celle du conjoint.

#### 4.2.4. La demande et la satisfaction des parturientes

D'après les résultats obtenus, sur les quarante-quatre maternités qui ne proposaient pas la péridurale déambulatoire, vingt-cinq soit 56,8% ont déclaré que leurs patientes ont exprimé le souhait de recourir à cette analgésie contre dix-neuf maternités (43,2%) qui déclaraient ne pas avoir de demande des patientes. De plus, sur les cinq maternités ayant mis en place l'APDD, quatre ont déclaré avoir une demande des patientes contre une seule pour qui ce n'est pas le cas.

Il existe une demande de la part des patientes à être soulagées et capables de se mouvoir en même temps. **L'hypothèse H5 est affirmée puisqu'elle suppose qu'il existe une demande des patientes à recourir à cette analgésie.**

Concernant la satisfaction des patientes : pour les cinq maternités qui offraient l'opportunité d'avoir une APDD, trois d'entre-elles ont déclaré que les parturientes étaient très satisfaites et pour deux maternités, les patientes étaient globalement satisfaites de la prise en charge de la douleur et de la possibilité de déambuler.

En effet, ces maternités ont soulevé une participation active des parturientes au travail et à la l'accouchement : elles accompagnaient leur enfant par la mobilité lors de la dilatation cervicale et de l'engagement dans le bassin jusqu'au moment de la rencontre. Cela leur a procuré un sentiment gratifiant, elles étaient autonomes et la prise en charge de la douleur était optimale. **L'hypothèse H6 est affirmée car elle précise que les maternités ont eu des retours positifs des parturientes ayant eu accès à l'APDD.**

En comparaison avec la littérature, la plupart des femmes ont considéré les douleurs de l'accouchement comme la pire expérience douloureuse de leur vie. Même si elles ne souhaitaient pas déambuler pendant le travail, elles demandaient à conserver une motricité pour changer de position dans leur lit, avoir une maîtrise de soi et participer activement au deuxième stade du travail (descente de la présentation et accouchement). [40-42]

Dans son étude citée plus haut, Élise Aimé a déterminé que pour patientes de la maternité régionale de Nancy et des Bluets, la mobilité était une aide à la gestion de la douleur et un moyen d'être actrice de leur accouchement. De plus, un quart des 15 accouchées interrogées à Nancy auraient aimé être informées de l'impact de l'APD sur la mobilité. Cependant, cette maternité a déclaré ne pas avoir de demande des patientes à se mobiliser. [37]

Le collectif CIANE a analysé 8284 réponses de femmes ayant accouché à l'hôpital entre 2005 et 2012, dans son enquête en ligne sur la douleur et l'accouchement. Il en ressort que, sur 3767 femmes qui voulaient une APD et l'ont eu, 22% ont déclaré être insatisfaites en évoquant, entre autres, une APD trop dosée, l'absence d'accompagnement et la restriction de la mobilité.

Concernant les 2169 femmes qui n'avaient pas choisis d'avoir une APD au départ, 24% étaient insatisfaites et 5% d'entre-elles ont souligné le fait que l'absence de mobilité est un facteur aggravant de la douleur.

Par ailleurs, cette enquête a révélé que la péridurale déambulatoire était une pratique marginale car seulement 366 patientes y ont eu accès et 79% d'entre-elles en sont satisfaites. [39]

Ainsi, ces études sont en accord avec les résultats obtenus puisque les patientes expriment une demande de recourir à cette analgésie et le souhait de se mobiliser, du moins, pour celles qui sont informées de la possibilité d'allier ces deux éléments. De plus, les femmes ayant bénéficié d'une APDD sont satisfaites.

#### 4.2.5. Les pratiques professionnelles des sages-femmes

L'hypothèse H3 stipule que la pratique de l'APDD a impacté les pratiques professionnelles des sages-femmes. En effet, la place de la sage-femme dans la prise en charge des patientes bénéficiant de l'APDD est d'assister à la pose s'il n'y a pas d'IADE, de s'occuper des réinjections après la première faite par le MAR, de surveiller et s'assurer de l'efficacité de l'analgésie. Elle encourage surtout les patientes à se mobiliser tout au long du travail.

Cela ne change pas les pratiques professionnelles des sages-femmes qui assistent déjà les MAR à la pose de la péridurale dans certaines maternités et s'assurent de son efficacité.

Mais par-dessus tout, la sage-femme encourage la patiente à changer de position pour préserver l'eutocie dans la mesure du possible. **Il serait plus prudent de ne pas conclure pour l'hypothèse H3 car l'effectif des maternités qui proposent l'APDD est trop faible pour pouvoir généraliser et il serait plus pertinent d'interroger les sages-femmes directement.**

En comparaison avec la littérature, Sarah Trancart a réalisé une étude en 2018, dans le cadre de son mémoire, sur les pratiques des sages-femmes en matière de variations posturales des parturientes sous APD au cours du travail, en Ile-de-France. Elle a révélé que sur 385 sages-femmes ayant répondu à son questionnaire, 100% proposaient des variations posturales aux parturientes en travail. Ainsi, les variations posturales, pour le confort de la patiente et le respect de la mécanique obstétricale, semblaient être ancrées dans la pratique des sages-femmes. Cependant, un biais de population pouvait exister car les sages-femmes qui ne se sentaient pas concernées par la mobilité et le changement de postures, n'avaient certainement pas répondu au questionnaire.[38]

#### 4.3. PERSPECTIVES

Ce travail ouvre d'autres perspectives. Il montre, d'une part, l'intérêt d'interroger les patientes sur leurs représentations du travail, de l'accouchement ainsi que sur leurs connaissances en matière d'analgésie, de mobilité pendant le travail, de la possibilité d'allier les deux et sur les informations reçues lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité par les différents professionnels rencontrés.

D'autre part, il serait pertinent d'interroger les équipes d'anesthésie sur l'APDD pour recueillir leurs opinions et identifier les freins réels afin d'éviter un biais de population en interrogeant l'encadrement.

Par ailleurs, suivre une maternité lors de son cheminement vers la mise en place de l'APDD serait intéressant afin d'identifier les impacts réels de cette méthode sur les équipes d'anesthésie, d'obstétrique, l'organisation du service, les patientes...

Enfin, il serait judicieux d'interroger les sages-femmes des maternités qui craignent une surcharge de travail sur les raisons en lien avec ce ressenti, est-ce une crainte liée au manque d'expérience dans le suivi d'un travail et d'un accouchement physiologique avec déambulation et changement de positions ?

## CONCLUSION

La péridurale a été une révolution dans la prise en charge de la douleur du travail et de l'accouchement. En effet, il s'agit de l'analgésie assurant une sécurité aux patientes et aux fœtus sans perte de conscience, permettant ainsi aux femmes de ne plus ressentir de douleurs lors du travail et de l'expulsion. Cependant, un bloc moteur trop important, une perte de sensations au moment de l'expulsion du fœtus et l'immobilisation des patientes ont conduit à une analgésie moins dosée qui permet la déambulation. Ainsi, un équilibre semble être trouvé afin de soulager la douleur tout en préservant la motricité.

Cependant, cette étude a démontré que l'APDD est encore très peu proposée en France pour les accouchements des grossesses à bas risque, même si une grande majorité des maternités souhaite offrir cette possibilité aux parturientes. Un frein financier, matériel et un manque de personnel ont été soulevés par ces établissements. Bien que des alternatives puissent être proposées aux freins matériels et financiers, comme se mobiliser à proximité de l'appareil d'enregistrement cardiocytographique sans investir dans la téléométrie par exemple, une réelle difficulté est constatée. Les souhaits de l'encadrement et des équipes obstétricales et d'anesthésie semblent diverger sur la mise en place de la péridurale déambulatoire.

Le frein auquel nous ne pouvons pas trouver d'alternative est le manque de personnel. Il devient urgent d'investir dans la périnatalité en revoyant l'arrêté du 25 avril 2000 relatif aux locaux de pré-travail et de travail, aux dispositifs médicaux prévus dans la sous-section IV « conditions techniques de fonctionnement relatives à l'obstétrique, à la néonatalogie et à la réanimation néonatale » du code de santé publique. Un changement des effectifs des sages-femmes, entre autres, dans les maternités serait un début pour garantir une prise en charge satisfaisante des mères, des couples et nouveaux nés dans ces moments uniques, en adéquation avec les choix des patientes liés à l'évolution de la société. Les sages-femmes jouent un rôle essentiel dans l'information donnée aux parturientes sur la possibilité de déambuler mais aussi sur l'existence de cette analgésie car la demande des patientes est un levier à sa mise en place, d'après cette étude.

Il faut rappeler que la grossesse et l'accouchement sont des processus naturels, les femmes disposent de « compétences » pour mettre au monde leur enfant. La péridurale déambulatoire serait une alternative dans la prise en charge de la douleur pour les patientes qui souhaitent se mobiliser en impliquant le deuxième parent. D'autant plus qu'aucun effet délétère n'a été retrouvé à la déambulation lors du travail. Le progrès réside dans le fait que les parturientes puissent choisir de se mobiliser ou non, avec ou sans péridurale pour éviter d'avoir à renoncer à l'un ou l'autre.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] La douleur. Ministère des solidarités et de la santé. Nov 2020. [En ligne]. (Consulté le 14/04/2021) ; Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>
- [2] La douleur. Institut national de la santé et de la recherche médicale INSERM. Mai 2016. [En ligne]. (Consulté le 14/04/2021) ; Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur>
- [3] Définition, composantes de la douleur. Pédiadol, la douleur de l'enfant. Mai 2019. [En ligne]. (Consulté le 14/04/2021) ; Disponible sur : <https://pediadol.org/la-douleur-definition/>
- [4] Cesbron P. Naître à la vie, en douleur. Spirale. 2008 ;1(1) : 79-89. [En ligne]. (Consulté le 14/04/2021) ; Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-spirale-2008-1-page-79.htm#no3>
- [5] Ordre des sages-femmes. Être sage-femme. Histoire de la profession. [En ligne]. (Consulté le 15/04/2021) ; Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/histoire-de-la-profession-3/>
- [6] George J. L'accouchement sans douleur. Encyclopédie d'histoire numérique de l'Europe. Juin 2020. [En ligne]. (Consulté le 14/04/2021) ; Disponible sur : <https://ehne.fr/fr/encyclopedie/thematiques/genre-et-europe/de-la-transition-demographique-aux-revolutions-sexuelles/l'accouchement-sans-douleur>
- [7] Caron-Leuillez M. L'accouchement sans douleur : une révolution culturelle au milieu du XXe siècle. Spirale. 2008 ; 3(47) : 21-6. [En ligne]. (Consulté le 14/04/2021) ; Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-spirale-2008-3-page-21.htm>
- [8] Arnal M. Relief the pain of women during childbirth. Deviance and normalization of the emotions. Open edition journals. 2016. [En ligne]. (Consulté le 15/04/2021) ; Disponible sur : <https://journals.openedition.org/gss/3870>
- [9] Histoire de la naissance en Occident (VIIe-XXe siècles). Société d'Histoire de la Naissance. [En ligne]. (Consulté le 15/04/2021) ; Disponible sur : [http://societe-histoire-naissance.fr/?page\\_id=96](http://societe-histoire-naissance.fr/?page_id=96)
- [10] Vuille M. L'invention de l'accouchement sans douleur, France 1950-1980. Travail, genre et sociétés. 2015 ; 34(2) : 39-56. [En ligne]. (Consulté le 15/04/2021) ; Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2015-2-page-39.htm>
- [11] Morel MF. L'accouchement, une longue histoire. La vie des idées. 2015. [En ligne]. (Consulté le 16/04/2021) ; Disponible sur : <https://laviedesidees.fr/L-accouchement-une-longue-histoire.html>
- [12] Saint-Maurice CI, Boland A, Sicard Cathelin et l'Anesthésie Péridurale. Club de l'Histoire de l'Anesthésie et de la Réanimation. Mars 2008. [En ligne]. (Consulté le 16/04/2021) ; Disponible sur : <https://www.char-fr.net/Sicard-Cathelin-et-l-Anesthesie.html>

- [13] Analgésie péridurale. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. Version 2022.
- [14] Pour un nouveau plan périnatalité. Haut comité de la santé publique. Jan 1994 ; 276 p.
- [15] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Enquête nationale périnatale, rapport 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010. Oct 2017. [En ligne]. (Consulté le 15/04/2021); Disponible sur : [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/rapport\\_Perinat\\_2016.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/rapport_Perinat_2016.pdf)
- [16] Nebout S. Filippova J. Keita H. Analgésie péridurale au cours du travail : comment vraiment obtenir une bonne analgésie ? Mise au point en anesthésie-réanimation MAPAR. 2014 ; 240-7. [En ligne]. (Consulté le 15/04/2021); Disponible sur : <https://www.mapar.org/article/1/Communication%20MAPAR/j9w17is4/Analgésie%20péridurale%20au%20cours%20du%20travail%20:%20comment%20vraiment%20obtenir%20une%20bonne%20analgésie%20%3F.pdf>
- [17] Falzone E, Hoffmann C, Khaled A, Keita H. Analgésie obstétricale. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 2012 ; 20p.
- [18] De la Dorie A, Mercier FJ. Les nouveaux défis de l'analgésie obstétricale. MAPAR. 2007 ;p107-13.
- [19] Kieffer E. Positions et postures proposées aux femmes ayant une grossesse à bas risque pendant le travail et l'accouchement en France en 2020/2021 selon une revue de la littérature. [Mémoire]. École de sages-femmes de Metz. Université de Lorraine. 2021 ; 55p.
- [20] Analgésie et anesthésie obstétricale. Université médicale visuelle francophone. 2010-2011. [En ligne]. (Consulté le 10/04/2021); Disponible sur : [http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/anesthesie\\_obstetrique/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/anesthesie_obstetrique/site/html/cours.pdf)
- [21] Berlemont C, Moncayo S. Bien débiter – Prise en charge de la douleur. 2018. [En ligne]. (Consulté le 15/04/2021); Disponible sur : <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/ifsinfirmer/bien-debiter-prise-en-charge-de-la-douleur>
- [22] Bassez A. Les classifications, les scores, les formules. Société Française des Infirmiers (-ières) Anesthésistes. 2006. [En ligne]. (Consulté le 20/03/2022); Disponible sur : <https://sofia.medicalistes.fr/spip/spip.php?article63>
- [23] Haute autorité de santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Texte des recommandations. Déc 2017. [En ligne]. (Consulté le 15/04/2021); Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement\\_normal\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf)
- [24] Haute autorité de santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Recommandation de bonne pratique. Jan 2018. [En ligne]. (Consulté le 15/04/2021); Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales)

- [25] Fischer C. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Chapitre 7 : analgésie péridurale et utilisation de l'oxytocine au cours du travail spontané. La Revue Sage-Femme. Fév 2017 ; 16(1) : 99-110.
- [26] Dupont C, Carayol M, Le Ray C et al. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations. La Revue de la Sage-Femme. 2017 ; 16 (1) : 111-118.
- [27] Pommerette M. L'influence du moment de la pose de l'analgésie péridurale sur les modalités d'accouchement. [Mémoire]. École de sages-femmes de Clermont-Ferrand. Université d'Auvergne. 2013 ; 52p.
- [28] Racinet C, Brement S, Lucas C. Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement. 32<sup>ème</sup> Journées Nationales. CNGOF. 2008 ; 32 : 83-100. [En ligne]. (Consulté le 25/10/2020) ; Disponible sur : [http://www.cngof.asso.fr/d\\_livres/2008\\_GO\\_083\\_racinet.pdf](http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GO_083_racinet.pdf)
- [29] Stalla-Bourdillon A, Moyano G, Levenet S et al. Influence de l'analgésie locorégionale sur la mécanique obstétricale. Anesthésie et réanimation. 2015 ; 1(2) : 167-172. [En ligne]. (Consulté le 20/01/2021) ; Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2352580014000148>
- [30] Vallejo MC, Firestone LL, Mandell GL et al. Effect of epidural analgesia with ambulation on labor duration. Anesthesiology. Oct 2001;95(4):857-861. [En ligne]. (Consulté le 18/10/2020) ; Disponible sur : <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/95/4/857/39111/Effect-of-Epidural-Analgesia-with-Ambulation-on>
- [31] Alonso-Alvarez C. Évaluation du retentissement d'une analgésie péridurale déambulatoire sur le travail obstétrical : étude prospective randomisée sur 280 patientes. [Mémoire]. École de Sages-Femmes de Caen. Université de Caen. 2014 ; 68p.
- [32] Bloom SL, McIntire DD, Kelly MA et al. Lack of effect of walking on labor and delivery. The New England Journal of Medicine. 1998; 339(2): 76-79. [En ligne]. (Consulté le 25/11/2020); Disponible sur : <https://europepmc.org/article/med/9654537>
- [33] Frenea S, Chirossel C, Rodriguez R et al. The effects of prolonged ambulation on labor with epidural analgesia. Anesthesia and analgesia. January 2004 ;98(1) : 224-229. [En ligne]. (Consulté le 20/01/2020); Disponible sur : [https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2004/01000/The\\_Effects\\_of\\_Prolonged\\_Ambulation\\_on\\_Labor\\_with.55.aspx#](https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/Fulltext/2004/01000/The_Effects_of_Prolonged_Ambulation_on_Labor_with.55.aspx#)
- [34] Mossan S. Comparaison entre le décubitus latéral et le décubitus dorsal en seconde phase de travail : essai randomisé de 560 cas effectué au centre hospitalier de Romans sur Isère. [Mémoire]. École de Sages-Femmes de Grenoble. Université Joseph Fourier. 2006 ; 66p.
- [35] Kulikowski L. Analgésie péridurale déambulatoire : étude des freins et des leviers à sa mise en place au CHU d'Angers. [Mémoire]. École de Sages-Femmes d'Angers. Université d'Angers UFR Santé. 2017 ; 21p.

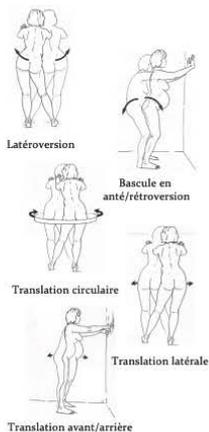
- [36] Gunia C. La mise en place de la péridurale déambulatoire : les freins et les leviers. [Mémoire]. École de Sages-Femmes Hôpital Saint Antoine. Université Pierre et Marie Curie. 2015 ; 121p.
- [37] Aimé E. Réflexion sur la mobilité des parturientes qui bénéficient d'une analgésie péridurale. [Mémoire]. École de Sages-Femmes Albert Fruhinsholz. Université de Lorraine. 2014 ; 61p.
- [38] Trancart S. État des lieux sur les pratiques des sages-femmes concernant les variations posturales pendant le travail en Ile-de-France. [Mémoire]. École de Sages-Femmes de Baudelocque. Université Paris Descartes. 2018 ; 66p.
- [39] CIANE. Douleur et accouchement. Enquête sur les accouchements. Avril 2013 ; 64p.
- [40] Kuczkowski KM. Ambulatory labor analgesia: what does an obstetrician need to know? *Acta obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. April 2004 ;83(5): 415-24.
- [41] Méndez-Bauer C, Arroyo J, García Ramos C et al. Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor. *Journal of Perinatal Medicine*. 1975 ;3(2):89-100.
- [42] Flynn AM, Kelly J, Hollins G et al. Ambulation in labour. *British Medical Journal*. 1978 ;2(6137):591-3.
- [43] Wilson MJ, MacArthur C, Cooper GM et al. Ambulation in labour and delivery mode: a randomised controlled trial of high-dose vs mobile epidural analgesia. *Anaesthesia*. 2009 ;64(3):266-72.
- [44] Enquête nationale périnatale, rapport 2016. Les naissances et les établissements : situation et évolution depuis 2010. octobre 2017 ; 317p.

## **ANNEXES**

ANNEXE I : Les postures au cours du travail et de l'accouchement.

ANNEXE II : Questionnaire pour le recueil de données.

### Mobilisation du bassin



Illustrations © B. Calais-Germain

### Positions d'expulsion



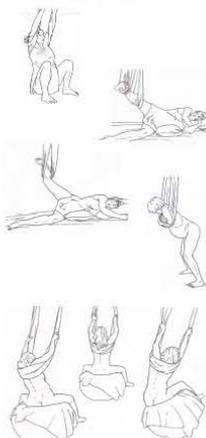
Illustrations © B. Calais-Germain

### Mobilisation pendant le travail et l'accouchement



KIEFFER Eva

### Positions en suspension



Illustrations © B. Calais-Germain

### Positions favorisant l'engagement



Flexion/rotation externe du fémur  
Contre-nutation du sacrum

Illustrations © B. Calais-Germain

### Positions favorisant le dégauchement



Flexion/rotation interne du fémur  
Nutation du sacrum

Illustrations © B. Calais-Germain

ANNEXE II : questionnaire pour le recueil de données.

Questionnaire pour les maternités :

**l'utilisation de la péridurale déambulatoire en 2019.**

Bonjour,

Je suis Fatima RAIS, étudiante sage-femme en 5<sup>ème</sup> année à l'école de Metz.

Je réalise mon mémoire de fin d'étude sur le thème de la péridurale déambulatoire ou encore ambulatoire. Ma problématique est la suivante : comment est utilisée la péridurale déambulatoire pour les grossesses à bas risque dans les maternités françaises en 2019 ?

Cette étude est faite auprès des sages-femmes coordinatrices (-teur) de salle de naissances dans les maternités de type 1, 2A, 2B et 3 des différentes régions de France.

Précision : l'année 2019 a été retenue pour cette étude car le Covid a perturbé le monde en 2020.

- o Région et type de maternité
- o Nombre d'accouchements par voie basse en 2019
- o Présence de l'anesthésiste sur place. Présence IADE sur place.
- o Nombre d'analgésie péridurale de tout type en 2019.
- o Nombre de péridurales classiques.
- o Proposez-vous des analgésies péridurales déambulatoires en 2019 ?

Si oui :

- Pourquoi ?
- Depuis quand ?
- À quelle fréquence la proposez-vous aux patientes ? (systématique/ fréquemment / peu fréquent / rarement)
- Difficultés rencontrées à sa mise en place.
- Existe-t-il un protocole de service sur la pose et le suivi APDD ? Par qui a-t-il été élaboré ?
- Quelle est la place de la sage-femme dans la prise en charge des patientes sous APDD ?
- Quel retour ont les sages-femmes de la part des patientes sur cette analgésie concernant la prise en charge de la douleur et la possibilité de déambuler ?
- À quel moment l'information sur la possibilité d'une APDD est donnée aux patientes et par qui ?

Si non :

- Pourquoi ?
- quels sont les freins ? Frein financier/matériel/humain ?
- Qui ne souhaite pas qu'elle soit mise en place ?
- L'avez-vous déjà proposé par le passé ?  
si oui, pourquoi l'avoir arrêté ?
- Souhaitez-vous la mettre en place dans le futur ?  
si oui, pourquoi ? quels sont les leviers ?  
si non, pourquoi ? (freins)
- Existe-t-il une demande des patientes ?



**L'analgésie péridurale déambulatoire en France en 2019.**

Étude épidémiologique, quantitative, descriptive  
par analyse des pratiques professionnelles en France métropolitaine  
de septembre 2021 à mars 2022.

**RESUME**

**Introduction :** La péridurale est une révolution dans la prise en charge de la douleur en obstétrique. Ensuite est apparue la péridurale déambulatoire qui utilise de faibles doses d'analgésiques et permet la mobilité des parturientes. L'objectif de cette étude est de déterminer la place de la péridurale déambulatoire lors des accouchements des grossesses à bas risque en France, en 2019 puis identifier les facteurs qui favorisent et freinent sa proposition.

**Méthode :** Une étude épidémiologique quantitative, descriptive par analyse des pratiques professionnelles a été réalisée au sein de 49 maternités des 13 régions françaises, par questionnaires envoyés aux sages-femmes coordinateurs (trices) de salle de naissances.

**Résultat :** Cette étude a montré que la péridurale déambulatoire était peu proposée en France en 2019 pour les grossesses à bas risque. Sur 49 maternités, 89,8% ne la proposaient pas vs 10,2%. 45,5% des maternités ont soulevé un frein humain par manque de personnel, un frein matériel pour 34,1%, un frein financier pour 11,4% et 54,5% d'entre-elles ont énoncé un manque d'investissement des médecins anesthésistes-réanimateurs dans l'obstétrique. 75% des établissements aimeraient la mettre en place et 25% des maternités l'ont proposé dans le passé mais l'ont arrêté à la suite du départ du médecin anesthésiste-réanimateur qui la faisait. Pour les maternités qui offraient cette possibilité d'analgésie, le levier était la demande des patientes. Les protocoles étaient rédigés par les équipes d'anesthésie et les patientes étaient satisfaites car allier mobilité-analgésie était possible. Elles étaient actives dans leur accouchement, accompagnées des sages-femmes qui ont intégré les changements de positions dans leur pratique.

**Conclusion :** Repenser notre accompagnement des parturientes est nécessaire. Le choix devrait être laissé aux femmes entre déambulation et analgésie, sans avoir à renoncer à l'un ou l'autre. Cette analgésie permettrait aux sages-femmes de prendre toute leur place dans l'accompagnement du travail physiologique.

**MOTS CLÉS:** analgésie péridurale, déambulation, accouchement, satisfaction.

**ABSTRACT**

**Introduction:** The epidural is a revolution in the management of pain in obstetrics. Then appeared the ambulatory epidural which uses low doses of analgesics and allows the mobility of parturients. The objective of this study is to determine the place of the ambulatory epidural during deliveries of low-risk pregnancies in France in 2019 and to identify the obstacles and levers to its use.

**Methodology:** A quantitative, descriptive epidemiological study, by analysis of professional practices, was carried out in 49 maternity hospitals in 13 French regions, by means of questionnaires sent to the midwives coordinators of the delivery room.

**Results:** This study showed that the ambulatory epidural was rarely proposed in France in 2019 for low-risk pregnancies. Out of 49 maternity hospitals, 89.8% did not offer it vs 10.2%. 45.5% of the maternity hospitals raised a human barrier due to a lack of personnel, a material barrier for 34.1%, a financial barrier for 11.4% and 54.5% of them underlined a lack of investment of the anesthesiologists in obstetrics. 75% of the establishments would like to implement it and 25% of the maternity hospitals have proposed it in the past but stopped it following the departure of the anesthesiologist who performed it. For the maternity hospitals that offered this possibility of analgesia, the lever was the patients' request. The protocols were written by the anesthesia teams and the patients were satisfied because it was possible to combine mobility and analgesia. They were active in their delivery as well as the second parent, accompanied by the midwives who integrated position changes into their practice.

**Conclusion:** It is necessary to rethink the way we support women in labour. Women should be given the choice between ambulation and analgesia, without having to give up one or the other. This analgesia would allow midwives to take their full place in the accompaniment of physiological labor.

**KEY WORDS:** epidural analgesia, ambulation, childbirth, satisfaction.