

Péridurale : choisir en connaissance de cause

Dossier réalisé par Blandine Poitel, mère de trois enfants
avec le soutien de Femmes/Sages-femmes d'Aquitaine

Deuxième édition

En étroite collaboration avec le Docteur P. Stora
gynécologue obstétricien

Blandine POITEL
1 rue du Docteur Calmette
17000 La Rochelle
05.46.09.33.11



Femmes/Sages-femmes d'Aquitaine
(association loi 1901)
" Marhaba "
47200 Montpouillan
<http://www.fsfa.asso.fr>
e-mail : fsfa@wanadoo.fr

REMERCIEMENTS

Pour sa première édition, ce dossier a été relu et corrigé par :

- une sage-femme, **Mme C. Cormier**
- deux gynécologues-obstétriciens, **les docteurs P. Cesbron et A. Théau**
- trois médecins anesthésistes, qui ont préféré garder l'anonymat.

Je les remercie pour leur patience, leur attention, leur disponibilité et leur compréhension.

Je remercie également les associations **Alyccs, Femmes/Sages-femmes d'Aquitaine, Le lien, Naissance et Citoyenneté** et la fédération de parents **Naissance et liberté**, les sages-femmes, médecins et parents qui m'ont soutenue et aidée dans mes recherches.

Pour sa deuxième édition, ce travail a été en outre relu par un troisième obstétricien, le **docteur Claude-Emile Tourné**, qui m'a vivement encouragée. Qu'il reçoive ici le témoignage de ma gratitude la plus sincère pour cela, et également pour son travail acharné depuis plus de vingt ans, travail de recherche et de pratique essentiel pour sa contribution à la compréhension de la physiologie de la grossesse et de l'accouchement. Il est infiniment dommage que la valeur de ce travail, essentiel, ne soit pas actuellement reconnue par les hautes instances médicales.

Le **docteur P. Stora**, obstétricien, m'a convaincue de la nécessité de retravailler ce texte et s'en est chargé bénévolement. Cette deuxième édition est donc le fruit du labeur conjoint d'une mère et d'un médecin... A l'image de ce que devrait être tout accouchement, toute naissance, les compétences de chacun s'ajoutant les unes aux autres au lieu de se contrer, comme c'est malheureusement le cas le plus souvent aujourd'hui.

Grâce à **Catherine Bauduin**, parent et correctrice, ce travail peut vous être offert de façon professionnelle, sans faute de frappe, et avec une présentation claire et agréable. Je suis heureuse de lui faire part ici de toute ma gratitude pour cette contribution gracieuse et nécessaire à la diffusion de ces informations.

SOMMAIRE

La péridurale qu'est-ce que c'est ?

- 1. Définition p.1
- 2. Les différentes techniques p.1

A quoi ça sert ?

- 1. Indications médicales p.2
 - 1.1. Pathologies obstétricales
 - 1.2. Pathologies maternelles
- 2. La douleur p.3
 - 2.1. Conséquences de la douleur
 - 2.2. Déclenchement de l'accouchement
 - 2.3. Physiologie de la douleur de l'accouchement
 - 2.4. Les moyens de faire face à la douleur
- 3. Contre-indications de la péridurale p.6
- 4. Bénéfices de la péridurale p.7
 - 4.1. Pour la parturiente
 - 4.2. Pour le fœtus
 - 4.3. Pour l'équipe obstétricale

Les produits employés

- 1. Anesthésiques locaux p.8
- 2. Morphiniques p.8

Y a-t-il des risques ?

1. Les échecs	p.9
2. Les risques pour la parturiente	p.9
2.1. Risques liés à la toxicité du produit	
2.2. Risques liés au mode d'administration	
2.3. Autres complications	
2.4. Incidences sur le déroulement de l'accouchement	
3. Les risques pour le fœtus	p.14
3.1. Liés à la toxicité du produit	
3.2. Liés à l'injection d'ocytocine artificielle	
4. Inconvénients liés à la position	p.15
4.1. Dorsalgies	
4.2. Le fœtus	
4.3. Conclusions	
5. Répercussions psychologiques	p.16
5.1. Sur la mère	
5.2. Sur le bébé	
5.3. Sur le lien mère/bébé	
 Pour conclure	 p.18

GLOSSAIRE	p.19
-----------------	------

BIBLIOGRAPHIE	p.23
---------------------	------

ANNEXES	p.25
---------------	------

LA PERIDURALE: qu'est-ce que c'est ?

1. Définition

La péridurale est une anesthésie loco-régionale réalisée dans le bas du dos. Le médecin anesthésiste injecte à cet endroit un anesthésique local, souvent mélangé à un dérivé morphinique, la morphine servant à traiter uniquement la douleur.

Le produit pénètre l'espace péridural (la membrane entourant la moelle épinière) à un niveau où celle-ci ne peut être atteinte, et insensibilise les fibres nerveuses. Le bas du corps ne perçoit plus la douleur. (12, 13)¹

2. Les différentes techniques

- la péridurale classique (12, 26)

Anesthésie locale et superficielle de la zone à piquer puis, introduction de l'aiguille qui permet la mise en place d'un cathéter (tuyau fin permettant le passage du produit).Après retrait de l'aiguille, le cathéter reste en place dans une zone que l'on garde stérile. Un embout permet les réinjections, ou, relié à une seringue électrique, il délivre à débit faible et continu le produit anesthésique.

Il y a donc soit réinjection à la demande, soit perfusion continue.

- PCEA (26)

A la différence de la péridurale classique, c'est la patiente qui dispose de la pompe qui lui permet de se réinjecter le produit en fonction de ses besoins. L'avantage est d'être au plus près de ses sensations, avec une consommation moindre du produit.

Bien qu'ayant tendance à se répandre, la PCEA est encore rare car elle nécessite un matériel coûteux à l'achat.

- la péridurale ambulatoire (26)

Moins dosée et utilisant plus un morphinique qu'un anesthésiant, elle permet de marcher pendant le travail, ce qui facilite et accélère l'engagement du fœtus (29). Des études cliniques montrent en effet qu'il y a diminution de la durée de dilatation et diminution de la demande d'analgésie chez les femmes qui ont la liberté de mouvement.

Cette technique est plus coûteuse parce qu'elle nécessite un monitoring fœtal à distance, l'intérêt étant, nous l'avons vu, de pouvoir se déplacer.

- autres techniques dérivées de la péridurale:

- *la rachianesthésie* : on utilise une aiguille très fine pour injecter le produit anesthésique à travers la dure-mère (feuillet entourant la moelle épinière), on est donc directement en contact avec le liquide entourant la moelle.

Avantages: action plus rapide, analgésie d'emblée du périnée (permet par exemple la pose immédiate du forceps).

Inconvénients: prurits fréquents (démangeaisons), durée d'action d'environ 1h30 seulement, et pas de possibilité de réinjection.

¹ Les chiffres entre parenthèses renvoient aux références bibliographiques, en fin de dossier.

C'est pour cela qu'elle est le plus souvent utilisée chez les multipares en fin de travail, ou pendant une césarienne.

- *la périrachi séquentielle* : elle combine rachianesthésie et péridurale. L'anesthésiste passe dans l'aiguille de la péridurale, une aiguille plus fine qui traverse la membrane et injecte une dose initiale, puis met un cathéter de péridurale pour entretenir l'anesthésie quand la première dose se termine. La PRS ajoute les avantages de la rachianesthésie à ceux de la péridurale : action immédiate et renouvelable (permet par exemple une césarienne d'urgence).

A QUOI CA SERT ?

La péridurale sert à traiter la douleur, aussi on peut diviser la demande en une demande médicale - l'indication médicale-, et une demande dite de confort de traitement de la douleur en tant que telle.

1. Indications médicales

Ce sont les indications posées par les obstétriciens.

1.1. **Pathologies obstétricales** (12, 13, 21, 29)

- risque de geste invasif (forceps, césarienne)
- hypertension artérielle
- stagnation du travail
- spasme du col

1.2. **Pathologies maternelles** (12,13,20)

- maladies cardio-vasculaires
- maladies respiratoires
- maladies neurologiques
- épilepsie
- diabète
- contre-indications à l'anesthésie générale.

La péridurale permet de réduire considérablement les indications de l'anesthésie générale, anesthésies à haut risque en obstétrique et induisant plus de 10% de décès des parturientes.

2. La douleur (2, 6, 7, 15, 21, 30)

La douleur est actuellement la principale indication de la péridurale. C'est une indication dite de "confort", c'est-à-dire non nécessitée par une maladie. Le soulagement est ainsi obtenu au bout de vingt minutes de façon efficace.

Bien que sensation subjective et donc difficilement appréciable par autrui, la douleur est estimée globalement, sur 100 femmes qui accouchent (30), comme:

- extrêmement violente (de l'ordre de celle provoquée par une intervention chirurgicale) pour 25% d'entre-elles.
- variable (de modérée à forte) pour 50% d'entre-elles.
- 25 % des femmes ressentent peu ou pas de douleur, et certaines même, du plaisir.

2.1. Conséquences de la douleur (5, 6, 7, 12, 13, 18, 19)

- moins bonne oxygénation du fœtus
- augmentation du débit cardiaque et respiratoire de la mère (hyperventilation)
- augmentation de la force et de la fréquence de contractions souvent anarchiques, peu efficaces, mais perçues de façon très douloureuse. C'est un cercle sans fin : la douleur engendre la peur, qui augmente la douleur, qui engendre ...
- mais la douleur a aussi des conséquences physiologiques positives (7) puisqu'elle permet la sécrétion d'endorphines, analgésiques proches de la morphine et secrétées par l'organisme.

Ces endorphines favorisent la maturation pulmonaire du fœtus, et jouent un rôle dans la mise en place de la lactation et dans l'attachement mère/enfant (18).

2.2. Déclenchement de l'accouchement (12, 13, 30).

C'est une indication quasi incontournable de la péridurale. En effet, en cas de déclenchement, les contractions induites sont mécaniques, anti-rythmiques pour la mère et le fœtus, beaucoup plus violentes et douloureuses. De plus, le risque d'interventions (forceps et césariennes), de délivrances artificielles, d'ictères du nouveau-né est augmenté, et cela d'autant plus que la perfusion d'ocytocine dure plus longtemps.

« Cette pratique [le déclenchement de convenance] entraîne une augmentation des césariennes, du taux d'extraction instrumental [forceps, ventouses...], des délivrances artificielles, des ictères du nourrisson, l'enfant n'étant pas totalement mature, et cela d'autant plus que la perfusion d'ocytocine dure plus longtemps. » Dr. C. Cabrol. Le déclenchement du travail à terme. Médicalis n° 24. 1993 .

Il est important de différencier le déclenchement de convenance où l'analgésie fait partie du "forfait"² souhaité par les patientes – et qui n'est pas une indication médicale – du déclenchement où une pathologie est sous-jacente (comme un dépassement de terme, une toxémie gravidique –c'est-à-dire une hypertension artérielle-, un retard de croissance intra-utérin, etc.).

Dans ces cas précis de pathologie, l'analgésie péridurale répond à une indication médicale en partie liée au risque important de césarienne au cours du travail.

. 2.3. Physiologie de la douleur de l'accouchement.

On peut se demander pourquoi la majorité des femmes donnant la vie souffrent, alors qu'il s'agit d'un processus physiologique.

« La vie, dans son prodigieux travail de transformations successives, a atteint dans l'espèce humaine l'extrême limite des adaptations possibles. Notre bébé est énorme au regard des dimensions maternelles, tout particulièrement son crâne ...

Il a fallu payer le prix de notre émancipation d'une bipédie, source de mille difficultés obstétricales : un bassin basculé et une verticalité instable, mécaniquement fragile, menaçante pour un fœtus si précocement soumis aux dures contraintes de la gravitation.

A cela s'ajoutent jusqu'au 20ème siècle des pathologies générales et ostéo-articulaires fort nombreuses qui compliquent gravement les prouesses fœto-maternelles lors de l'accouchement.

Gravité telle qu'elle peut s'opposer inéluctablement à la naissance de l'enfant dans nombre de cas, et suffisante pour rendre la menace inquiétante pour toute femme. Ce, d'autant que les conditions d'extraction deviennent alors d'une rare violence et la vie, les vies - maternelles et néonatales - affrontent les plus grands dangers. » Dr. P. Cesbron (13)

C'est ce passé tragique de peur, de douleur, de violence et de mort dans des conditions le plus souvent atroces que chaque femme enceinte porte dans son inconscient. Cela ne peut pas ne pas jouer un rôle.

2.4. Les moyens de faire face à la douleur

Ils sont de différentes natures .

- *pendant la grossesse* : les préparations (5, 6, 7, 8, 12, 13, 16, 18, 19, 30)

Il existe de très nombreuses préparations à la naissance, très hétérogènes quant à leur contenu. Leurs résultats sur la douleur dépendent principalement de la qualité de l'enseignement et de l'implication de la future maman. On peut citer, la psychoprophylaxie obstétricale, la sophrologie, le yoga, le chant prénatal, l'haptonomie, l'hypnose.

L'homéopathie et l'acupuncture peuvent jouer un rôle non négligeable.

² Je pense que pour une large part, ce déclenchement "souhaité" par la patiente est proposé par l'équipe obstétricale avec des arguments séduisants :

- organisation facilitée pour les futurs parents
- départ vers la maternité dans le calme
- patiente attendue
- présence de toute l'équipe
- sécurité accrue...

« Les cours [de préparation à la naissance dans certains hôpitaux] organisés par les professionnels préparent [les futurs parents] le plus souvent, plus à s'adapter à l'organisation du service qu'à concrétiser leur projet de naissance... Leur choix se limite à ce qu'on leur offre... » (14)

- *pendant le travail d'accouchement* (1, 2, 5, 6, 12, 13, 14, 15, 18, 19 , 20), combattre la douleur :

- en facilitant l'accompagnement global (préparation pendant la grossesse et l'accouchement par la **même** sage-femme).

- en préservant l'intimité de l'accouchement par la création de pièces conviviales où les femmes pourraient chanter, crier, bouger selon leurs besoins

« Partant du principe qu'un accouchement est presque toujours médicalisé, l'important est que la technique médicale, lourde et pointue, puisse être mise de côté quand rien ne nécessite sa présence » C. Cormier, sage-femme

- en permettant aux parturientes de prendre un bain chaud si elles le désirent pendant le travail, car le bain présente de multiples avantages : réel soulagement des douleurs, accélération de la dilatation du col, assouplissement du périnée évitant déchirures et épisiotomies.

- en favorisant la présence d'une *doula*. La *doula* est une femme qui accompagne la mère durant les dernières semaines de grossesse, l'accouchement et les premiers jours de l'enfant. Son rôle est différent de celui du père et de celui de la sage-femme. Présente avant la naissance, elle tisse des liens avec la future mère, lui offrant un lieu d'écoute et d'empathie, un "cocooning" dont les effets positifs vont se répercuter sur la confiance qu'elle a en elle et jouer sur le bon déroulement de l'accouchement, l'instauration de l'allaitement, sa durée, l'établissement du lien mère/enfant... En fait, il semblerait que pour bien mater son bébé, il faille que la maman vive ou revive un maternage plus ou moins intensif, plus ou moins enveloppant, plus ou moins protecteur, et soit installée, assise, confirmée dans son aptitude à porter cet enfant, l'aider à naître, le nourrir, l'aimer, bien s'en occuper...

Durant l'accouchement, le rôle de la *doula* peut être très physique, massant la mère, l'aidant à prendre des positions qui la soulagent, maintenant un contact physique étroit avec elle si besoin... Il peut aussi s'agir simplement d'une présence, d'une parole confortant ce que vit la mère. Il semblerait qu'au niveau psychologique, la *doula* soit une « représentation maternelle positive », qui va aider la parturiente à traverser le miroir de la naissance pour se retrouver, la même et pourtant différente, de l'autre côté.

- L'acupuncture réduit la douleur mais elle a ses contraintes : elle nécessite la présence d'un acupuncteur en salle de naissance, ou d'une sage-femme formée!
Elle n'a pas de contre-indications, elle améliore même notablement la dilatation du col.

- Les dérivés morphiniques par voie générale sont très employés dans les maternités, mais ils soulagent mieux en début de travail qu'en fin de travail, et surtout, ils ont l'inconvénient de passer la barrière placentaire.

Ils auraient l'avantage d'enjoliver, après coup, le souvenir de l'accouchement.

- Le protoxyde d'azote est un gaz anesthésiant léger que la patiente peut respirer, mélangé à de l'oxygène, pendant la contraction. Certaines études démontreraient des répercussions à long terme sur l'enfant si ce gaz est employé des heures durant.

- L'électrothérapie (13,27) est une stimulation électrique de points prédéterminés sur la peau du bas du dos. Ses avantages sont l'innocuité et l'accélération de l'ouverture du col. Elle est souvent utilisée en Angleterre.

- La réflexothérapie lombaire (5,13,18) consiste en l'injection intradermique d'eau distillée en deux points d'acupuncture, dans le dos. Elle est efficace sur les douleurs lombaires, simple et peu coûteuse.

- L'autonomie des mouvements - voir annexe : participation active de la femme durant son accouchement - (3, 4, 5, 6, 7, 13, 14, 16, 18, 19, 20).

Ce n'est pas à proprement parler une technique de lutte contre la douleur, mais la liberté de bouger, la participation active de la patiente elle-même et de son conjoint (ou tout autre accompagnant choisi par la femme) et également l'impression d'œuvrer pour la naissance de son bébé, sont des facteurs autant physiques que psychologiques qui permettent de supporter plus facilement la douleur.

« Certains considèrent que la péridurale soulage, non la douleur de l'accouchement lui-même, mais la douleur non maîtrisable, ingérable que produit le dispositif dans lequel se déroule l'accouchement : une femme ne pourrait soutenir une douleur telle que celle de l'accouchement lorsqu'elle se trouve enserrée dans un dispositif qui annihile une bonne partie de ses ressources habituelles. » (7)

- Le soutien de la sage-femme qui a suivi la femme durant sa grossesse et/ou d'une accompagnatrice. Une tierce personne en plus de la sage-femme présente en salle de travail apporte un soutien psychologique que ne peut apporter la sage-femme de l'établissement, en charge souvent de plusieurs parturientes, plus chargée de régler les problèmes techniques que psychologiques. Il est alors logique, dans un tel contexte, en l'absence d'accompagnatrice (professionnelle ou pas, mais en tout cas rassurante), de comprendre la demande de plus en plus fréquente de péridurales.

3. Contre-indications de la péridurale (12, 21, 30).

- refus de la patiente

- absence ou insuffisance des moyens de surveillance ou de réanimation

- hyperthermie, fièvre

- troubles de la coagulation ou insuffisance de plaquettes dans le sang

- éruption cutanée au point de ponction

- tumeur cérébrale ou de la moelle épinière, maladie neurologique ou cardiaque, certains traitements telle l'aspirine.

- infection, de façon générale.

4. Bénéfices de la péridurale (6, 7, 12, 13, 23, 24, 25, 26, 27, 28).

4.1. Pour la parturiente

D'abord il convient de bien distinguer l'analgésie (suppression de la douleur) de l'anesthésie (suppression de toute sensation - dont la douleur - , mais aussi de toute liberté de mouvement).

a) L'analgésie

- elle permet de dédramatiser l'accouchement
- de faciliter l'accouchement des parturientes à risque
- de raccourcir la durée du travail en accélérant la dilatation du col
- de faciliter les déclenchements.

Il est estimé dans l'enquête périnatale de 1995, qu'il y a 30 % de recours obligatoires à l'analgésie, ce pourcentage semblant être en constante hausse, sans qu'il soit proportionnel à la baisse des taux de morbidité et de mortalité maternelles et néonatales.

La péridurale constitue pour les professionnels LA référence en obstétrique, car elle permet à la parturiente de garder sa conscience et de participer à la naissance de son enfant. Cependant, d'autres pays ont trouvé d'autres voies avec de meilleurs résultats.

b) L'anesthésie

- elle permet (avec un moindre risque que l'anesthésie générale) le recours à la césarienne, au forceps, à la révision utérine.

4.2. Pour le fœtus (7, 26, 30)

La péridurale permet de raccourcir le temps d'intervention dans les accouchements à problèmes, c'est-à-dire de pratiquer rapidement, nous l'avons vu, une extraction par césarienne ou par forceps de l'enfant en état de souffrance aiguë.

4.3. Pour l'équipe obstétricale (7, 13, 18, 19, 26)

- encore une fois, elle permet une intervention plus rapide
- elle rend les salles de travail plus calmes
- les patientes sont plus faciles à surveiller puisque "scotchées" à leur table d'accouchement
- elle permet d'accélérer artificiellement le travail sans se préoccuper des douleurs induites par les produits injectés
- elle permet de réorganiser le travail du personnel, puisque la femme n'a besoin que d'une surveillance technique et non plus d'un accompagnement. Par contre, la surveillance anesthésique doit être rigoureuse et spécifique
- elle rend une meilleure gestion du temps de travail de l'équipe.

« (...) la technologie est une tentation évidente dans notre société. L'accouchement peut être déclenché, accéléré, retardé, ce qui permet de gérer le temps, les horaires de travail, la présence d'une équipe au complet, mais cela rend l'homme prisonnier de la technique et la femme soumise au pouvoir médical. » (14)

Donnons la parole au Dr F. Camoin, anesthésiste:

« La péridurale est une excellente technique parfaitement adaptée à l'analgésie obstétricale. Mais de grâce, laissons là au rang de technique, n'en faisons pas une panacée qui nous permettrait de ne plus écouter les femmes et d'uniformiser les accouchements. Utilisons-la au contraire parmi toutes les techniques que nous possédons, en gardant à l'esprit que nous l'appliquons à UNE femme, qui met SON enfant au monde, et non pour NOUS tranquilliser, NOUS rassurer, NOUS aider, NOUS satisfaire, NOUS faire plaisir, NOUS mettre en avant, NOUS sentir utiles, NOUS sentir efficaces, NOUS sentir forts, NOUS attirer une bonne clientèle ou NOUS faire gagner de l'argent. » (12)

3. LES PRODUITS EMPLOYÉS (11, 12, 13, 21, 30)

1. Anesthésiques locaux (12, 29, 30):

- La lidocaïne, anesthésique de durée brève, non utilisé en analgésie, mais en anesthésie pour forceps et césariennes. Elle a des effets moteurs prédominants mais est neurotoxique.
- La bupivacaïne a une action plus longue, avec un bloc moteur moins fort et un meilleur bloc sensitif. Elle est plus cardiotoxique, avec des accidents plus difficiles à traiter. Cependant les doses utilisées en analgésie obstétricale sont très inférieures aux doses toxiques : faibles dilutions, faibles doses à chaque réinjection.
- La ropivacaïne a un bloc moteur moins puissant que la bupivacaïne et moins cardiotoxique.

2. Morphiniques (39) :

Le fentanyl et le sufentanil. Ils sont souvent employés en association avec les anesthésiques locaux et à petites doses, ils permettent de diminuer les doses et les concentrations des anesthésiques locaux car ils potentialisent ces derniers de façon à diminuer le bloc moteur.

La péridurale n'est donc pas un produit dont les composants et les concentrations sont fixes et prédéterminés. Chaque anesthésiste a ses dosages, ses mélanges, qui varient également en fonction de la parturiente. Il peut y avoir, enfin, ajout d'adjuvants, d'adrénaline.

Y-A-T-IL DES RISQUES ?

1. LES ECHECS (11, 21, 26, 30, 31, 32, 33)

10 à 25 % des péridurales ne donnent pas satisfaction. Cela est dû à :

- une incapacité à poser le cathéter
- une inefficacité totale ou partielle de la péridurale
- une latéralisation - le bloc sensitif est asymétrique, avec douleur persistante (au moins partiellement) sur un héli-corps.

Il est souvent possible de corriger en réinjectant d'autres doses ou des adjuvants.

2. RISQUES POUR LA PARTURIENTE

2.1. Risques liés à la toxicité du produit (14, 16, 20, 21, 29, 30, 32, 33)

a) Morphiniques. Les effets secondaires sont: démangeaisons, rétention d'urine nécessitant de poser une sonde à demeure, nausées et vomissements.

b) Anesthésiques locaux. Les effets secondaires sont: hypotension artérielle pouvant induire une bradycardie fœtale et nécessitant la pose d'une voie veineuse avec adjonction de macromolécules chez la mère.

La toxicité liée au surdosage, souvent due à un passage intravasculaire d'une grande quantité de produit provoque des troubles de la conscience allant jusqu'au coma, des convulsions, des arrêts cardiaques et circulatoires.

Il est à noter que de l'avis même des anesthésistes, les effets peuvent être observés avec une utilisation normale de ces médicaments.

2.2. Risques liés au mode d'administration, c'est-à-dire à la technique de mise en place du cathéter (11, 12, 14, 21, 30, 31, 32, 33): la brèche de la dure-mère.

Elle est provoquée par l'aiguille péridurale qui, poussée trop loin, perce la dure-mère. Sa fréquence est de l'ordre de 1 à 2% et se manifeste quelques heures après la pose de la péridurale par :

- des céphalées posturales, c'est-à-dire déclenchées par la verticalisation de la tête
- des douleurs des vertèbres cervicales et une raideur de la nuque
- des photophobies (sensibilité à la lumière)
- les complications infectieuses sont exceptionnelles: abcès, méningites
- accidents liés à la ponction: douleur du dos, des fesses, des jambes, rupture du cathéter imposant son retrait chirurgical.

2.3. Autres complications (7, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 21, 27, 28, 30, 31, 32, 33)

Tremblements, fièvre (13, 14, 27, 28, 30): la péridurale peut provoquer une élévation de la température maternelle et par ce biais, élever la température du fœtus dont le corps régule mal les processus d'adaptation aux différences de température. Ces hausses de température fœtale peuvent être source de souffrance. Fréquence: 5% des cas.

Dorsalgies et lombalgies (18, 30): la péridurale augmente le nombre de lombalgies dans les semaines qui suivent la naissance sans qu'il n'ait été démontré d'incidence à long terme.

Complications neurologiques centrales (30): rares mais graves, ce sont les hématomes et abcès, responsables de compressions et de paraplégies.

Risques majorés d'hémorragie du post-partum (14).

Accidents allergiques avec choc anaphylactique, ils sont rares mais très graves.

Bien sûr, dans la grande majorité des cas, les accidents sont bénins et cèdent plus ou moins facilement à un traitement adéquat. De plus, si l'injection est progressive et fractionnée, les risques baissent encore.

Mais il y a quelques dizaines de cas par an où les accidents sont très graves, entraînant des séquelles plus ou moins invalidantes et durables. On peut même déplorer les décès de 2 à 3 femmes par an, directement imputables à la péridurale.

En effet (22, 30) en 1998, sur 738 000 naissances en France, on déplore 10,2 pour 100 000 morts maternelles soit 75 femmes.

L'anesthésie est directement impliquée dans 10 à 12% des décès soit 7 à 9 femmes. L'anesthésie locorégionale est responsable d'un quart de ces décès, soit 2 femmes.

Dans les années 90/92, une équipe de l'INSERM montrait que ces statistiques étaient largement sous-évaluées. Par exemple, en analysant 68 dossiers de morts maternelles, ils se sont aperçus, que seuls 41 dossiers avaient été comptabilisés par l'INSEE. Les chercheurs de l'INSERM ont donc estimé que la mortalité maternelle réelle se situait autour de 18 pour 100 000 naissances.

LES COMPLICATIONS EN CHIFFRE,
sur une base de 700 000 accouchements dont 65 % sous péridurale

risque	% des accouchements sous péridurale	En nombre d'accouchements
échec	10 à 25 %	45 500 à 113 750
brèche de la dure-mère	1 à 2 %	4 500 à 9 100
complication neurologique bénigne	0,1 %	455
complication neurologique sévère	0,01 %	45
compression médullaire	0,01 %	4
décès		environ 2 par an

Donc, sur 455 000 péridurales, 45 500 à 113 750 ne donnent pas satisfaction, et 5 000 à 10 000 posent des problèmes de santé plus ou moins graves allant jusqu'au décès.

2.4. Incidences sur le déroulement de l'accouchement (12, 13, 15, 17, 18, 19, 21, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 33)

La péridurale provoque un relâchement musculaire bénéfique mais qui peut entraîner un ralentissement des contractions, un bloc moteur. Cela a pour effet de provoquer une atonie du plancher pelvien et un défaut de flexion et de rotation de la tête fœtale et par là, une difficulté d'engagement du fœtus, les muscles pelviens ne guidant plus le bébé dans sa descente.

Et cela est d'autant plus fréquent que la péridurale est posée trop tôt ou qu'elle est trop fortement dosée (13, 25, 29).

De plus, le réflexe de poussée est aboli lors de l'expulsion. La femme doit alors se fier entièrement à la parole de la sage-femme plutôt qu'à ses propres sensations (26).

Ainsi, que ce soit en Europe, en Australie ou aux Etats Unis, les chiffres et conclusions sont les mêmes:

Sous péridurale, le risque est multiplié par 2 ou 3 d'avoir son enfant extrait par forceps ou par ventouse (surtout pour une primipare), et donc de subir une épisiotomie, ou une césarienne (12, 13, 29, 31, 32, 33).

Concernant les risques majorés de césarienne sous péridurale, un obstétricien a fait un point net et précis sur ce sujet, en 1999, dans une revue médicale (réf. 29, voir bibliographie). Je me permets de citer quelques extraits :

« Plusieurs facteurs favorisant [les césariennes sous péridurale] peuvent être envisagés. Certains sont liés à la demande plus fréquente d'analgésie péridurale de la part des primigestes (femmes qui accouchent pour la première fois) lors des accouchements prolongés... alors que d'autres sont corrélés aux complications des analgésies péridurales :

- souffrance fœtale aiguë par hypotension maternelle ou par hypertonie utérine
- tachycardie fœtale par hyperthermie maternelle
- ralentissement de la dilatation par suppression du réflexe de Ferguson.

(...)

Ces publications [parutions précédentes d'études sur le sujet] montrent cependant qu'en tenant compte :

- de l'âge maternel
- de la race
- de l'âge gestationnel ("âge" de la grossesse quand l'accouchement débute, par rapport au terme prévu)
- de la durée du travail
- des liquides amniotiques méconiaux (teintés par l'émission par le fœtus des premières selles, appelées meconium, selles qui lorsqu'elles sont émises dans le liquide amniotique sont signe de souffrance fœtale)
- du poids fœtal.

L'analgésie péridurale est associée à un pourcentage de césariennes multiplié par 3,4 à 5,2.

.../...

(...) [la péridurale] nécessite une information loyale vis-à-vis des patientes, quant aux risques de :

- travail long
- malposition fœtale
- extraction instrumentale

et elle impose une préparation à l'accouchement (notamment pour la phase d'expulsion).

A condition :

- d'être mise en place au cours de la phase active du travail, de préférence à **partir de 4cm de dilatation**
 - sur une présentation fixée (fœtus engagé)
 - avec une posologie minimale
 - **sous réserve d'un contrôle rigoureux** de l'activité utérine par une sage-femme présente en permanence au chevet de la parturiente
- elle n'expose pas à un risque accru de césarienne.

A l'inverse :

- sa pratique systématique et précoce
 - chez une primigeste
 - dès le début d'un déclenchement de travail
 - sur un col peu favorable (inférieur ou égal à 3cm de dilatation)
 - avec une variété de présentation postérieure haute et mobile
- expose la parturiente à un très haut risque d'extraction par voie abdominale. »

Le taux de péridurales en France est très souvent corrélé au taux de césariennes. (22)

Et une césarienne n'est pas un acte anodin :

- elle multiplie par cinq le risque de mortalité pour la mère (surtout quand elle a lieu sous anesthésie générale)

- elle multiplie par trois les infections nosocomiales
- elle augmente les risques de phlébite, d'infection urinaire, d'infections tel l'abcès
- elle peut être à l'origine de douleurs chroniques
- elle augmente les détresses respiratoires chez le nouveau-né
- elle fait peser des risques sur les grossesses suivantes en raison de la fragilité due à la cicatrice utérine, et augmente le risque d'accoucher à nouveau par césarienne pour une grossesse future.

QUELQUES CHIFFRES (13, 20, 22, 30)

- Alors que
- le taux de forceps augmente entre 1972 et 1995 passant de 9 à 14,1%
 - le taux de césariennes augmente entre 1972 et 1998 passant de 6,1 à 16,6%
 - le taux de déclenchements augmente entre 1991 et 1995 passant de 10,4 à 20,5%
 - le taux de péridurales augmente entre 1991 et 1998 passant de 15 à 65%
 - le total des interventions obstétricales double entre 1979 et 1995.

La mortalité maternelle, elle, est en constante oscillation depuis 1980, entre 8,5/100000 (89) et 15,5/100000 (81). Actuellement, elle ne semble pas amorcer de baisse, passant de 9,7/100000 (1997) à 10,2/100000 (1998) alors que les Pays-Bas, avec 30 % d'accouchements à domicile, affichent un taux entre 6 et 8/100000. POURQUOI ?

3. LES RISQUES POUR LE FOETUS (11, 12, 13, 17, 18, 30, 31, 32, 33)

3.1. **Liés à la toxicité du produit:**

Les produits injectés par voie péridurale sont résorbés par les veines péridurales et atteignent une concentration plasmatique mesurable en 10 minutes environ.

Tout produit présent dans la circulation maternelle est susceptible de traverser la barrière placentaire et d'atteindre le fœtus, et ce en fonction de la taille et de la solubilité des molécules employées. Et bien que donnés à petites doses chez la mère, tous les morphomimétiques passent le placenta, et se retrouvent donc à dose non négligeable chez le fœtus. Les produits utilisés peuvent entraîner des modifications du rythme cardiaque fœtal et/ou des dépressions respiratoires à la naissance. (13, 31, 32, 33).

En outre, la péridurale induisant une hypotension maternelle peut entraîner des troubles du rythme cardiaque fœtal, bien que des mesures préventives soient instaurées (pose de perfusion de macro molécules avant toute péridurale).

5%³ des fœtus dont la mère est sous péridurale présentent une température supérieure à 40° (Macaulay JH and al. Epidural Analgesia in labour and fetal hyperthermia. *Obst. And Gyn.* 80 p.665 à 669 (1992), 12,13,15,27,28,29,31,32,33). Comme la consommation en oxygène du fœtus varie en fonction de sa température, il sera donc plus vulnérable aux fluctuations de l'apport en oxygène - fluctuations induites par les contractions, la respiration, et la position maternelle – Cette position est presque toujours celle de la femme couchée à plat, sur le dos, ce qui favorise la souffrance fœtale par diminution de la perfusion placentaire due au poids utérin sur l'aorte abdominale. Autrement dit, dans cette position à plat dos, l'utérus écrase les vaisseaux sanguins qui alimentent le fœtus en oxygène.

De surcroît, un bébé naissant avec de la fièvre est suspecté d'infection néonatale et donc subira des examens invasifs tels des prélèvements sanguins, sans compter le traumatisme dû à la séparation d'avec sa mère. Enfin, l'hyperthermie maternelle peut provoquer des effets secondaires neurologiques chez l'enfant (14).

3.2. **Liés à l'injection d'ocytocine artificielle** (11, 12, 13, 14, 17, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33).

L'ocytocine est une hormone sécrétée pendant l'accouchement par l'hypophyse. Elle provoque les contractions (entre autres).

La péridurale induit un bloc moteur de la partie basse du corps. Selon la concentration, les mélanges et la durée de l'anesthésie, il arrive souvent que les contractions faiblissent imposant alors l'induction d'ocytocine artificielle pour relancer ou accélérer le travail (12, 13, 14, 17, 18, 19, 21).

A noter **qu'actuellement cette perfusion est systématiquement posée pendant tout accouchement même sans péridurale, et d'emblée lors des déclenchements.**

Pas étonnant que l'accouchement soit douloureux, alors qu'il est prouvé que la position verticale, la déambulation, le changement de position favorisent l'accélération du travail, la descente du bébé, et ceci par la qualité des contractions et non par l'augmentation de leur fréquence ! Pire, **l'ocytocine peut provoquer une hypertonie utérine, source de souffrance fœtale.**

³ Dans ces 5%, il y a probablement une part d'infections foeto-maternelles réelles, mais pas la totalité, tant s'en faut. Sinon, on retrouverait exactement le même pourcentage chez les femmes qui ne subissent pas de péridurale. Et ce n'est pas le cas.

« Lors du travail, la température corporelle de la mère peut s'élever de 0,5 à 1° sans cause pathologique, d'une part. D'autre part, le fœtus a une température corporelle légèrement supérieure de 0,5° environ à celle de sa mère ; donc une température de 37°+ 1,5° soit 38,5° chez un bébé à la naissance peut être normale. » Dr. F. , anesthésiste.

C'est pourquoi ce produit doit être administré par perfusion intraveineuse, sous strict contrôle médical par monitoring continu, ... conditions qui imposent bien sûr, l'immobilisation de la femme.

Enfin, il faut savoir que l'ocytocine artificielle a été incriminée comme cause seule ou facteur déclenchant de convulsions du nouveau-né dans les heures qui suivent sa naissance.
(17)

4. INCONVENIENTS LIES A LA POSITION:

La péridurale oblige la parturiente à rester dans une position allongée sur le dos, position antiphysiologique.

4.1. Dorsalgies (12, 13, 18, 30)

Les lombalgies et dorsalgies d'après naissance sous péridurale peuvent trouver leur source dans cette position inconfortable, que la femme peut supporter longtemps en étant sous analgésie, et dans les contraintes dynamiques exagérées au moment de l'expulsion.

4.2. Le fœtus (6, 12, 13, 14, 17)

La position allongée sur le dos, par compression de l'utérus sur les vaisseaux sanguins de la mère, peut altérer l'alimentation en oxygène du fœtus et provoquer des souffrances fœtales. C'est pour ces raisons que l'on recommande maintenant la position couchée sur le côté gauche.

4.3. Conclusions (1, 2, 3, 4, 6, 7, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 29)

La mobilité de la parturiente et la position verticale facilitent la flexion/rotation/engagement/descente de l'enfant, et une bonne dynamique utérine. Il a été démontré que la déambulation réduit le pourcentage de césariennes de 17,1 à 9,5 % lorsque l'analgésie est débutée à partir de 4cm, et de 26,5 à 14,6 % lorsque la présentation n'est pas engagée.

Le fait d'allonger une femme qui accouche, rivée au monitoring, à la perfusion, au brassard de tension allonge le temps de dilatation et d'expulsion (6) et nécessite l'emploi d'ocytocine. Alors que de l'avis même de certains anesthésistes, une femme peut très bien rester assise penchée en avant, sur le côté ou en tailleur, sous péridurale.

En fait tout dépend beaucoup des maternités, de celles qui interdisent de lever le petit doigt sous peine de risquer de débrancher les appareils, à celles qui permettent la marche, en particulier grâce à la péridurale de déambulation.

« Pour éviter un accouchement prématuré on prescrit le repos strict au lit, il semble donc déraisonnable et illogique d'allonger une femme qu'on veut faire accoucher au plus vite ! »
(6, p.249)

5. REPERCUSSIONS PSYCHOLOGIQUES (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 18, 19, 26).

5.1. Sur la mère

Certaines mères sont désireuses de se passer de péridurale après un premier accouchement ayant eu lieu avec cette anesthésie. Le grief revenant le plus souvent est la dépendance dans laquelle elles se sont retrouvées, et le fait d'avoir mis le doigt dans un engrenage qui les a complètement infantilisées.

C'est un déni terrible fait à la femme à un moment critique où elle est fragilisée en devenant mère, en quête d'écoute et de réassurance, elle ne rencontre à ce moment le plus souvent que des professionnels qui savent mieux qu'elle :

- ce qu'elle ressent ou **doit** ressentir
- la position dans laquelle elle **doit** être
- comment elle **doit** respirer, pousser
- comment le bébé **doit** être accueilli, porté, couché, nourri

Mais des professionnels qui savent mieux pour qui ?

« Elle ne ressent plus la douleur grâce à la péridurale mais elle est dans une attitude passive, presque dans l'immobilité puisque l'équipe s'occupe de diriger le travail et de lui révéler ce qui se passe dans son corps. » (14)

Écoutons le Dr Titran, pédiatre: "... et plus le médecin déploie ses compétences, plus il place le père, la mère et le bébé dans un état d'incompétence". (9)

5.2. Sur le bébé

Le bien-être psychique du bébé, et avant du fœtus, est indissociable de son bien-être physique, lequel est parfois mis à rude épreuve lors de l'accouchement.

Je ne parle pas de ces naissances difficiles où la vie du bébé est parfois en jeu ; non, je parle de ces naissances "normales" où une petite chose en entraîne une autre: une anesthésie péridurale entraînant parfois un affaiblissement des contractions, lesquelles sont relancées par de l'ocytocine, lesquelles contractions, moins bien supportées par le fœtus provoquent une souffrance fœtale qui tend à se prolonger ...Et voilà un accouchement normal qui finit, alors que rien ne le laisser présager, en forceps et épisiotomie, ou en césarienne.

Dans la plupart des maternités de France, l'accouchement normal et pathologique sont pris en charge de la même façon, associant déclenchement ou direction du travail, ocytocine, rupture artificielle des membranes, anesthésie péridurale, extractions, épisiotomies, voir même délivrance artificielle ou révision utérine.

On introduit une iatrogénicité, c'est-à-dire qu'on induit une pathologie, un problème, par son intervention ou ses remèdes.

Pour S. Missonnier, psychologue, cela laisse d'une façon ou d'une autre, des traces:

"Je pense que les expériences anténatales fœtales et les conditions de l'accouchement modulent, pour une part, la "prédisposition" de l'enfant aux préformes de ce que seront ultérieurement ses angoisses, et leurs fonctions adaptatives ou morbides".

5.3. Sur le lien mère/bébé (2, 5, 7, 9, 13, 18)

Il est un facteur dont on parle peu dans les salles de naissance et qui pourtant commence à s'imposer, c'est le lien mère/bébé.

Il apparaît que le fait de choisir sa position, celle qui aide ou soulage, d'être active à un moment important de sa vie participe pour beaucoup à la facilitation de la naissance, et à l'établissement d'un sentiment de compétence, sentiment qui retentira plus ou moins fort sur ce lien.

« Toute interférence du personnel soignant au moment où ce nouent ces liens peut avoir un retentissement considérable sur l'avenir. Les risques de s'immiscer dans ce processus extrêmement subtil de découverte sont énormes. Il est si facile de perturber, de parasiter gravement les premiers liens." (M. Thirion, Les compétences du nouveau-né).

La médicalisation excessive est loin de favoriser l'émergence et le développement de ce lien. En effet, lors d'une naissance physiologique, la mère et le bébé sont sursaturés d'hormones naturelles qui favorisent l'installation de ce lien, cela se produit bien moins dans les accouchements où sont perfusées des hormones de synthèse.

Enfin, l'allaitement maternel est moins souvent choisi, et poursuivi moins longtemps, lors d'accouchements dirigés que lors d'accouchements physiologiques (13).

POUR CONCLURE

La péridurale est une réelle avancée en obstétrique, elle a aussi sécurisé un certain nombre de naissances. Cependant, on ne peut que s'inquiéter de sa généralisation et de sa banalisation, notamment parmi les professionnels et la presse grand public, sans que pratiquement jamais il ne soit fait mention de ses effets secondaires et risques potentiels.

Il apparaît que dans bien des cas, une information objective, une préparation bien conduite, un accompagnement attentif et discret, doublé de la liberté de mouvements et de positions au moment de la naissance permettraient une baisse significative des demandes de péridurales. Ces demandes qui sont mises en avant pour justifier le taux effarant de cette intervention lourde, ces demandes que beaucoup de médecins ne se sentent pas le droit de refuser, sans chercher à vraiment comprendre ce qu'elles recouvrent, ces demandes savamment suggérées et distillées depuis des années, présentant la péridurale comme étant LA solution...

Mais il y a un détail à ne pas oublier : un accouchement, c'est la naissance d'un enfant... Et il est vraiment dommage de ne pas **se donner les moyens** de participer **pleinement** à la naissance de **son enfant**.

"Adieu dit le renard, voici mon secret, il est très simple : on ne voit bien qu'avec le cœur, l'essentiel est invisible pour les yeux".

"C'est le temps que tu as perdu pour ta rose, qui fait la rose si importante".

Antoine de Saint- Exupéry - Le Petit Prince-

GLOSSAIRE

Accompagnement global : suivi de la grossesse, de l'accouchement, des suites de couches ; accompagnement médical et psychologique de toute la période de maternité par la même sage-femme.

Adrénaline : hormone secrétée en cas de stress ; accélère les débits cardiaque et respiratoire, et mobilise l'énergie pour le combat ou la fuite.

Analgésie : abolition de la sensation douloureuse.

Anesthésie : abolition de toute sensation et de toute possibilité de mouvement. L'anesthésie peut être locale (une main, par exemple) ou générale.

Antiphysiologique : qui va à l'encontre du fonctionnement normal des organes de l'être vivant.

Arrêt circulatoire : arrêt de la circulation sanguine.

Arrêt du travail : le travail de l'accouchement s'interrompt.

Arythmie cardiaque : trouble du rythme cardiaque.

Atonie : chute du tonus musculaire.

Bloc moteur : suppression du tonus musculaire d'une région précise du corps.

Bloc sensitif : suppression des sensations douloureuses et autres, sans diminution du tonus musculaire d'une région du corps.

Bradycardie : ralentissement cardiaque (pulsations inférieures à 120/mn pour un fœtus).

Cardiotoxique : toxique pour le cœur.

Cathéter : fin tube inséré sous la peau, à l'aide d'une aiguille, fermé par un embout stérile.

Céphalée : mal de tête.

Césarienne : extraction du bébé par une incision abdominale, appelée aussi voie haute, en opposition à la voie basse ou voies naturelles.

Choc anaphylactique : réaction brutale de l'organisme à l'intrusion d'une substance, se manifestant par des oedèmes plus ou moins étendus et spectaculaires, troubles cardiaques et respiratoires, risque d'étouffement si l'œdème atteint les voies respiratoires.

Collapsus : état de choc entraînant une baisse de tension (hypotension) majeure.

Coma : état végétatif suite à un choc où la personne est inconsciente.

Complication neurologique centrale : complication atteignant le cerveau ou la moelle épinière.

Compression : écrasement.

Concentration plasmatique (d'un médicament) : dosage du médicament dans le sang.

Convulsion : réaction brutale du corps (perte momentanée de la conscience, gestes et mouvements du corps désordonnés et incontrôlables) à un produit ou à une variation brutale de température corporelle.

Déclenchement de l'accouchement : provoquer la naissance du bébé par des produits ou des manœuvres, soit quand lui ou sa mère est en danger, soit pour des raisons de convenance ou de confort personnel.

Décubitus : - dorsal : position couchée à plat sur le dos.
- latéral : position couchée, sur l'un ou l'autre côté.

Dépression respiratoire profonde : atteinte du système respiratoire empêchant une oxygénation correcte.

Dérivé morphinique : produit à base de morphine.

Dure-mère : enveloppe de la moelle épinière.

Dystocie : troubles du travail, soit : ralentissement ou arrêt des contractions, ou au contraire les contractions sont désordonnées et sans efficacités, ou le col reste long et fermé (ou a commencé à s'ouvrir et se referme), le bébé reste en position haute (il ne descend pas et ne s'engage pas).

Épisiotomie : incision du périnée juste avant l'expulsion.

Extraction instrumentale : sortie du bébé à l'aide de forceps, spatules, ventouses.

Forceps : “ pinces ” saisissant les tempes du bébé pour l'aider à naître.

Geste invasif : geste médical rendu nécessaire, touchant à l'intégrité du corps.

Hypotension : baisse de la tension artérielle en-dessous de la moyenne.

Hypertonie utérine : les contractions de l'utérus s'emballent, mais sans aucune efficacité.

Hyperventilation : augmentation de la fréquence de la respiration (respiration courte et rapide) ayant pour conséquence une augmentation du gaz carbonique dans le corps, ce qui diminue les échanges maternels/fœtaux, avec risque d'acidose (augmentation de l'acidité du sang fœtal, traduisant un manque d'oxygène chez le fœtus).

Iatrogénicité : induction de troubles ou maladies, provoquées par le traitement médical.

Ictère du nourrisson : jaunisse bénigne du nouveau-né, dont le traitement peut nécessiter des séparations temporaires d'avec la mère.

Infection nosocomiale : infection contractée à l'hôpital.

Intradermique : sous la peau.

Latéralisation : se dit quand la péridurale n'anesthésie qu'un seul côté du corps.

Méningite : infection des méninges (membranes entourant le cerveau).

Monitoring : système électronique d'écoute et d'enregistrement du cœur fœtal et des contractions utérines.

Morbidité : troubles et conséquences pathologiques d'un événement (l'accouchement), ou d'un acte médical (césarienne par exemple).

Morphinique : dérivé de la morphine.

Morphomimétique : substance qui reproduit les mêmes effets que la morphine.

Multipare : femme qui a porté au moins deux enfants (ou plus).

Naissance physiologique : naissance qui se déroule sans l'intervention de techniques médicales.

Paraplégie : paralysie des membres inférieurs.

Patiente à risque : femme qui, de par ses antécédents (familiaux, médicaux, obstétricaux), de par son âge ou le déroulement de sa grossesse actuelle, est susceptible de présenter des complications durant celle-ci ou durant l'accouchement.

Parturiente : femme enceinte.

Phlébite : obstruction d'une veine par la formation d'un caillot.

Photophobie : réaction violente et douloureuse à la lumière.

Primipare : femme dont c'est la première grossesse.

Prééclampsie : syndrome avec hypertension, albumine dans les urines, oedèmes, qui peut aboutir à l'éclampsie (crise convulsive à l'accouchement avec décollement placentaire et souffrance fœtale aiguë). Urgence obstétricale.

Procidence du cordon : se produit en cours d'accouchement, quand le bébé ne descend pas et que le col s'ouvre. Le cordon apparaît avant le bébé, et se trouve écrasé à chaque contraction entre le fœtus et les parois maternelles. Urgence obstétricale.

Psychoprophylaxie (autrefois appelé à tort accouchement sans douleur) : méthode de préparation de la femme enceinte à son accouchement par information sur le processus qu'elle

va vivre, contrôle de la respiration...A beaucoup évolué depuis sa création, notamment dans certaines maternités.

Réflexe de Ferguson : serait l'augmentation de la puissance et de la force des contractions utérines par appui (interne par la tête fœtale, externe par le toucher) sur le col de l'utérus.

Révision utérine : geste qui consiste à placer la main intra-utérin afin de récupérer des débris placentaires en cas de délivrance incomplète.

Rétention d'urine : la vessie ne peut évacuer pour des raisons diverses l'urine par les voies normales. Nécessite la pose d'une sonde.

Siège : présentation du bébé avec la tête en haut et les fesses en bas. Lors de l'accouchement, le bébé se présentera les fesses ou les pieds en avant (au lieu de la tête).

Spasme du col : col durci qui ne peut se dilater.

Stagnation du travail : on parle plutôt de stagnation de la dilatation du col, pour laquelle la péridurale est souvent efficace, grâce au relâchement musculaire qu'elle induit.

Toxémie gravidique : syndrome provoqué par la grossesse, sans doute lié à des lésions rénales, se manifestant pendant la gestation par un taux élevé d'albumine dans les urines, des oedèmes, une tension élevée et pouvant provoquer à l'accouchement des crises d'éclampsie (fluctuations brutales de tension, crises convulsives avec décollement placentaire et souffrance fœtale aiguë ; urgence obstétricale). Ce syndrome peut de surcroît avoir des conséquences cardiovasculaires importantes.

Ventouse : moyen instrumental d'extraction de l'enfant. La ventouse est appliquée sur la tête du bébé (par aspiration d'une petite partie du cuir chevelu), et permet de mieux fléchir et orienter la tête du bébé pour ensuite la tirer vers la vulve. Peut être traumatique (décollement du cuir chevelu).

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

1. Devenir parents en l'an 2000 – C. Bergeret Amselek. Ed. Desclée de Brouwer.
2. Le mystère des mères. C. Bergeret Amselek. Ed. Desclée de Brouwer.
3. Corps de mère, corps d'enfant. Les cahiers du nouveau-né. Ed. Stock.
4. De la péridurale. Ed. des sages-femmes
5. Genèse de l'homme écologique. M. Odent. Ed. Epi
6. Bien-être et maternité. B. de Gasquet. Ed. Implex.
7. Comment la naissance vient aux femmes. M. Akricht et B. Pasveer. Ed. Synthélabo.
8. Le mal joli. C. Revault d'Allones. Ed. Plon
9. Grossesse et naissance. Coll.Mille et un bébés. Ed. Eres.
10. Les compétences du nouveau-né. M.Thirion. Ed. J'ai Lu
11. VIDAL.1999

DOSSIERS/REVUES

12. Dossiers de l'Obstétrique n°189 (1991) – *La péridurale vue autrement*.
13. Dossiers de l'Obstétrique n°255 (1997) – *La médicalisation de la naissance en question*.
14. Dossiers de l'Obstétrique n°281 (2000) – *Le droit du patient hospitalisé à être acteur dans sa prise en charge (1)*
15. Dossiers de l'Obstétrique n°282 (2000) - *Le droit du patient hospitalisé à être acteur dans sa prise en charge (2)*.
16. Dossiers de l'Obstétrique n°282 (2000) – *Etude de l'impact de la préparation à la naissance sur la grossesse et l'accouchement*.
17. *Maternité sans risque : les soins liés à un accouchement normal* – Guide pratique diffusé par l'OMS (1997)
18. *Médicalisation/démédicalisation de la naissance* (1998) – ALIS
19. Commission Naître mieux (1996). L. Pinto
20. Thèse. *L'accouchement à la maison a-t-il sa place dans le système obstétrical français ?* (1998) A. Théau
21. *Anesthésie en obstétrique*. Cours destiné à des élèves sages-femmes, par le docteur F. Druenes, médecin anesthésiste réanimateur. (1990)

ARTICLES

22. *Le palmarès des maternités*. Le Figaro Magazine, 29.01.2001.
23. *Spécial maternités*. Sciences et Avenir. 10.1998
24. *Naissance : les pièges à éviter*. L'Express. 1997.
25. *Quand demander la péridurale ?* Enfant magazine. 06.1999
26. *Ce que la péridurale a changé*. Parents. 10.1999
27. *Informed choice for women*. MIDIR and the NHS Center for review and dissemination. 01.1997
28. *Informed choice for professionals*. MIDIR and the NHS Center for review and dissemination. 01.1997
29. *L'analgésie péridurale augmente-t-elle les risques de césariennes?* GENESIS. 12.1999

ARTICLES INTERNET

30. *L'urgence et la douleur en obstétrique. Rôle de l'équipe d'anesthésie en obstétrique*. Drs. J.P. Vigué et J.C. Mauchauffe. 02.2000
31. *Epidural : real risks for mother and baby*. Midwifery today. News. 02.2000
32. *Medical interventions that can impede natural progression of the labor and childbirth*. Dr. Sprang. 04.2000
33. *The epidural express: real reasons not to jump on board*. Nancy Griffin. 04.2000.
34. *Long term backache after childbirth. Prospective search for causatives factors*. R. Russel (senior registrar), R. Dundas (assistant statistician), F. Reynolds (professor of obstetrics anesthesia). 06.1996.

ANNEXES

Participation active de la femme durant son accouchement. Liselotte Kuntner.

Charte des parturientes (résolution votée par le Parlement Européen en 1988).

Recommandations de l'O.M.S.

Classification des pratiques utilisées pendant un accouchement normal (Pour une maternité sans risque, diffusé par l'O.M.S.).