

## Place de l'IADE dans la prise en charge de la douleur en salle de naissance

L Gleitz, V Faitot

*Centre médico-chirurgical Obstétrique, 19 rue Louis Pasteur, 67303, Schiltigheim*  
[valentina.faitot@chru-strasbourg.fr](mailto:valentina.faitot@chru-strasbourg.fr)

L'IADE est un des membres de l'équipe pluridisciplinaire de prise en charge de la douleur dans le cadre des comités de lutte contre la douleur (CLUD) dans les établissements de santé. Ses compétences dans l'évaluation et le traitement de la douleur aiguë sont une garantie de la qualité des soins en salle d'accouchement.

Notre texte abordera le cadre légal actuel de la présence de l'IADE en salle de naissance et de son rôle, les spécificités de la douleur obstétricale (physiologie, évaluation), les modalités pharmacologiques de sa prise en charge et l'implication de l'IADE à chaque étape de ce processus.

### Organisation et cadre législatif concernant la prise en charge de la douleur par les IADE en salle de naissance

D'après l'article R 6123-40 du code de la santé publique, les établissements de santé pratiquant l'obstétrique « assurent l'accouchement et les soins de la mère et du nouveau-né dans des conditions visant à réduire les risques et permettant de faire face aux conséquences de leur éventuelle survenance ». Les établissements de santé, publics ou privés, doivent mettre en œuvre des moyens propres à prendre en charge la douleur des patients. « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ». La charte du patient hospitalisé prévoit à l'article 2 : « au cours des traitements et des soins, la prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des patients et le soulagement de la souffrance doivent être une préoccupation constante de tous les intervenants. »

Concernant l'organisation de la salle de travail, le décret n°98-900 du 9 octobre 1998 donne un cadre aux conditions techniques de fonctionnement relatives à l'obstétrique, à la néonatalogie et à la réanimation néonatale. L'article D. 712-80 dit que « le secteur de naissance dispose d'au moins une salle de travail » et que « tous les matériels et dispositifs sont immédiatement disponible et à l'usage exclusif de la salle de travail », aménagée de manière que la parturiente bénéficie d'une surveillance clinique et para clinique du déroulement de l'accouchement. C'est donc un site d'action autonome où l'IADE apporte ses compétences en anesthésie/analgésie et réanimation de la femme enceinte et/ou du nouveau-né. L'IADE doit coordonner ses actions avec l'ensemble des professionnels intervenant en salle de naissance afin de promouvoir une relation harmonieuse mère-enfant, le bien-être et la satisfaction maternelle. Ses compétences particulières en salle de travail sont stipulées dans le Référentiel de compétences<sup>1</sup> du Diplôme d'État d'infirmier anesthésiste: mettre en œuvre et adapter la procédure d'anesthésie/analgésie en fonction du patient et du déroulement de son intervention et surtout entretenir et adapter l'analgésie obstétricale. D'autre part les compétences des infirmiers anesthésistes sont légiférées par le décret du 11 février 2002 et l'article R4311-12 relatif aux actes professionnels disant que l'infirmière anesthésiste diplômée d'État, est habilitée, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné la patiente et établi le protocole d'administration, à appliquer les techniques suivantes: l'analgésie par voie inhalatoire, intraveineuse et locorégionale et des réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par l'anesthésiste.

### **Physiologie de la douleur obstétricale**

Le travail obstétrical engendre une douleur physiologique qualifiée d'intense par plus de deux tiers des parturientes. Cette douleur a une évolution métamérique caractéristique et son intensité augmente proportionnellement à l'avancement du travail, pour être maximale à la phase d'expulsion. Ainsi, au cours de la première phase de travail, les contractions utérines vont entraîner la dilatation puis l'effacement du col et la distension du segment inférieur et engendrer des sensations douloureuses de type viscéral (mal localisées, sourdes). Les contractions rythment cette sensation douloureuse à intervalles réguliers toutes les 2 à 3 minutes pour se rapprocher au fur à mesure de l'avancement du travail et durer de quelques secondes à quelques minutes. La douleur irradie dans les dermatomes thoraciques D10 et D11 puis s'étend progressivement aux territoires sous-jacents D12 et L1, étant transmise par le

plexus hypogastrique. Lors de la dilatation complète du col, des douleurs permanentes apparaissent, dues à la distension des structures du petit bassin par la présentation. Il se rajoute une composante somatique de la douleur (douleurs vives, bien localisées).

Lors de la phase d'expulsion, les douleurs les plus intenses sont ressenties lors de la distension du plancher pelvien et de la distension voire de la déchirure du vagin et du périnée. Les influx nociceptifs sont transmis par le nerf honteux, issu des racines sacrées myélinisées S2-S4.

La troisième phase : la délivrance spontanée est indolore, alors que la délivrance manuelle (ou artificielle) entraîne des douleurs liées au passage du col utérin et aux manœuvres intra-utérines.

L'augmentation de l'intensité de la douleur au cours du travail se traduit en une augmentation de la MLAC des anesthésiques locaux utilisés en administration péridurale pour l'analgésie obstétricale. En effet, lors du deuxième stade du travail la MLAC est multipliée par trois. Une analgésie adéquate en début du travail peut devenir insuffisante en fin de travail si les doses d'antalgique ne sont pas adaptées à l'évolution de la douleur.

L'intensité douloureuse est influencée par le stade du travail, la parité, l'utilisation d'ocytociques et l'existence de facteurs psychogènes tels l'angoisse et le stress. Plusieurs facteurs peuvent être source d'anxiété pour les parturientes : la peur de l'inconnu, des expériences précédentes traumatiques, un environnement hospitalier sophistiqué, le contact avec les soignants.<sup>2</sup> La composante psychologique de la douleur obstétricale est extrêmement importante dans l'évaluation et le traitement proposé en salle de travail.

## Évaluation de la douleur en salle de travail

La douleur du travail obstétrical est ressentie comme intense par plus de deux tiers des parturientes. Sa composante somatique avec une projection métamérique évolutive implique une approche thérapeutique attentive. Les aspects affectifs et émotionnels doivent être pris en compte afin d'adapter les objectifs de l'analgésie (satisfaction maternelle prioritairement et /ou soulagement de la douleur). La satisfaction serait essentiellement liée au soutien reçu des soignants, à la qualité du rapport avec eux, à la participation aux décisions et aux attentes des femmes pendant leur grossesse et leur accouchement.<sup>3</sup> La traçabilité de l'évaluation de la douleur est actuellement une obligation dans la tenue du dossier médical. L'utilisation des échelles d'autoévaluation unidimensionnelles comme EVA, EN, EVS semble réductrice dans ce contexte si complexe. Le questionnaire McGill et sa version française, le Questionnaire

Douleur Saint-Antoine (QDSA), échelles d'évaluation multidimensionnelles (permettant de qualifier la douleur par une série d'adjectifs qui caractérisent les composantes sensorielle, affective et cognitive avec une pondération des qualificatifs) semble plus adapté en salle de travail. Le questionnaire français comporte 61 qualificatifs répartis en 17 sous-classes, 9 sensorielles, 7 affectives et 1 évaluative. Après avoir sélectionné le terme le plus approprié dans une sous-classe, la patiente pondère son jugement grâce à une échelle de 0 à 4, ce qui permet de calculer un score. Ces questionnaires sont plus longs à traiter qu'une EVA et peuvent poser des problèmes de compréhension. Le timing de l'évaluation de la douleur pendant le travail obstétrical n'est pas bien défini et même si dans leurs complexités ils sont théoriquement très séduisants, la faisabilité reste discutable. Une fois la douleur évaluée et le traitement antalgique initié, les mesures de réévaluation doivent être répétées tout au long du travail, afin d'adapter les doses à l'évolution en intensité de la douleur (l'IADE apporte ses compétences comme référent douleur en salle de travail). Plusieurs méthodes de mesure « objective » de la douleur (des répercussions sur l'activation du système nerveux sympathique) avec des développements cliniques différents ont été décrites. La pléthysmographie utilise la variation d'amplitude de l'onde de pouls par oxymétrie.<sup>4</sup>

Cette variation de l'amplitude est en partie due à une vasoconstriction cutanée d'origine sympathique majorée en cas de douleur. La pupillométrie étudie des variations du diamètre pupillaire avec des applications en salle de naissance.<sup>5</sup>

Enfin, l'étude de la variabilité de la fréquence cardiaque permet d'envisager une analyse continue non invasive et quantitative du système nerveux autonome et reste une alternative pour évaluer la douleur obstétricale.<sup>6</sup> Ces outils modernes en cours de validation en obstétrique nécessitent une compréhension de la physiologie de la douleur et le rôle de l'IADE par ses compétences dans l'évaluation et le traitement de la douleur aiguë est important dans l'interprétation et l'adaptation du traitement analgésique.

### Traitements médicamenteux de la douleur obstétricale

Le gold standard de l'analgésie obstétricale est à ce jour l'analgésie péridurale, pratiquée dans plus de 75% des cas en France. En 2012 dans une enquête des pratiques de l'analgésie en salle de travail, 78 % des répondants déclaraient l'existence d'un protocole de service écrit de prise en charge de la douleur en cas de contre-indication à l'analgésie péridurale. Les alternatives proposées étaient: inhalation de protoxyde d'azote (58 %), nalbuphine IV (52 %), remifentanil PCA (52 %), sufentanil PCA (46 %).<sup>7</sup>

Présent en salle d'accouchement sous la responsabilité du médecin anesthésiste, l'IADE doit être le garant de la sécurité maternelle en premier lieu. Tout au long de l'accouchement, il vérifie la bonne compréhension par la parturiente des échelles/appareils d'évaluation de la douleur et des modes d'administration du traitement antalgique contrôlés par la parturiente; il ajuste et réajuste le traitement antalgique; il prépare et programme des pompes d'analgésie contrôlée par la parturiente et vérifie leur bon fonctionnement; il surveille les paramètres liés au traitement antalgique (état hémodynamique et respiratoire, effets secondaires de type NVPO, sédation, prurit) et met en route des traitements de ces effets secondaires selon les protocoles du service.

### a. Analgésie péridurale

L'administration péridurale d'anesthésiques locaux bloque la transmission des stimuli nociceptifs périphériques par l'interruption de la propagation de l'influx nerveux le long des fibres nerveuses. Ce type d'analgésie est le plus efficace et le plus sécuritaire pour la mère et le fœtus. On utilise une association d'anesthésique local (de préférence des isomères lévogyres de type ropivacaïne ou lévobupivacaïne) à une concentration inférieure à 1mg/ml (low dose) avec un morphinique liposoluble de type sufentanil 0,5 µg/ml et/ou d'autres adjutants (de type clonidine). Le mode d'administration de l'analgésie péridurale le plus moderne et adapté à l'évolution de la douleur et au souhait des parturientes est la PCEA. L'implication de la parturiente dans la gestion de la douleur permet la diminution des doses d'anesthésiques locaux (et ainsi leur toxicité), à un moindre degré le bloc moteur (en comparaison avec une administration continue) et une diminution de la charge de travail de l'équipe médicale de la salle de travail.<sup>8</sup> Plus important encore, la PCEA permet aux parturientes d'ajuster les doses d'antalgiques à leurs besoins réels ou à leur souhait de mieux vivre leur accouchement, avec plus de satisfaction et d'autonomie.

Dans les maternités françaises, les pompes de PCEA étaient disponibles dans 58 % des établissements en 2010, mais seulement 34,2 % des femmes ayant une APD avaient bénéficié de cette technique. L'efficacité de l'analgésie péridurale était évaluée comme très efficace dans 68,3% et assez efficace dans 20,5% des cas.<sup>9</sup> Un tiers des femmes auraient donc besoin d'une meilleure adaptation du traitement antalgique par voie péridurale, ce qui laisse une place très importante à l'IADE dans l'optimisation de ces pratiques. La Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) définit précisément les modalités de surveillance de l'analgésie péridurale obstétricale.<sup>10</sup> Il est recommandé de mesurer la pression artérielle avant l'induction de l'analgésie, puis de manière rapprochée pendant les 20 à 30 premières minutes

d'analgésie, afin de dépister l'hypotension qui peut avoir des conséquences fœtales. Cette surveillance rapprochée doit également être mise en œuvre chaque fois qu'une réinjection est effectuée. La surveillance continue électrocardioscopique et de la SaO<sub>2</sub> par oxymétrie de pouls ne sont pas nécessaires en routine. Le médecin anesthésiste-réanimateur, lorsqu'il n'assure pas lui-même les réinjections de l'agent anesthésique dans le cathéter péridural, effectue une prescription écrite comportant: le nom du prescripteur et l'heure de la prescription; le nom de la patiente; la nature, la concentration et le volume de l'anesthésique à injecter; l'intervalle de sécurité à respecter entre les injections ou le débit du dispositif d'injection automatique dans le cathéter péridural.<sup>11</sup> L'ablation du cathéter péridural peut être déléguée à l'IADE.

La péri-rachi combinée permet d'installer une analgésie par voie intrathécale immédiate en administrant un morphinique liposoluble avec ou sans anesthésique local en fonction de l'avancement du travail et de poursuivre l'analgésie avec une administration péridurale (mode PCEA de préférence). Ce type d'analgésie est utilisé souvent en cas de déambulation et améliore le score de satisfaction des patientes. Dans ce cas précis, après l'initiation de l'analgésie, les parturientes sont surveillées pour une période de 30 à 45 min dans leur lit afin de diagnostiquer les hypotensions maternelles ou les variations du rythme cardiaque fœtal. La pression artérielle orthostatique et la fréquence cardiaque doivent être mesurées, la fonction motrice et l'équilibre évalués. La patiente ne doit pas être autorisée à déambuler seule initialement. L'IADE a un rôle privilégié dans l'évaluation clinique, la surveillance et l'accompagnement de ces parturientes.

### **b. Analgésie intraveineuse**

Ses propriétés pharmacodynamiques et pharmacocinétiques font du rémifentanil le morphinique le plus approprié pour l'analgésie obstétricale. Un effet puissant agoniste des récepteurs  $\mu$ , un délai d'installation de l'effet antalgique d'une minute, une élimination rapide (estérases tissulaires et plasmatiques, présentes aussi chez le fœtus), indépendamment de la fonction rénale ou hépatique et un temps de demi-vie contextuelle de 3 minutes permettent une administration intraveineuse en mode PCA, rythmée par la parturiente aux contractions utérines.<sup>12,13</sup> Son utilisation est de plus en plus répandue. Selon une enquête française, en 2012, les modes d'administration et les posologies de rémifentanil étaient très variés en maternité. L'efficacité du rémifentanil était considérée comme moyenne ou bonne pour 55 % et 43 % des répondants respectivement. Les effets indésirables rapportés ont été la

somnolence (46 %), la désaturation artérielle en oxygène (19 %), nausées-vomissements (11 %) et prurit (2 %).<sup>7</sup>

Ses effets secondaires graves chez la mère (sédation avec hypoventilation) imposent un monitorage strict des paramètres hémodynamique (PA, FC) et surtout respiratoire (SpO<sub>2</sub>, FR), de l'état de conscience (échelle de sédation).<sup>14</sup> Une oxygénothérapie concomitante est nécessaire. L'utilisation simultanée d'autres dépresseurs du SNC (N<sub>2</sub>O, benzodiazépines) est proscrite. Les études actuelles s'accordent à dire qu'une perfusion continue est associée à une incidence plus élevée de l'hypoxie maternelle. Le mode PCA se fera avec une solution de 10 à 20 µg/ml, sous forme de bolus programmé ajustable 0,15 à 0,5 µg/kg toutes les 2 à 3 minutes, selon le type et l'intensité de la douleur. Le débit continu de 0,05 (0,01–0,05) µg/kg/min ajustable également a un intérêt surtout en fin de travail. La voie intraveineuse d'administration du rémifentanil doit être proximale par rapport au point de ponction, avec une valve anti reflux. Le risque d'obstruction de la tubulure et d'accumulation en amont de médicament doit être évité. Les effets secondaires néonataux semblent moins importants en comparaison avec d'autres dérivés morphiniques (le métabolisme et la redistribution fœtales rapides expliquent l'absence d'accumulation et donc de sédation néonatale). Des anomalies du rythme cardiaque fœtal non sévères ont été observées. Le pédiatre doit être prévenu de l'utilisation d'un protocole d'analgésie IV de rémifentanil et la naloxone doit être disponible en salle d'accouchement. En cas de sédation ou d'hypoxie (SpO<sub>2</sub><94%) la PCA doit être arrêtée, et des manouvers de réanimation maternelle commencées, avec stimulation de la patiente et augmentation de l'oxygénothérapie. Le médecin anesthésiste doit être présent. L'IADE est donc impliqué dans : la surveillance hémodynamique et respiratoire de la patiente toutes les 5 minutes (PA, FC, SaO<sub>2</sub>, FR) à l'initialisation du protocole pendant 30 minutes, et suivant la prescription de l'anesthésiste, puis toutes les 15 à 30 minutes ; la traçabilité des paramètres hémodynamiques, respiratoires, état de conscience, et l'évaluation de la douleur sur la feuille de surveillance spécifique à la PCA ; l'adaptation des doses selon les besoins de la patiente (l'augmentation du bolus et/ou l'introduction d'un débit continu) et surtout dans les manœuvres de réanimation maternelle en cas d'hypoventilation et d'hypoxie.

### c. Analgésie par voie inhalatoire

L'effet antalgique propre du protoxyde d'azote est discutable, mais l'effet anxiolytique semble intéressant en salle de travail. Une parturiente sur deux se déclare satisfaite suite à l'utilisation du protoxyde d'azote inhalé en alternative à l'analgésie péridurale.<sup>15</sup> Son utilisation est soumise à une prescription médicale nominative préalable (la sage-femme a le

droit de prescription). Peu onéreux, avec une administration simple et une obtention rapide du pic de concentration alvéolaire le protoxyde d'azote est utilisé dans plus de la moitié des maternités françaises. L'IADE donne des informations sur l'efficacité, l'utilisation et les limites de la technique à la patiente, ainsi que sur les potentiels effets secondaires (vertige le plus souvent, acouphènes, nausées jusqu'à un tiers des parturientes et rarement des vomissements, distorsion du son, dysphorie).<sup>16</sup> Les effets secondaires néonataux sont minimes, à cause d'une élimination rapide par la voie respiratoire.

Le monitorage exigé est l'oxymétrie de pouls. L'administration de N<sub>2</sub>O doit être tracée comme toute autre méthode analgésique : heure du début de l'administration, effets secondaires, heure de fin d'administration (avec les raisons de l'abandon : refus de la patiente, changement de technique analgésique, effets secondaires mal tolérés.). Un système d'aération ou d'évacuation des gaz expirés (permettant plus de 70% de récupération)<sup>17</sup> de la chambre sont recommandés, en cas d'administrations prolongées dans un lieu fixe. Cette mesure permet de limiter l'exposition professionnelle chronique du personnel soignant et de minimiser l'accumulation d'un gaz à effet de serre important. L'utilisation médicale représente moins de 1% du N<sub>2</sub>O atmosphérique. L'administration simultanée ou rapprochée de N<sub>2</sub>O et de morphiniques ou benzodiazépines doit être prudente (effets dépresseurs du SNC additifs) et réalisée par un personnel formé.

L'inhalation d'un mélange équimolaire N<sub>2</sub>O/O<sub>2</sub> à travers un masque étanche avec valve unidirectionnelle doit débuter 30 secondes avant les contractions si celles-ci sont régulières ou au moment des contractions si elles sont irrégulières. L'inhalation doit cesser quand la contraction commence à céder. Lors de l'expulsion, 2 à 3 inhalations doivent être prises avant chaque effort expulsif. La pression de la bouteille de mélange gazeux doit être surveillée et le débit des gaz modulé selon la ventilation minute de la parturiente.

Des thérapies complémentaires et alternatives telles que l'acupuncture, l'hypnose, la sophrologie ou d'autres techniques de relaxation et de respiration<sup>18</sup> réduisent la quantité d'analgésiques requis durant le travail et redonnent à la parturiente un rôle actif et un sentiment de maîtrise de l'accouchement. L'accueil, la présence d'un personnel soignant à l'écoute et un environnement adapté peuvent jouer un rôle majeur dans l'amélioration du vécu de l'accouchement.<sup>19</sup> De plus en plus d'IADE sont formés actuellement à la pratique de ces techniques complémentaires dont les femmes pourraient bénéficier au cours de l'accouchement.

## CONCLUSION

Sous la responsabilité du médecin anesthésiste, l'IADE est un pilier de la sécurité maternelle et de la qualité de l'analgésie en salle d'accouchement. Tout au long du travail obstétrical, il vérifie la bonne compréhension par la parturiente des échelles/appareils d'évaluation de la douleur et des modes d'administration du traitement antalgique (surtout s'il est contrôlé par la parturiente); il réajuste les doses en fonction de l'évolution de la douleur; il prépare et programme des pompes d'analgésie autocontrôlée et vérifie leurs bon fonctionnement. Son rôle est essentiel dans la surveillance des paramètres liés aux effets secondaires du traitement antalgique (état hémodynamique et respiratoire, NVPO, sédation, prurit) et la mise en route des traitements de ces effets secondaires selon les protocoles du service.

## RÉFÉRENCES

1. Arrêté du 23 juillet relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier anesthésiste
2. Floris L, Irion O. Association between anxiety and pain in the latent phase of labour upon admission to the maternity hospital: A prospective, descriptive study. *J Health Psychol.* 2013 Oct 22.
3. Hodnett ES, Gates S, Hofmeyer GJ, Sakala C. Continous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jul 15; 7:CD003766
4. Bergmann I, Göhner A, Crozier TA, et al. Surgical pleth index-guided remifentanil administration reduces remifentanil and propofol consumption and shortens recovery times in outpatient anaesthesia. *Br J Anaesth.* 2013; 110:622-8
5. Guglielminotti J, Mentré F, Gaillard J, et al. Assessment of pain during labor with pupillometry: a prospective observational study. *Anesth Analg.* 2013; 116:1057-62
6. Le Guen M, Jeanne M, Sievert K, et al. Analgesia Nociception Index: a pilot study to evaluation of a new pain parameter during labor. *Int J Obstet Anesth.* 2012; 21:146-51
7. Hanouz JL, Simonet T, Marliot C, et al. Enquête nationale sur l'utilisation du remifentanil comme alternative à l'analgésie péridurale obstétricale dans les maternités de niveau II et III. *Ann Fr Anesth Réanim* 2012;31: 682–686
8. Halpern SH, Carvalho B. Patient-controlled epidural analgesia for labor. *Anesth Analg* 2009; 108: 921-8

9. Ducloy-Bouthors AS, Prunet J, Chassard D, Benhamou D, Blondel B. Organisation des soins en analgésie, anesthésie et réanimation en maternité en France métropolitaine : résultats comparés des enquêtes nationales périnatales 2003 et 2010. Ann Fr Anesth Réanim 2013; 32:
10. Les blocs périmédullaires chez l'adulte (RPC). SFAR 2006
11. Recommandations concernant la pratique de l'analgésie obstétricale. SFAR 1992
12. Dershawitz M, Randel GI, Rosow CE, et al. Initial clinical experience with remifentanil, a new opioid metabolized by esterases. Anesth Analg 1995; 81: 619-23
13. Glass PS, Hardman D, Kamiyama Y, et al. Preliminary pharmacokinetics and pharmacodynamics of an ultra-short-acting opioid: remifentanil (GI87084B). Anesth Analg 1993;77:1031-40.
14. Stacki D, Matot L, Einav S, et al. A randomized controlled trial of the efficacy and respiratory effects of patient-controlled intravenous remifentanil analgesia and patient-controlled epidural analgesia in laboring women. Anesth Analg 2014; 118:589-97
15. Likis FE, Andrews JC, Collins MR, et al. Nitrous oxide for the management of labor pain: a systematic review. Anesth Analg. 2014; 118:153-67
16. Klomp T, van Poppel M, Jones L et al. Inhaled analgesia for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 9:CD009351
17. van der Kooy J, De Graaf JP, Kolder ZM et al. A newly developed scavenging system for administration of nitrous oxide during labour: safe occupational use. Acta Anaesthesiol Scand. 2012; 56(7):920-5
18. Rooks JP. Labor pain management other than neuraxial: what do we know and where do we go next? Birth. 2012;39:318-22.
19. Séjourné N, Callahan S. Les motivations des femmes pour accoucher avec ou sans analgésie péridurale. J Gyn Obst Biol Reprod 2013; 42 :56-63