

NIVEAU DE CONNAISSANCE ET ACCEPTABILITÉ DE L'ANALGÉSIE PÉRIDURALE : ENQUÊTE AUPRÈS DES FEMMES ENCEINTES AU TOGO

A.F. OURO-BANG'NA MAMAN, N. AGBÉTRA, M.A. DJIBRIL, P. EGBOHOU, N. KANGNI, K. TOMTA, K. AKPADZA, S. AHOANGBÉVI, M. CHOBLI

Med Trop 2007 ; 67 : 159-162

RÉSUMÉ • L'objet de l'étude était d'évaluer le niveau de connaissance et d'acceptabilité de l'analgésie péridurale (APD) chez la gestante togolaise. Etude prospective et descriptive sur une période d'un mois. Une fiche d'enquête a servi de recueil des données. Au total, 303 gestantes ont été interrogées. L'âge moyen était de 27 ans \pm 6. Les primigestes représentaient 50% de notre échantillon et les multipares 50 %. Parmi celles-ci, 83,5 % estimaient la douleur des accouchements antérieurs comme étant sévère. 12 % (n=35) des gestantes interrogées supposaient connaître l'existence de moyens de lutte contre la douleur de l'accouchement. Trois gestantes connaissaient parfaitement l'APD au moyen de l'Internet. A la question de savoir si pour la grossesse en cours la gestante souhaitait accoucher sans frais supplémentaires sous analgésie péridurale, 253 gestantes soit 83,5 % ont répondu favorablement. Les raisons ayant motivé cette acceptabilité étaient : le meilleur accueil du nouveau-né (112 femmes), le confort que cela procure par le soulagement de la douleur (130 femmes). Les raisons du refus étaient essentiellement d'ordre religieux : pour 31 femmes, enfanter dans la douleur serait normal. Parmi les six femmes musulmanes ayant refusé l'accouchement sans douleur, pour deux d'entre elles d'ethnie Djerma, la douleur serait le meilleur moyen d'expression de leur féminité. Le taux d'acceptabilité était passé de 83,5 % à 70 % lorsque l'APD serait payante. La plupart des gestantes togolaises souhaiteraient faire l'expérience de l'APD. Celle-ci reste une nécessité dans ses indications médicales.

MOTS-CLÉS • Analgésie - Péridurale - Afrique.

KNOWLEDGE AND ACCEPTANCE OF OBSTETRIC PERIDURAL ANALGESIA: SURVEY OF PREGNANT WOMEN IN TOGO

ABSTRACT • The purpose of this study was to evaluate knowledge and acceptance of obstetric peridural analgesia among pregnant women in Togo. A prospective, descriptive survey was carried out over a period of one month. A standardized survey form was used to collect data. A total of 303 pregnant women with a mean age of 27 \pm 6 years were interviewed. A proportion of primiparous and multiparous was the same, i.e., 50%. Among multiparous women, 83.5% described labor pain during previous deliveries as severe. Twelve percent of the pregnant women interviewed claimed knowledge of techniques to control labor pain. Three pregnant women reported a detailed understanding of peridural analgesia obtained from the Internet. A total of 253 women (83.5%) replied affirmatively when asked if they would opt for peridural analgesia if it was offered free of charge for delivery at the end of the current pregnancy. Acceptance was motivated by better delivery conditions for the newborn (112 women) and comfort achieved by pain relief (130 women). Refusal was motivated by a religious belief that painful delivery was in the natural order (31 women). Among the six Moslem women that refused painless delivery, two from the Djerma ethnic group stated that pain was the best expression of their femininity. The acceptance rate fell from 83.5% to 70% if peridural analgesia was offered at extra charge. Most pregnant women in Togo expressed interest in trying peridural analgesia. It is compulsory in medical indications.

KEY WORDS • Analgesia – Peridural – Africa.

• Travail du Service d'anesthésie réanimation (O-B'N.M.A.F., Ancien Interne des hôpitaux, Médecin anesthésiste, Médecin algologue, Assistant chef de clinique, Service d'anesthésie réanimation; P.E., Interne des hôpitaux, Service d'anesthésie réanimation; N.K., Médecin anesthésiste, Assistant chef de clinique; K.T., Médecin anesthésiste, Maître Assistant; S.A., Médecin anesthésiste, Professeur des universités; M.C., Médecin anesthésiste, Professeur des universités, Service d'anesthésie réanimation) CHU de Lomé Tokoin, du Service de gynécologie obstétrique (N.A., Ancien Interne des hôpitaux, Médecin gynécologue obstétricienne, Assistant chef de clinique; K.A., Médecin gynécologue obstétricien, Professeur des universités) CHU de Lomé Tokoin, Togo et du Service de médecine interne (M.A.D., Médecin interniste, Assistant chef de clinique), CHU de Lomé Tokoin, Togo.

• Correspondance : A.F. OURO-BANG'NA MAMAN, 05 BP 383, Agbalépédogan, Lomé, Togo.

• Courriel : obaf2000@yahoo.fr

• Article reçu le 7/04/2006, définitivement accepté le 2/03/2007.

Les premières évaluations du point de vue des parturientes sur l'analgésie péridurale (APD) obstétricale dataient des années 80 avec Garel *et Coll* et Cousin *et Coll* (1, 2). De nos jours, l'accouchement sans douleur est devenu le gold standard dans les pays développés (3).

En Afrique, la pratique de l'APD obstétricale est encore exceptionnelle. La pénurie de personnel qualifié, associée à l'inadéquation des plateaux techniques, sont l'un des facteurs pouvant expliquer la pratique médicale actuelle. Les gestantes seraient-elles prêtes à bénéficier de cette technique ? Le but de notre travail est donc d'étudier le niveau d'acceptabilité de cette technique auprès des gestantes togolaises.

Tableau I - Intensité de douleur des accouchements antérieurs en fonction de la parité.

Parité	≤ 2	> 2	Total
Douleur faible	00	00	00
Douleur modérée	6	12	18
Douleur sévère*	64	70	134
Douleur insupportable	5	4	09
Total	70	91	161

* p > 0,05

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive sur une durée d'un mois (1^{er} au 30 octobre 2005). Toutes les femmes enceintes admises en consultation prénatale, quel que soit la durée de la grossesse, dans les deux maternités de référence du Togo (Service de gynécologie obstétrique, CHU de Lomé Tokoin ; Service de maternité de l'hôpital secondaire de Bè), ont été incluses dans l'étude. Une fiche d'enquête a servi au recueil de données. Les paramètres étudiés étaient : les caractéristiques démographiques des gestantes (âge, sexe, niveau de scolarité, profession), l'état de la grossesse actuelle, l'intensité de la douleur engendrée par les accouchements antérieurs si multipare, le niveau de connaissance sur les différentes techniques d'analgésie obstétricale, l'acceptabilité de l'analgésie péridurale par les parturientes et les raisons ayant motivé leur choix. Le dépouillement a été fait au moyen du logiciel EPI-INFO dans sa version 6.

RÉSULTATS

Au total, 303 gestantes ont été interrogées. L'âge moyen était de 27 ans ± 6. Dans 19% des cas, les gestantes avaient un niveau scolaire dépassant le secondaire. 72% des gestantes exerçaient une profession génératrice de revenus. Dans 20% des cas, il s'agissait de femmes musulmanes alors que les chrétiennes représentaient 77%. L'ethnie la plus représentée dans notre échantillon était l'ethnie Ewé (37% n = 112) suivie des Kabyè et des Cotocoli.

Les primigestes représentaient 50% (152 parturientes) de notre échantillon.

Tableau II - Raisons de l'acceptabilité de l'APD.

Acceptabilité (%)	Motifs	Effectifs (%)
Oui : 253 (83,5)	Meilleur accueil nouveau-né	112 (37)
	Confort pour la mère	130 (43)
	Confort et accueil du nouveau-né	11 (04)
Non : 49 (16,17)	Raisons bibliques	31 (10)
	Effets secondaires sur le bébé	14 (5)
	Peur de la piqûre	4 (1)
Ne sait pas 1 (0,33)	-	-

Parmi celles-ci 83% (n=134) ont estimé la douleur des accouchements antérieurs comme étant sévère, alors que pour 11% et 6%, elle était respectivement modérée et insupportable. Il n'y avait pas de différence significative dans l'appréciation de la sévérité de la douleur des accouchements antérieurs selon le niveau de scolarité de la parturiente, et sa parité (Tableau I). Parmi les gestantes, seulement 12% (n=35) avaient indiqué connaître l'existence de moyens de lutte contre la douleur de l'accouchement. Parmi celles-ci, 30 prétendaient avoir entendu parler de l'analgésie péridurale (APD) mais n'en savaient pas plus. Trois gestantes connaissaient parfaitement l'APD au moyen de l'Internet. Les deux autres femmes pensaient qu'il s'agissait uniquement d'injections intramusculaire ou intraveineuse.

A la question de savoir si pour la grossesse en cours la gestante souhaitait accoucher sans frais supplémentaires sous APD, 253 parturientes soit 83,5% ont répondu favorablement. Les raisons ayant motivé cette acceptabilité sont représentées dans le tableau II. Le refus a été observé chez 43 femmes chrétiennes et les raisons étaient essentiellement d'ordre religieux : pour 31 parturientes chrétiennes les raisons bibliques étaient au premier plan (« tu enfanteras dans la douleur ») alors que pour les six femmes musulmanes ayant refusé l'APD, la crainte d'effets secondaires liés à la technique sur l'enfant était le principal motif. Pour deux de ces dernières, toutes d'ethnie Djerma, la douleur serait le meilleur moyen d'expression de leur féminité. Une parturiente primipare ne savait pas s'il fallait ou non choisir l'APD. Seulement 212 gestantes souhaitaient bénéficier de l'APD au cas où celle-ci était payante. Le taux d'acceptabilité est donc passé de 83,5% à 70%.

DISCUSSION

Il ressort de l'entretien prénatal que l'analgésie péridurale est pratiquement méconnue de l'ensemble des gestantes. Plusieurs explications sont possibles :

- la pénurie de personnel qualifié (médecin anesthésiste en particulier) (4), l'absence d'éducation des futurs médecins sur la prise en charge de la douleur de l'accouchement ;
- un plateau technique inadéquat en rapport avec la non disponibilité de matériel sur le marché africain et son coût ;
- le niveau de vie socio économique bas de la population.

L'information sur cette technique s'est soldée par une majorité d'opinions favorables. Les motivations d'ordre socioculturel identiques à celles observées au Gabon sont entre autre le meilleur accueil du nouveau-né par une mère accouchant confortablement (5). Le taux d'acceptabilité dans notre série de 83,5% est nettement supérieur à celui observé au Nigeria (57%) bien que dans ce pays, 90% des parturientes ont des connaissances sur les techniques d'analgésie obstétricale (6). Ce taux d'acceptabilité varie d'un pays à un autre : 41,7% en Israël, (7), 19% à Karachi (8), 17,3% en Malaisie (9). Il est de 72 à 79% dans certaines maternités

françaises (10). L'accessibilité à l'APD atteint même 94 % dans certaines maternités de niveau 1 (11). Ces taux de demande et d'accessibilité sont influencés par le niveau d'éducation des parturientes, l'intensité de la douleur, l'évaluation préanesthésique et le niveau de la maternité (10).

Seules trois gestantes (1 %) avaient des connaissances parfaites de l'analgésie obstétricale au moyen de l'Internet, contre 10 % au Nigeria (6) où l'information leur avait été donnée par leurs obstétriciens. Le fait que la plupart des consultations prénatales soient faites par les sages-femmes qui ont une faible connaissance de la technique d'analgésie péridurale, influence beaucoup le niveau de connaissance des parturientes.

Le refus de l'analgésie obstétricale est dû au fait que pour certaines parturientes, la douleur de l'accouchement serait un phénomène naturel (6). Aussi, la crainte d'effets secondaires sur le nouveau-né influençait négativement l'acceptabilité des gestantes. Enfin, les raisons socio-économiques augmenteraient le taux de refus. Les caractéristiques générales de notre population montrent de façon globale le profil des gestantes consultant dans les hôpitaux publics au Togo. En effet, seuls les patients ayant des revenus modestes avec un niveau d'éducation ne dépassant pas le secondaire se font soigner dans les institutions publiques. Le patient devant assurer à lui seul le coût total des soins ne serait pas en mesure de prendre en charge des frais qu'engendreraient les soins dans les hôpitaux privés où l'APD est pratiquée de façon sporadique. Le refus a été observé par 2 femmes d'une ethnie expatriée du Niger au nord du Togo (ethnie Djerma). Pour cette communauté culturelle, il est recommandé que la femme accouche sans cri ni hurlement. Ce qui témoignerait de sa vraie féminité.

Le dogme selon lequel les africains seraient moins sensibles que les autres à la douleur doit être battu en brèche puisque tout comme les femmes jordaniennes (12), la plupart des multipares de notre série ont estimé la douleur au cours des accouchements antérieurs comme sévère.

De la même façon, 68 % des femmes Yoruba du Nigeria, réputées pour leur accouchement sans signe douloureux manifeste, évaluaient la douleur obstétricale comme sévère. 86 % de ces femmes souhaitaient une analgésie obstétricale. Pour certains auteurs, les barrières culturelles interviennent donc très peu dans l'acceptabilité de l'APD (13). Ces considérations ethniques et raciales observées dans certains pays du Nord seraient basées plus sur une discrimination des personnels soignants vis-à-vis des parturientes dans certains hôpitaux de Norvège (14) que sur des bases scientifiques. Néanmoins pour Green *et Coll*, la consommation de morphine en post-opératoire serait moindre chez les noirs américains (15).

En raison de la pénurie de praticiens d'anesthésie propre aux pays en développement, il serait difficile de généraliser la pratique de l'analgésie péridurale. En effet, il existe actuellement au CHU de Lomé Tokoin 3 médecins anesthésistes dont un seul est affecté au service de maternité. Néanmoins, cette technique d'analgésie obstétricale peut être introduite de façon progressive en se limitant pour l'instant aux indications médicales c'est-à-dire les cas de parturientes

dont l'indication de césarienne n'est pas formelle mais potentielle comme par exemple : grossesses gémellaires, utérus cicatriciel, parturientes drépanocytaires ou primipares âgées. Dans nos milieux, où la surveillance des parturientes n'est pas continue en raison de la pénurie de personnels qualifiés et de moyens de monitoring, les césariennes sont faites parfois dans des situations d'extrême urgence contre-indiquant la rachi-anesthésie. Aussi, il n'existe pas au sein du service du matériel anesthésique de prise en charge rapide des parturientes en cas de césarienne. La parturiente devant honorer l'ordonnance avant toute prise en charge, il existe toujours une perte de temps entre l'indication de césarienne et la prise en charge chirurgicale. Ainsi, dans les cas d'indication médicale d'APD, lorsqu'il y a nécessité de faire une césarienne, l'extension de cette péridurale analgésique par injection titrée de bolus de xylocaïne 2 % permettra d'accroître le taux d'anesthésie locorégionale (limitée actuellement à la rachi-anesthésie) et de diminuer ainsi la morbidité materno-infantile par un gain de temps dans la prise en charge médico-chirurgicale des parturientes. Dans un travail réalisé dans le même service, étudiant l'implication anesthésique dans les causes de mortalité maternelle (16), sur 12 cas de décès enregistrés durant la période d'étude, l'inhalation du contenu gastrique survenue à l'induction (3 cas), l'hypoxie post-opératoire (1 cas), l'intubation œsophagienne méconnue (1 cas), constituaient les causes de décès totalement liés à l'anesthésie. L'hypoxie post-opératoire était survenue au réveil lors du transport en unité de soins intensifs chez une patiente dont les critères de réveil n'étaient pas complets. La survenue de ces causes de décès serait moindre en cas d'anesthésie locorégionale et l'extension de l'APD pourrait réduire ainsi les taux de décès en rapport avec l'anesthésie en augmentant les taux de pratique de l'anesthésie locorégionale.

La pénurie de médecins anesthésistes et le coût du matériel peuvent constituer un frein à la réalisation de l'APD. La douleur obstétricale est sévère et doit être prise en charge au même titre que la douleur chirurgicale. Sa prise en charge par l'APD n'est donc pas de ce fait un luxe mais une nécessité surtout dans les indications médicales. Avec un seul médecin anesthésiste, l'APD d'indication médicale est possible mais la généralisation de cette technique nécessite la formation des techniciens supérieurs d'anesthésie réanimation : TSAR (équivalent aux IARDE infirmiers anesthésistes réanimateurs diplômés d'état) aux bonnes pratiques de cette technique. Le ratio médecin anesthésiste / malade dans nos milieux ne pourra certainement être similaire à celui des pays du Nord que dans un avenir très lointain et à condition que les politiques locales et internationales s'y intéressent en mettant les moyens dans la formation des praticiens et en favorisant leur insertion et leur épanouissement professionnels. La pénurie de personnel qualifié est l'un des facteurs importants du niveau de soins actuellement administrés à la mère et à l'enfant et des taux de morbidité et de mortalité qui en découlent (17). Le facteur humain joue un rôle important d'autant plus que ce sont les hommes qui mettent en place les moyens dont ils ont besoin et dont ils pourront assurer la pérennité. La formation à moyen terme des techniciens supérieurs d'anesthésie réanimation aux bonnes pratiques de

l'APD constitue une alternative intéressante dans notre environnement où l'anesthésie est pratiquement une profession paramédicale (18).

CONCLUSION

Il est important et même salvateur que les femmes puissent accoucher sans douleur dans nos services si elles le souhaitent. Pour ce faire, il serait indispensable d'éduquer les futures parturientes au cours des consultations prénatales, de sensibiliser et former le personnel soignant afin qu'il mette en place avec l'aide des institutions publiques un plateau technique adéquat. En limitant, au début de son initiation au Togo, l'APD aux seules indications médicales, cette technique ne serait plus un luxe mais une nécessité pour la sécurité de nos parturientes. Sa généralisation aux indications de « confort », nécessite l'accroissement de la démographie des médecins anesthésistes mais la formation à moyens termes des TSAR aux bonnes pratiques de cette technique semble être une alternative intéressante.

RÉFÉRENCES

- 1 - GAREL M, CROST M - L'analgésie péridurale. Le point de vue des parturientes. *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 1982 ; **11** : 523-33.
- 2 - COUSIN MT, MANEGLIA R, BAHNO M, BELGHITI E - La péridurale pour l'analgésie obstétricale. Enquête sur les opinions et les motivations des femmes enceintes et leur évaluation après l'accouchement. *Ann Fr Anesth Réanim* 1989 ; **8** : R61.
- 3 - MALASSINE P, SAFA-TISSERONT V, CORNET A, HENRY M - L'analgésie péridurale a-t-elle une influence sur le travail obstétrical et l'accouchement ? *Le praticien en anesthésie réanimation* 2000 ; **4** : 86-7.
- 4 - CHOBLI M, OURO B, BROUH Y *et Coll* - Formation du personnel d'anesthésie en Afrique francophone au sud du Sahara : aspects actuels et perspectives d'avenir. *Ann Fr Anesth Réanim* 2002 ; **21** : R443: 423s. (Abstract).
- 5 - SIMA ZUE A, BENAMAR B, MEYE JF *et Coll* - La péridurale obstétricale en Afrique : réflexion à propos d'une expérience gabonaise. *Cah Anesthesiol* 1999 ; **47** : 145-7.
- 6 - OLAYEMI O, AIMAKHU CO, UDOH ES. Attitudes of patients to obstetric analgesia at the University College Hospital, Ibadan, Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 2003 ; **23** : 38-40.
- 7 - SHEINER E, SHEINER EK, SHOHAM-VARDI I *et Coll* - Predictors of recommendation and acceptance of intrapartum epidural analgesia. *Anesth Analg* 2000 ; **90** : 109-13.
- 8 - MINHAS MR, KAMAL R, AFSHAN G, RAHEEL H - Knowledge, attitude and practice of parturients regarding epidural analgesia for labour in a university hospital in Karachi. *J Pak Med Assoc* 2005 ; **55** : 63-6.
- 9 - SHARMA S, MOHAMAD NA, MONGA D, ACHANA S - Acceptability of epidural analgesia for pain relief during labour among Kelantanese women. *Med J Malaysia* 1996 ; **51** : 453-6
- 10 - PALOT M, LEYMARIE F, JOLLY DH *et Coll* - Request of epidural analgesia by women and obstetrical teams in four French areas. Part I : Request for analgesia. *Ann Fr Anesth Réanim* 2006 ; **25** : 559-68.
- 11 - SANDEFO I, LEBRUN T, POLIN B *et Coll* - Labour epidural analgesia in Martinique: evaluation of quality and accessibility to epidural analgesia by the patients in level one obstetric clinic. *Ann Fr Anesth Réanim* 2004 ; **23** : 26-30.
- 12 - ABUSHAIKHA L, OWEIS A - Labour pain experience and intensity: a Jordanian perspective. *Int J Nurs Pract* 2005 ; **11** : 33-8.
- 13 - KUTI O, FAPONLE AF - Perception of labour pain among the Yoruba ethnic group in Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 2006 ; **26** : 332-4
- 14 - VANGEN S, STOLTENBERG C, SCHEI B - Ethnicity and use of obstetrical analgesia: do Pakistani women receive inadequate pain relief in labour? *Ethn Health* 1996 ; **1** : 161-7.
- 15 - GREEN CR, ANDERSON KO, BAKER TA *et Coll* - The unequal burden of pain: confronting racial and ethnic disparities in Pain. *Pain Med* 2003 ; **4** : 277-94.
- 16 - TOMTA K, MAMAN OURO-BANG'NA F, AGBETRA N *et Coll* - Mortalité maternelle : implication anesthésique au CHU de Lomé (Togo). *Sante* 2003 ; **13** : 77-80.
- 17 - ZUPAN J - Perinatal mortality and morbidity in developing countries. A global view. *Med Trop* 2003 ; **63** : 366-8.
- 18 - ADNET P, DIALLO A, SANOU J, CHOBLI M - Pratique de l'anesthésie par les infirmiers en Afrique francophone au sud du Sahara. *Ann Fr Anesth Réanim* 1999 ; **18** : 636-41.