



HAL
open science

Analgésie péridurale obstétricale : l'information des parturientes est-elle suffisante et adaptée pour un consentement libre et éclairé ?

Marion Veyrac

► To cite this version:

Marion Veyrac. Analgésie péridurale obstétricale : l'information des parturientes est-elle suffisante et adaptée pour un consentement libre et éclairé?. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00618077

HAL Id: dumas-00618077

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00618077v1>

Submitted on 31 Aug 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE

ANALGESIE PERIDURALE OBSTETRICALE:

**L'information des parturientes est –elle suffisante et adaptée
pour un consentement libre et éclairé ?**

Mémoire soutenu le 17 mai 2011

Par VEYRAC Marion

Née le 28 avril 1987

En vue de l'obtention du diplôme de sage-femme 2011

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE

ANALGESIE PERIDURALE OBSTETRICALE:

**L'information des parturientes est –elle suffisante et adaptée
pour un consentement libre et éclairé ?**

Mémoire soutenu le 17 mai 2011

Par VEYRAC Marion

Née le 28 avril 1987

En vue de l'obtention du diplôme de sage-femme 2011

Je remercie les membres du jury :

Mme le Dr Pascale HOFFMANN, MCU-PH en Gynécologie-Obstétrique au CHU de Grenoble, Président du Jury ;

Mr le Dr Marc SCHNEIDER, Docteur en Gynécologie-Obstétrique à la clinique Belledonne de Saint Martin-D'Hères ;

Mme Chantal SEGUIN, Directrice de l'Ecole des Sages-Femmes de Grenoble ;

Mme Nadine VASSORT , Sage-Femme Enseignante à l'Ecole de Sages-Femmes de Grenoble ;

Mme Maud LIMOUSIN, Sage-Femme au CHU de Grenoble.

Je remercie plus particulièrement,

Mme le Dr Christine CHIROSSEL, praticien hospitalier en anesthésie-réanimation dans le service de gynécologie obstétrique au CHU de Grenoble, directeur de ce mémoire,

Pour son soutien, sa disponibilité et ses conseils lors de l'élaboration de ce mémoire....je remercie également sa participation active dans la distribution du questionnaire ;

Mme Nadine VASSORT, Sage-Femme Enseignante à l'Ecole des Sages-Femmes de Grenoble,

Pour son soutien, son aide et sa patience tout au long de ce mémoire....pour ses encouragements et son écoute dans les moments difficiles ;

Mme Mariane JEANNIN, Sage-Femme Cadre au CHU de Grenoble,

Pour la diffusion de l'information à toutes les sages-femmes ;

Toutes les sages-femmes de l'HCE et les étudiants M2 ayant contribué activement à la distribution du questionnaire ;

Je remercie également :

Ma famille,

Pour leurs encouragements et leur soutien pendant ces 5 années ;

Mes ami(e)s,

pour leur bonne humeur....et leur soutien sans faille !

*Un remerciement tout particulier à cette promotion 2007-2011 pour laquelle
entraide, cohésion et bons moments auront primé tout au long de ces 4 années
passées ensemble !*

TABLES DES MATIERES

PREAMBULE	2
I. INTRODUCTION	3
II. MATERIELS ET METHODES	7
II-1.. CRITERES D'INCLUSION	8
II-2.. CRITERES D'EXCLUSION.....	8
II-3.. CRITERES DE JUGEMENT	8
III. RESULTATS	10
III-1.. POPULATION DE L'ETUDE	10
III-2.. CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION	10
III-3.. CONSCIENCE DES BENEFICES, EFFETS SECONDAIRES ET COMPLICATIONS POTENTIELLES	11
III-4.. APTITUDE AU CONSENTEMENT.....	12
III-5.. INFORMATIONS REÇUES PENDANT LA GROSSESSE	13
<i>Par qui est donnée l'information ?</i>	<i>13</i>
<i>L'information écrite</i>	<i>15</i>
<i>Type et qualité des informations reçues.....</i>	<i>15</i>
IV.. DISCUSSION.....	18
IV.1.. LES LIMITES.....	18
<i>IV-1-1.. La population.....</i>	<i>18</i>
<i>IV-1-2.. Les biais.....</i>	<i>19</i>
IV-2.. DISCUSSION DES RESULTATS	19
<i>IV-2-1.. Organisation et modalités d'information.....</i>	<i>19</i>
<i>IV-2-2.. Conscience des bénéfiques, des effets secondaires et potentielles complications.....</i>	<i>23</i>
<i>IV-2-3.. Un consentement libre et éclairé ?</i>	<i>25</i>
V.. CONCLUSION.....	27
VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	28

ABREVIATIONS

CSP : Code de le Santé publique

HCE : Hôpital Couple Enfant de La Tronche

APD : ANALGESIE Péridurale

SFAR : Société Française d'Anesthésie et Réanimation

SAUGO : Service d'Accueil des Urgences Gynécologique et Obstétrique

GHR : Grossesses à Haut Risque

SA : Salle d'Accouchements

CSP : Catégories Socioprofessionnelles

✓ Ouv/art/agric : ouvriers, artisans, agricoles

✓ Emp/Prof inter : employés, professions intermédiaires

PPN : Préparation à la parentalité et la naissance

SDC : Suites de couches

PREAMBULE

« La douleur de l'accouchement est indiscutablement l'une des douleurs les plus sévères qu'une femme supportera dans sa vie. Le soulagement de la douleur de l'accouchement a toujours été controversé. Les fausses interprétations des écritures bibliques « dans la douleur tu enfanteras » ont donné lieu à des siècles de refus de soulagement de la douleur, avec la croyance populaire que la souffrance pendant l'accouchement correspondait à une volonté divine. » (W. Camann)

« La gestion de la douleur de l'accouchement varie selon la vision que la société a de la femme. Elle évolue donc constamment. Sujet passionnel par excellence, il est riche d'enseignement sur la société étudiée, son analyse apportant un éclairage subtil sur l'image de la femme, le rapport entre les sexes et même la relation au corps. En cela, il est un terrain d'analyse exemplaire pour le champ des sciences humaines. »

Mai Le Dû, sage femme

I. INTRODUCTION

L'introduction des anesthésiques pendant l'accouchement débuta dans les années 1850. Apparurent ensuite les techniques d'analgésie péridurale au début du XXe siècle. Dès lors, l'analgésie péridurale (APD) suscita un grand intérêt dans le soulagement des douleurs de l'accouchement. [1]

Ces dernières décennies, l'APD a connu en France un développement important. En effet, l'usage de l'APD est en évolution croissante, en 3 ans (1995 à 1998), les parturientes ayant bénéficié d'une APD sont passées de 48,6% à 58%. Selon l'enquête périnatale de 2003, 62,6% des femmes ayant accouché en métropole ont bénéficié d'une péridurale, soit près de 3 femmes sur 4, alors qu'elles étaient moins de 1 sur 2 en 1995 [11]. Ainsi, la France se classe au premier rang des accouchements sous APD en Europe.

Selon la SFAR, l'APD est définie comme «un technique d'anesthésie locorégionale réalisée par un médecin anesthésiste réanimateur et destinée à supprimer ou atténuer les douleurs de l'accouchement et/ou si besoin en faciliter le déroulement. Il s'agit à ce jour de la méthode la plus efficace assurant une bonne stabilité des fonctions vitales maternelles et fœtales. Son principe est de bloquer les transmissions des sensations douloureuses, au niveau des nerfs provenant de l'utérus, en injectant à proximité de la moelle dans l'espace péridural, un produit anesthésique local.»

Pour certaines femmes, il s'agit d'une victoire des femmes accédant à un droit fondamental d'accoucher sans douleur, d'autres considèrent qu'elle renforce l'emprise croissante des techniques et des médecins sur le corps des femmes. Ainsi, toutes s'accordent sur l'idée que la décision ne devrait pas être entre les mains des médecins mais qu'un choix devrait leur être proposé. Ainsi, cette possibilité de choisir place la femme dans une position d'acteur autonome et rationnel. Mais, pour optimiser sa capacité de consentir ou non, il convient de lui délivrer une **information loyale, claire et appropriée**.

Cela nous conduit au **principe de transparence** recouvrant l'obligation faite au médecin de devoir informer et de s'assurer de la compréhension du patient ; corollaire du droit du patient à un **consentement libre et éclairé** [2].

La loi du 4 mars 2002 [2], relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins, fixe et modifie certains articles de la législation hospitalière notamment du CSP à ce sujet. Elle indique alors que l'information doit être réalisée a priori en vue du recueil du consentement [...] et doit porter sur les investigations nécessaires [...], sur les risques fréquents ou graves normalement prévisibles [...] (art L.1111-2 CSP). Cette information fait face à une dualité d'objectifs: éclairer sans inquiéter (détailler les risques et les complications potentielles pourraient augmenter l'angoisse naturelle de tout patient). Dès lors, l'information ne se doit pas d'être exhaustive, mais l'appréciation du devoir d'information est fondée au regard du potentiel risque (sa fréquence) et/ou de sa gravité.

De plus, cette même loi codifie pour la première fois le droit au consentement dans l'article L. 1111-4 du CSP définissant le consentement comme suit: «aucun acte médical ou aucun traitement ne peut-être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne». Il doit être compris comme une habileté à comprendre des informations pertinentes concernant un traitement proposé, et à évaluer raisonnablement les conséquences prévisibles de son acceptation ou de son refus.

En résumé :

1. L'information doit être :

→ **Loyale** : le médecin ne doit pas délivrer une information volontairement orientée dont la finalité est d'obtenir le consentement. Aucun fait susceptible de conduire la patiente à ne pas consentir ne doit lui être caché (Cass.civ.1959)

→ **Clair** : cette clarté implique la recherche d'une simplification des termes

→ **Appropriée** : cette notion conduit le médecin à déterminer les facultés de compréhension de son interlocuteur.

La finalité de l'information est de permettre au patient de « **comparer les avantages et les risques encourus** » et de lui permettre de délivrer un consentement ou un refus éclairé.

2. Le consentement doit être :

- ✓ *libre*, aucune pression ne peut-être exercée et aucun tiers ne peut imposer à une femme avertie de donner son consentement,
- ✓ *éclairé*, il ne peut être donné sans information médicale préalable.

En analgésie obstétricale, l'information de la patiente « concerne les modalités et les effets de l'analgésie péridurale obstétricale ou d'autres modes d'analgésie qui pourraient être proposés. Elle devrait être effectuée à distance de la réalisation de l'acte, dans le cadre de réunions d'information collective et/ou d'une consultation pré- anesthésique». [3]

De nos jours, les sources d'information recensées et accessibles aux parturientes sont multiples :

- ✓ la consultation d'anesthésie obligatoire au 8^{ème} mois de grossesse
- ✓ un papier bleu d'information médicale sur l'APD édité par la SFAR (Annexe II)
- ✓ des réunions d'information collectives, avec la projection d'un film, animées par une sage-femme et un anesthésiste et ouvertes à toutes patientes sans caractère obligatoire
- ✓ les séances de préparation à la naissance
- ✓ internet, le bouche à oreille ou médias audio-visuels

Des études dans la littérature internationale portent sur la connaissance des parturientes sur l'APD [6], sur l'aptitude à consentir des femmes en travail [4], sur la place d'une information écrite [8]. Des recommandations officielles de la SFAR [10] et la législation française [2] statuent sur l'importance d'une information loyale, claire et adaptée et d'un consentement libre et éclairé des patients pour tout acte médical comportant des risques. Mais peu d'études dans la littérature portent sur la qualité de cette information et sur son adéquation avec le recueil nécessaire d'un consentement libre et éclairé des parturientes avant le travail.

Ainsi, la question se pose : L'information médicale délivrée à la femme enceinte au cours de sa grossesse permet-elle l'obtention de son consentement libre et éclairé ?

Le but principal de cette étude est donc de déterminer si les parturientes, suivies à l'HCE, bénéficient d'une information sur l'APD suffisante et en adéquation avec le recueil de leur consentement libre et éclairé.

Les objectifs secondaires seront d'apprécier quelle source est privilégiée par les parturientes pour ainsi mieux organiser les modalités d'information par les professionnels de l'HCE.

II. MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude prospective transversale descriptive menée en mono-centrique sur l'hôpital couple enfant de La Tronche en Isère (maternité de niveau 3 du CHU de Grenoble). Cette étude a été conduite sur la période du 01 septembre 2010 au 21 décembre 2010. Les données à l'inclusion ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme standardisé distribué à toutes patientes répondant aux critères d'inclusion (cités ci-dessous) et se présentant :

- ✓ au SAUGO
- ✓ au service de GHR

Nous avons délibérément choisi de ne pas distribuer les questionnaires pendant la consultation de pré-anesthésie. En effet, les patientes n'auraient alors encore pas eu l'occasion de bénéficier de tous les moyens d'information. Cela aurait constitué un biais de sélection. De même, interroger les femmes en suites de couches aurait introduit un biais dans la réponse des patientes qui aurait alors été influencée par le vécu de leur APD.

Ce questionnaire comportait 18 questions dont 3 questions ouvertes. Tous les questionnaires présentant plusieurs données manquantes (sauf aux 3 questions ouvertes) ou un mauvais remplissage (écriture illisible) ont été exclus de l'étude. Les questionnaires ont été distribués par les étudiants sage-femme en master 2, les sages-femmes du service ainsi que par le Dr CHIROSSEL (directrice de ce mémoire). 150 questionnaires ont été imprimés et mis à disposition dans une optique de recueil d'au moins 100 questionnaires exploitables.

Concernant l'analyse statistique des données :

- Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel STATVIEW.
- Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne.
- Les valeurs qualitatives ont été décrites par la proportion et la fréquence.
- Le seuil de signification retenu était de 0,05.

II-1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion pour cette étude étaient :

- les patientes devaient être majeures au moment de l'étude,
- être à un terme de 37 SA non révolues ou plus, en travail ou non
- toute parité confondue

Nous avons retenu le terme de 37 SA comme seuil. En effet, à ce terme, les patientes auront pu bénéficier de toutes les sources d'informations envisagées.

II-2 Critères d'exclusion

Trois critères d'exclusion étaient à retenir dans le recrutement de la population pour cette étude :

- toutes patientes ne comprenant pas le français écrit ou oral,
- toutes patientes refusant de participer à cette étude
- toutes patientes présentant une pathologie médicale (cardiopathie obstructive, épilepsie sévère..) ou obstétricale (césarienne programmée..) imposant le recours à l'APD.

II-3 Critères de jugement

Pour répondre à l'objectif principal, le **critère de jugement principal** retenu était un critère de jugement composite basé sur la conscience des modalités, bénéfiques et potentiels effets secondaires ou complications à plus ou moins long terme de l'analgésie péridurale.

Selon les recommandations officielles de la SFAR :

- ✓ Le bénéfice retenu pour l'analgésie péridurale était l'atténuation ou la suppression de la douleur de l'accouchement sans altérer la conscience de la mère.

- ✓ Les effets secondaires retenus étaient les effets pouvant survenir en salle de naissance dans les suites à court terme de la péridurale :
 - nausées
 - sensation de jambes lourdes
 - prurit
 - dorsalgies niveau point de ponction transitoire
 - hypotension
 - diminution des sensations à l'expulsion
 - rétention urinaire transitoire

- ✓ Les complications potentielles concernent les effets pouvant survenir dans les suites de couches à plus ou moins long terme et qui revêtent un caractère exceptionnel :
 - convulsions
 - paralysie permanente ou perte de sensations
 - céphalées orthostatiques
 - arrêt cardiaque

Deux critères de jugement secondaires ont été également retenus, en lien avec les objectifs secondaires précédemment définis :

- ✓ les sources d'information
- ✓ leur niveau de satisfaction en terme de qualité de ces sources

III. RESULTATS

III-1 Diagramme d'inclusion

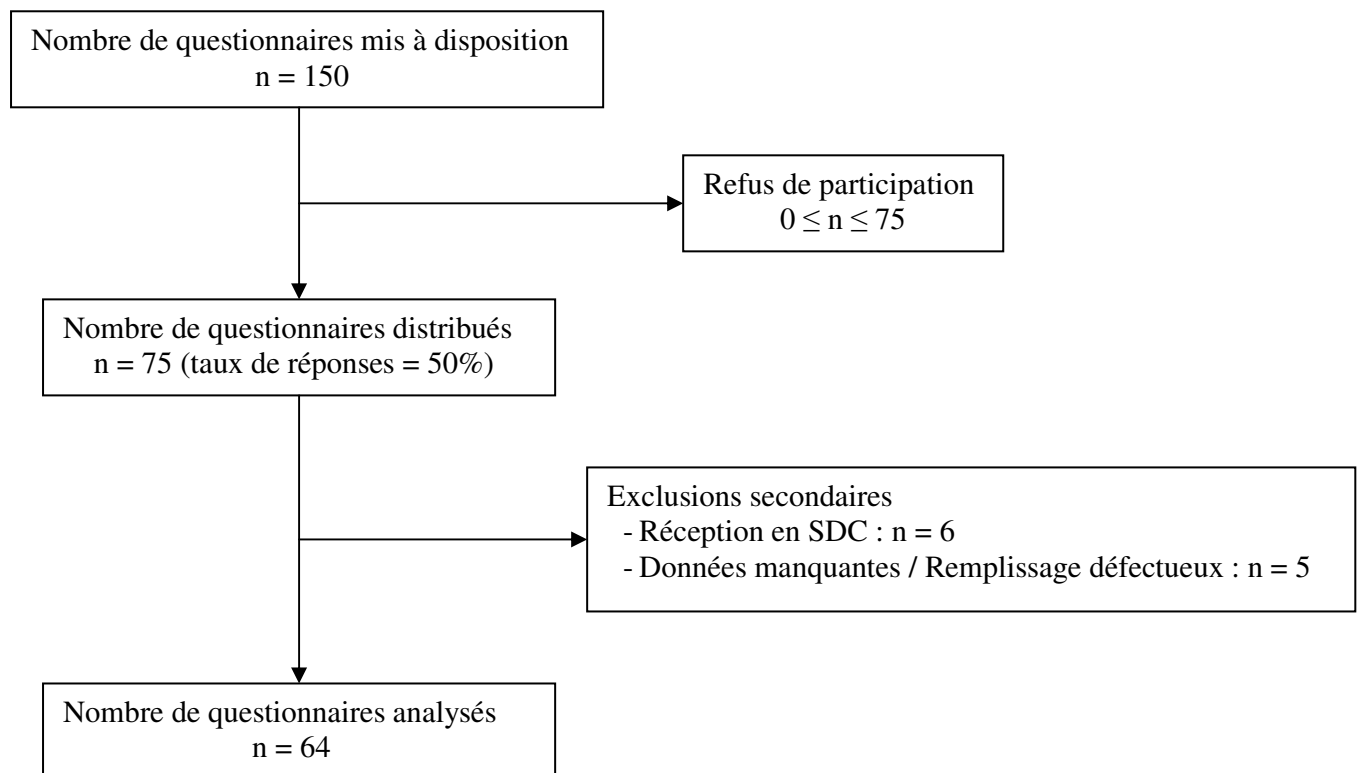


Figure 1 : Population d'analyse

III-2 Caractéristiques générales de la population

Les caractéristiques générales de la population sont décrites dans le Tableau 1.

	Population générale (n=64)
Age,m(e.t.)	29 (5)
CSP	
→ Sans profession, n(%)	18 (28)
→ Ouv/art/agric, n(%)	1
→ Emp/prof interm, n(%)	30 (47)
→ Cadres, n(%)	15 (23)
Gestité	
→ Primigeste,n(%)	32 (50)
Parité	
→ Primipare,n(%)	28 (44)
Lieu de suivi	
→ CHU Grenoble,n(%)	50 (78)
→ SFL, gynéco de ville,n(%)	14 (22)
Antécédents d'APD	
→ Oui,n(%)	31 (47)
Vécu APD antérieure	
→ Très bon,n(%)	12 (39)
→ Bon,n(%)	9 (29)
→ Assez bon,n(%)	6 (19)
→ Mauvais,n(%)	4 (13)

Tableau 1:Caractéristiques générales de la population

III-3 Conscience des bénéfiques, effets secondaires et complications potentielles

Parmi les 64 patientes de notre population, 59 patientes (soit 95%) répondent avoir conscience des bénéfiques et 56 (soit 90%) répondent avoir conscience des effets secondaires et potentielles complications (tableau 2).

Pour apprécier et préciser leur réponse, nous leur avons demandé ce qu'elles avaient retenu des informations reçues sur ces propos. Leurs réponses ont été analysées en comparaison aux éléments informatifs mentionnés par ordre de fréquence et de gravité sur le papier de la SFAR. Nous observons que 56 (soit 90%) patientes ont effectivement bien retenu les bénéfiques attendus mais que les effets secondaires et les potentielles complications sont peu intégrés voire méconnus. Relevons tout de même que 28 patientes (soit 44%) ont intégré l'éventualité d'une paralysie permanente secondaire. (Tableau 2)

	Population globale (n=64)
Conscience :	
Conscience des bénéfices,n(%)	59 (95)
Consciences des risques,n(%)	56 (90)
Réponses des patientes :	
<i>Bénéfices :</i>	
Suppression/atténuation de la douleur, n	56
Maintien stabilité fonctions vitales, n	7
<i>Effets secondaires :</i>	
Jambes lourdes/engourdissements, n	21
Diminution des sensations, n	7
Rétention urinaire transitoire, n	0
Hypotension, n	4
Nausées, n	10
Prurit, n	4
Echec/ latéralisation, n	4
<i>Potentielles complications</i>	
Céphalées orthostatiques, n	26
Convulsions, n	2
Arrêt cardiaque, n	1
Paralysie permanente, n	28

Tableau 2:Conscience bénéfices, effets secondaires et potentielles complications

III.4 Aptitude au consentement

Nous observons que 55 patientes (soit 86%) jugent l'information sur les effets secondaires et les potentielles complications importante, mais que pour 7 d'entre elles cette information va orienter leur décision. Nous constatons tout de même que, parmi les 62 patientes répondant à la question, 59 (soit 95%) se disent suffisamment informées pour consentir à l'APD. (Tableau 3)

	Réponses de la Population (n=64)	
Importance de l'information		
« Information importante sans pour autant changer ma position initiale », n(%)	48 (75)	
« Information importante pour orienter leur décision finale », n(%)	7 (11)	
« Information non nécessaire », n(%)	3 (5)	
« je ne sais pas », n(%)	6 (9)	
Aptitude à consentir *		
« je suis apte à consentir, les informations reçues sont suffisantes pour guider notre choix », n(%)	59 (95)	
« je ne me sens pas apte à consentir, je ne me sens pas suffisamment informées », n	2	
« je ne sais pas »	1	
Position	Avant informations	Après informations *
« je veux la péridurale », n(%)	35 (55)	46 (74)
« je ne veux absolument pas de péridurale », n(%)	5 (8)	0
« j'attends des informations », n(%)	15 (23)	/
« je verrai le moment venu », n(%)	0	16 (26)
« je ne sais pas », n(%)	9 (14)	0

Tableau 3: Informations et consentement

* Données manquantes : n=2

Parmi les 64 patientes, 55% souhaitaient déjà la péridurale avant d'être informées contre 74% après informations. Nous observons également qu'avant informations, 5 patientes répondaient de façon catégorique ne pas vouloir l'APD, alors qu'après informations plus aucune de ces patientes ne se positionnent ainsi. De même, après informations, 16 patientes restent dans l'expectative et verront le moment venu (Tableau 3). Enfin, nous observons avant informations que 9 patientes ne savaient pas comment se positionner quant à l'APD, mais que toutes ont pris position après informations.

III-5 Informations reçues pendant la grossesse

Par qui est donnée l'information ?

Les patientes disposent de plusieurs sources d'informations au cours de leur grossesse (Tableau 4). Rappelons que la consultation d'anesthésie est obligatoire pour toutes femmes enceintes.

L'information sur l'APD au cours de la consultation, de la séance PPO et de la réunion d'information collective est délivrée oralement par les professionnels.

	Préparation à la naissance suivie	Présence à réunion information collective	Recherche personnelle effectuée	Consultation d'anesthésie
Choix des sources, n(%)	45 (70)	9 (14)	27 (42)	64 (100)
Information sur APD reçue par cette source, n(%)	35/45	9/9	27/27	43/64
Age, m(e.t.)	30 (7)	30 (5)	28 (5)	29 (5)
CSP, n(%)				
→ Sans profession, n(%)	7 (16)	1	9 (33)	18 (28)
→ Ouv/art/agric, n(%)	1 (2)	0	1 (4)	1
→ Emp/prof interm, n(%)	22 (49)	5 (56)	11 (41)	30 (47)
→ Cadres, n(%)	15 (33)	3 (33)	6 (22)	15 (23)
Parité, n(%)				
→ Primipare, n(%)	29 (64)	8 (89)	20 (74)	28 (44)
→ Multipare, n(%)	16 (36)	1	7 (26)	32 (66)

Tableau 4: Sources d'information sur l'APD

Notons que parmi les 64 patientes, 43(soit 67%) ont reçu une information sur l'APD au cours de la consultation d'anesthésie. Sur les 45 patientes ayant bénéficié de PPO, 35 (soit 78%) ont reçu une information sur l'APD. Ces deux sources ressortent alors comme les principales (tableau 4).

Conformément à son objectif, toutes les patientes répondent avoir reçu une information suite à la réunion collective. Cependant, nous notons la faible participation des patientes à cette réunion (14%), avec un taux de participation majoritaire chez les primipares, de façon non significative ($p = 0,236$).

Nous remarquons également une prédominance des classes supérieures (emp/PI et cadres) dans nos effectifs, pour toutes les sources d'information, et de façon statistiquement significative ($p < 0,01$). Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la participation des patientes à la PPN ($p = 0,0557$) et dans la recherche personnelle d'information en fonction de leur parité ($p = 0,0514$) (Tableau 4).

L'information écrite

Le papier bleu (Annexe II), délivré systématiquement aux patientes par les anesthésistes pendant la consultation, constitue une information complémentaire obligatoire.

Mais, seulement 45 patientes sur les 64 se souviennent l'avoir reçu. Nous observons que la majorité d'entre elles (42) l'a lu, et 39 l'ont compris.

Il n'y a vraisemblablement pas de différence statistiquement significative dans la compréhension de cette information en fonction des CSP et de la parité. (p non calculé car certains effectifs attendus étaient < 5).

	Papier lu (n=42)	Papier compris (n=39)
CSP		
→ Sans profession, n	15	14
→ Ouv/art/agric, n	0	0
→ Emp/prof interm, n	18	16
→ Cadres, n	9	9
Parité		
→ Primipare, n	26	23
→ Multipare, n	16	16

Tableau 5: appréciation de l'information de la SFAR

Type et qualité des informations reçues

	Préparation à la naissance (n=35)	Réunion d'informati on collective (n=9)	Consultation d'anesthésie (n=43)	Papier bleu lu (n=42)	Recherche personnelle (n=27)
Type :					
→ Déroulement, n(%)	31 (86)	9	38 (88)	Tous les types d'informations sont mentionnés	Données non Évaluées*
→ Bénéfices, n(%)	28 (80)	9	28 (65)		
→ Complications, n(%)	2 (6)	9	0		
Qualité :					
→ Très suffisante, n(%)	7 (16)	4	7 (16)	38 le considèrent suffisant comme aide au consentement	23 considèrent leur recherche comme suffisante pour aider à leur consentement
→ Suffisante, n(%)	23 (66)	4	27 (63)		
→ Insuffisante, n(%)	3 (7)	1	3 (7)		
→ Ne sais pas, n(%)	2 (6)	0	6 (14)		

Tableau 6: Type et qualité des informations reçues

Nous observons que quasiment aucune information sur les effets secondaires et potentielles complications n'est donnée par les professionnels au cours de la consultation d'anesthésie et des séances de PPN ; contrairement aux bénéfiques et déroulement pour lesquels une information est transmise dans 65 à 88% des cas.

→ Sur 43 patientes ayant reçu une information sur l'APD lors de la consultation, aucune ne rapporte avoir bénéficié d'une information sur les effets secondaires et les potentielles complications.

→ Sur 35 patientes ayant reçu une information sur l'APD lors des séances de PPN, seulement 2 rapportent avoir bénéficié d'informations sur les effets secondaires et les potentielles complications.

Nous observons que la réunion d'information collective et le papier de la SFAR sont 2 sources délivrant tous types d'information.

	Aptitude à consentir*	
	Oui	Non
Information PPN (n=35)		
Très suffisante, n	9	0
Suffisante, n	23	0
Insuffisante, n	1	0
Ne sais pas, n	2	0
Information Cs (n=43)		
Très suffisante, n	7	0
Suffisante, n	25	0
Insuffisante, n	2	0
Ne sais pas, n	6	0
Information réunion collective (n=9)		
Très suffisante, n	4	0
Suffisante, n	4	0
Insuffisante, n	1	0
Ne sais pas, n	0	0
Information recherche personnelle (n=27)	26	1
Papier bleu lu mais :		
Non compris, n	1	0
Compris, n	37	0
Non certaine de l'avoir compris, n	2	0

Tableau 7: Information reçue et aptitude à consentir

Malgré le défaut d'information sur effets secondaires et potentielles complications, nous constatons que plus de 65% des patientes jugent l'information reçue suffisante à très suffisante (Tableau 6). Nous remarquons que quelque soit la source d'information, la qualité d'information, et le type d'information, la totalité des patientes ayant bénéficié de cette information sur l'APD se disent aptes à consentir. Cependant, ces résultats sont vraisemblablement non significatifs, la p-value ne pouvant être obtenue (Tableau 7).

IV. DISCUSSION

IV.1 Les limites

IV-1-1 La population

Nous notons, pour notre étude, un manque de puissance ne permettant pas des résultats statistiquement significatifs. Ce manque de puissance est a posteriori lié à :

→ une période de l'étude limitée : celle-ci a été limitée à trois mois pour des raisons organisationnelles, mais nous regrettons a posteriori de n'avoir pu la prolonger. En allongeant la durée de notre étude à six mois voire un an, nous aurions pu inclure un effectif plus important de patientes et ainsi constituer une population plus représentative.

→ Un défaut de recueil : 150 questionnaires ont été mis à disposition et seulement 50% ont été recueillis. Deux explications sont possibles :

- un manque de continuité dans la distribution des questionnaires et de disponibilité des personnes sollicitées, prise par leur travail du jour. Pour pallier à cela, notre présence au quotidien pour distribuer les questionnaires aurait été nécessaire mais non réalisable.
- la décision de distribuer ce questionnaire aux femmes pendant le travail pourrait ne pas être un choix pertinent, les patientes étant alors préoccupées par leur douleur. Cependant, l'étude canadienne avançait que la capacité de compréhension des femmes n'était influencée ni par la douleur ni par l'anxiété du travail [4]. Tout de même, elles sont probablement moins disposées à participer, ce qui introduit un biais de non-participation.

La population générale recueillie est assez hétérogène : hormis le milieu artisan/agricole (n=1) tous les milieux sociaux sont représentés, avec une prédominance du secteur employés/professions intermédiaires (47%). Ainsi, le fait d'avoir mené cette étude en mono centrique ne constitue pas un biais de sélection, toutes les couches sociétales étant représentées.

En revanche, nous constatons avec surprise que plus de 80% des patientes appartiennent à une population de classes supérieures (emp/prof interm et cadres). Ce fait ne peut s'expliquer par une inégalité dans l'accès à l'information, toutes les sources étant accessibles quelque soit la condition socio-économique.

IV-1-2 Les biais

Notre étude comporte un biais d'évaluation dans la mesure où aucun contrôle n'est effectué quant à la distribution des questionnaires. Dans ce sens, il se peut qu'il y ait un manque d'observance du protocole. Il y a également un biais de sélection, certaines patientes incluses ont répondu immédiatement après avoir été soulagées ; mais a posteriori cela ne semble pas avoir influencé leur réponse.

IV-2 Discussion des résultats

IV-2-1 Organisation et modalités d'information

- *L'information orale délivrée par les anesthésistes et la réunion collective*

Malgré les recommandations d'informations sur l'APD [5], seules 67% des femmes rapportent avoir reçu une information au cours de la consultation d'anesthésie. Dès lors, l'objectif d'information de la consultation d'anesthésie n'est pas dûment rempli par tous les anesthésistes. Cette absence d'informations sur l'APD par certains anesthésistes peut s'expliquer par : la courte durée d'une consultation d'anesthésie (15 min) ne laissant pas suffisamment de temps pour assurer examen médical et devoir d'information, ou encore par le fait que certains s'en déchargent délibérément estimant que la réunion d'information collective et l'information écrite sont établies pour transmettre l'information.

Lorsqu'une information est délivrée, elle concerne dans 60 à 80% des cas, le déroulement et les bénéfices ; les informations sur les effets secondaires et potentielles complications sont quasi inexistantes voire non communiquées à la patiente. Nous pouvons supposer une priorisation de l'information, hors « une information délibérément trop optimiste peut être considérée comme un manquement à l'obligation de délivrance d'une information loyale (CA Metz 1^{ère} ch 17/04/2003) » [2, 3]. Ainsi, sélectionner les informations, pour ne pas porter à la connaissance de la patiente les faits susceptibles de conduire la patiente à ne pas consentir, en controverse sa loyauté.

La réunion d'information collective a été instaurée à l'HCE depuis 2004, à l'initiative des anesthésistes. Un film, réalisé dans le cadre d'un mémoire de fin de DES d'anesthésie réanimation [9], y est projeté depuis 2005. Cette information dure 1h. De caractère informel, elle invite les patientes pour une information sur l'APD par un MAR du service, assisté d'une sage-femme.

Nous constatons que cette réunion est la seule source d'information pour laquelle toutes les patientes répondent avoir reçu des informations sur les effets secondaires et potentielles complications. Ainsi, cela laisse entrevoir l'hypothèse que la réunion d'information collective serait le lieu le plus propice à la transmission d'une information complète et permettrait peut-être de décharger la consultation d'anesthésie de son devoir d'information. Ceci est d'autant plus envisageable que dans ses clauses la SFAR énonce que « l'information peut être effectuée dans le cadre de réunions d'informations collectives et/ou de la consultation obligatoire. » [10]

Seulement, la faible participation des patientes nous pose problème. En effet, 40 patientes disent avoir été informées de l'existence de ces réunions et seulement neuf patientes s'y sont présentées et, nous constatons une présence d'en moyenne 13 femmes par séances ce qui est très peu en regard du nombre de consultations par mois. Cependant, il semblerait que ce nombre soit en augmentation depuis le début 2011.

Par conséquent, la promotion de la réunion d'information collective, comme l'occasion privilégiée d'échanges (d'interrogations et d'expériences) entre les participantes, devrait être envisagée de façon systématique lors de la consultation. Il serait pertinent

d'appuyer sur l'intérêt du caractère interactif dans la transmission d'informations. Les professionnels (principalement les anesthésistes), devrait valoriser ces réunions en les conseillant fortement sans pour autant leur donner un caractère obligatoire. Ainsi, elle permettrait de décharger la consultation de son devoir d'information, libre aux patientes ensuite d'y participer. Mais, le risque serait de créer une inégalité dans l'accès à l'information, il faudrait alors veiller à l'exhaustivité d'accès aux patientes.

Nous retiendrons cependant que malgré l'orientation de l'information sur les bénéfices et le déroulement, pendant la consultation, 27 patientes sur 43 (63%) la qualifient de suffisante et 16% de très suffisante. Concernant l'information lors de la réunion collective, 4 patientes sur 9 la qualifient de suffisante et 4 de très suffisante.

Ainsi, nous constatons que la majorité des patientes sont satisfaites de l'information ainsi reçue.

- *L'information orale par la préparation à la naissance*

Nous observons que dans 70% des cas, une information sur l'APD est délivrée aux patientes par la sage-femme animant le cours. Le type d'informations prédominant rapporté par les patientes concerne les bénéfices et modalités dans 80 à 89% des cas. Une fois de plus, les informations sur les complications sont quasi inexistantes (n=2).

Seulement, dans sa définition, « la préparation à la naissance à une fonction informative portant sur l'anatomie, la physiologie, les soins au bébé...Elle dédramatise l'accouchement en apprenant à maîtriser la douleur, à diminuer l'angoisse donc à réduire le stress à l'accouchement. »[7] Au décours de ces réunions, l'analgésie péridurale est alors présentée comme un moyen de soulager la douleur. Ces cours n'ont pas vocation à délivrer une information complète sur l'APD. Ceci explique alors l'absence d'information sur les complications dans le cadre de ces séances.

Cependant, nous retiendrons que 23 patientes sur 35 qualifient l'information suffisante et 7 des très suffisante. Ainsi, la majorité des femmes sont satisfaites de l'information ainsi reçue.

- *L'information par la recherche personnelle*

42% des patientes ont effectué une recherche personnelle d'informations via internet, les expériences des amies, les magazines ou autres revues portant sur la parentalité. Tous les types d'information circulent sur internet, nous n'avons pas jugé pertinent de s'intéresser au contenu des informations recherchées et obtenues par les patientes.

Deux études [6,8] avancent que les patientes utilisent de nombreuses sources d'information sur la douleur pendant le travail et les moyens d'y remédier, et que bon nombre de ces sources peuvent être peu fiables car non évaluées ou évaluables. Ainsi, elles avancent que la plupart des femmes obtiennent des informations par leurs expériences (cas des multipares), leurs amies ou encore via les médias (revues, internet). Par exemple, dans l'étude menée au Royaume-Uni [8], plus de 80% des patientes ont cité la famille, les amies et les revues comme sources d'informations.

Nous constatons dans notre étude que moins de la moitié des patientes ont eu recours aux médias ou autres sources non professionnelles, résultats alors discordants avec les études précitées. Du fait de notre manque de puissance, il se peut que cette donnée soit sous estimée. Mais, cela peut également laisser supposer que les patientes n'ont pas jugé utile le recours aux médias, les informations reçues leur suffisant.

Nous retiendrons que 23 patientes jugent l'information obtenue suffisante comme aide au consentement.

- *L'information écrite : le papier de la SFAR*

Nous avons observé que 45 des 64 patientes se sont souvenues avoir reçu ce papier expliquant modalités, bénéfices et potentiels effets secondaires et complications. Ce papier est lu par 42 des 64 patientes, compris par 39 d'entre elles et constitue une aide au consentement pour 85% de ces 39 patientes, sans distinction sociodémographiques ni obstétricales.

Une étude menée au Royaume-Uni avait pour objectif d'évaluer une brochure « soulagement de la douleur pendant le travail » dite notice OAA [8], éditée par l'association des anesthésistes et obstétriciens. Il en résultait alors que les femmes ayant reçu la notice étaient mieux informées que celles recevant une information standard.

D'une manière générale, l'information écrite facilitait la capacité de mémorisation mais ne devait en aucun cas se substituer à l'information orale.

On pourrait comparer cette notice au papier délivré par la SFAR. Il serait alors intéressant de l'évaluer, pour constituer une brochure explicative attractive et peut-être plus « ludique » à délivrer systématiquement aux patientes lors de la consultation d'anesthésie ou suite à la réunion d'information collective.

IV-2-2 Conscience des bénéfices, des effets secondaires et potentielles complications

Reprenons notre critère de jugement principal : la conscience des bénéfices, des modalités et des effets secondaires et potentielles complications.

- *Les bénéfices*

Une étude a été menée par le département de gynécologie-obstétrique de la « Liaquat University of medical and health sciences » (Pakistan) [6] dans le but d'évaluer les connaissances des femmes sur les moyens de soulager la douleur pendant le travail ainsi que d'évaluer leurs croyances et leurs préjugés. Les auteurs avaient montré que la majorité des patientes ont peu conscience des moyens de soulager la douleur ainsi que du rôle de la péridurale.

Dans notre étude, 59 (95%) répondent avoir conscience des bénéfices. Si nous analysons les réponses données, après information, à la question « Quels bénéfices avez-vous retenus ? », nous constatons effectivement que 56 (95%) d'entre elles ont bien compris l'intérêt de l'APD dans l'atténuation voire la suppression des douleurs de l'accouchement. Nous constatons alors que l'information sur les bénéfices est claire et appropriée, permettant ainsi aux patientes de bien comprendre et intégrer l'intérêt de l'acte médical proposé.

Ce constat répond aux recommandations de la SFAR et à la législation française qui insistent sur l'importance de l'information pour éviter tout malentendu et permettre ainsi à la patiente de comprendre la procédure proposée.

- *Les effets secondaires et potentielles complications*

Notre étude met en avant une incohérence dans les réponses des patientes : 56 (90%) répondent avoir conscience des potentiels effets secondaires et complications. Or, si nous analysons les réponses données, après information, à la question « Quels effets secondaires ou potentielles complications avez-vous retenus ? », nous constatons que celles-ci sont en réalité très vagues voire méconnues.

Les recommandations de la SFAR en analgésie obstétricale [10] : « l'information de la patiente concerne les modalités et les effets de l'analgésie péridurale obstétricale ou d'autres modes d'analgésie qui pourraient être proposés » sont assez évasives, le terme effet de l'analgésie péridurale n'étant pas clairement défini.

Mais, selon la loi [2], il était classiquement admis que, pour tout acte médical, l'information était limitée aux risques fréquents ou graves normalement prévisibles et qu'elle était adaptée à la nature de l'acte (Cass. civ. 1981). De plus, selon un arrêt récent de la Cour de Cassation, le médecin n'est pas dispensé de ses obligations d'information par le seul fait que ces risques revêtent un caractère exceptionnel (Cass. 1ère civ. 07 octobre 98). »

Or, notre étude montre que les patientes ont, en réalité, peu conscience des effets secondaires survenant le plus fréquemment et sans gravité : les céphalées (n=26/64) engourdissements des jambes (n=21/64), nausées(n=10/64), diminution des sensations (n=7/64), prurit (n=4/64), hypotension (n=4/64), rétention urinaire transitoire (n=0/64). Cette observation se justifie par la pauvreté des informations sur les effets secondaires et potentielles complications. La loyauté de l'information est alors controversée, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles n'étant pas amenés à la connaissance de la patiente. La finalité de l'information comme définie en introduction n'est alors pas atteinte, les patientes ne possédant pas les éléments suffisants leur permettant d'évaluer le bénéfice/risque de l'APD, ce qui dès lors pourrait compromettre leur aptitude à consentir de façon éclairée.

A l'inverse, la paralysie permanente des membres inférieurs est une complication citée par 50% des patientes, alors qu'elle demeure rarissime et n'a jamais été observée dans notre maternité. Ceci peut s'expliquer par les idées fausses véhiculées par les médias (internet principalement) et non contrecarrées par l'information d'un professionnel. Nous n'avons trouvé aucune étude portant sur la connaissance des femmes sur la colonne vertébrale et la

moelle épinière ou encore portant sur les préjugés et croyances de femmes sur l'APD. Cependant, en navigant sur les forums ou sur certains sites grand public, nous observons que l'inconscient collectif associe une ponction dans la colonne vertébrale avec une ponction dans le système nerveux permettant le fonctionnement des jambes et donc, il associe cette ponction à un risque paralysie permanente si le geste est mal effectué. Notons tout de même que cette complication est indiquée dans le papier bleu, précision faite de son incidence rarissime. Cela peut laisser supposer une mauvaise interprétation des patientes, qui ne retiennent alors que la gravité de la complication sans tenir compte de son incidence. En cela, nous pouvons rejoindre les termes de la loi de mars 2002 [2] indiquant que l'information ne se doit pas d'être exhaustive mais que l'appréciation du devoir est fondée au regard du potentiel risque (son incidence) et de sa gravité.

IV-2-3 Un consentement libre et éclairé ?

De façon globale, une information est délivrée aux patientes. Nous avons remarqué que celle-ci est le plus souvent orientée, portant dans 65 à 88% des cas sur le déroulement et les bénéfices. Nous avons constaté que les bénéfices étaient clairs et compris par les patientes. Cependant la loyauté de cette information est controversée par le défaut d'informations sur les effets secondaires et les potentielles complications.

Les auteurs canadiens rapportaient qu'une discussion sur les risques n'avait pas empêché leurs patientes d'accepter l'analgésie péridurale [5]. Malgré le défaut d'information sur les risques relevé, notre étude rejoint ce constat. En effet, nous constatons que pour 75% des patientes l'information des complications est importante sans pour autant changer leur position initiale et pour 5 % des patientes elle n'est pas importante. De plus, 95% des patientes se disent aptes à consentir, que les informations reçues sont suffisantes pour guider leur choix. Cela sous-entendrait alors que les patientes consentent à bénéficier des bénéfices de l'APD et ce, en occultant les possibles effets secondaires et complications.

Ce constat demeure surprenant et quelque peu incohérent, mettant en doute la nécessité d'une information systématique sur les risques si celle-ci n'oriente pas la patiente dans son choix. Certes, ces propos vont à l'encontre de la législation [2] et des recommandations de la SFAR [3,10]. Il pourrait-être pertinent que l'APD soit essentiellement présentée et expliquée

sous l'angle de ses modalités et bénéfiques. Ainsi, l'information serait claire, les bénéfices et modalités étant bien compris et retenus par les patientes (cf IV-2-2 les bénéfices). Pour autant, l'existence des risques d'effets secondaires et de complications, inhérents à tout acte médical, devra être portée à la connaissance de la patiente. Une ouverture vers d'éventuelles interrogations de la patiente en demande d'une information loyale pourrait être engagée. Dès lors, le professionnel serait dans une obligation de réponse appropriée et loyale à ces interrogations. La loyauté de l'information définie par la loi [2] ne serait ainsi pas associée à une exhaustivité systématique « des risques fréquents ou graves normalement prévisibles », mais à la simple évocation de leur existence sans les lister. Dès lors, la loyauté reposerait plus dans l'obligation de réponse aux questions des patientes.

Force est de constater que 55% des patientes souhaitent de manière catégorique l'APD avant information et que seulement 22% attendaient des informations pour se positionner.

Ainsi, nous sommes en mesure d'avancer que le consentement des patientes à l'APD est libre pour la majorité des femmes. Il ne devient éclairé que pour une minorité, le cinquième des patientes.....

L'objectif principal de notre étude n'est que partiellement atteint. La moitié des parturientes débute sa grossesse en sachant catégoriquement souhaiter la péridurale, amenant alors certaines limites à la loi : la loyauté de l'information et la notion de consentement éclairé. Face à la confiance des patientes envers le corps médical, mais surtout face à l'anxiété générée par la douleur du travail et de l'accouchement, est-il possible de répondre complètement au principe de transparence ?

V. CONCLUSION

Notre étude traitait de l'analgésie péridurale obstétricale : « information et consentement des parturientes ».

L'objectif principal de notre étude était de déterminer si les parturientes suivies à l'HCE bénéficient d'une information sur l'APD suffisante et adaptée à leur consentement libre et éclairé.

Nous avons ainsi montré que l'information sur les bénéfices et les modalités était claire pour la majorité des patientes, mais que l'information sur les risques demeurait inconstantes en fonction des professionnels. En effet, elles sont quasi inexistantes lors de la consultation d'anesthésie et de la préparation à la naissance, ressortant pourtant comme les 2 sources principales ; tandis que la réunion d'information collective et le papier de la SFAR transmettent une information complète. Pour pallier au défaut d'information, nous pensons que, de part son caractère interactif, la réunion d'information collective doit être valorisée auprès des patientes comme le moment le plus propice à une information claire, appropriée et loyale comme définie par les termes de la loi. De même, l'information écrite est présentée comme un moyen de diffusion favorisant la capacité de mémorisation des patientes. Ainsi, il serait intéressant de réaliser une enquête auprès des patientes, pour apprécier et évaluer ce papier bleu de la SFAR et en constituer une brochure plus attractive et peut-être plus ludique pouvant inciter les patientes à le lire.

Cependant, malgré cette absence de loyauté de l'information par certains professionnels, les femmes jugent l'information suffisante et se disent aptes à consentir. Plus de la moitié d'entre elles ont débuté leur grossesse en étant déterminées à prendre l'APD.

Ainsi, nous pouvons mettre en avant quelques limites à la loi, la possibilité d'accoucher sans douleur rassure les patientes qui dès lors veulent bénéficier des bénéfices quelque soit les risques pouvant être encourus. Les patientes consentent de façon libre, mais seul un cinquième donne un consentement éclairé.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR
Soulagement de la douleur de l'accouchement, notes sur l'éditorial de W.Camann
NEJM. 2005 Feb 17 ;352(7):718-20., rédigées par le Dr R.Carbajal.
Mis en ligne en février 2005
Disponible sur le site URL : <http://www.cnrdr.fr/Soulagement-de-la-douleur-de-l.html>
- [2] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
Disponible sur le site URL : [http:// www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
- [3] Lettre de la SFAR n°15,1996 et reprise dans les Référentiels en anesthésie-réanimation réunis par la SFAR, Elsevier éd, 1997:221-29.
- [4] *Kari G. Smedstad, W.Beilby*
Informed consent for epidural analgesia in labour
Editorial extrait du Canadian Journal of anaesthesia 2000, 47:11, p 1055-59
- [5] *A. Jackson, R. Henry, N.Avery, E. VanDerKerkhof, B. Milne*
Informed consent for labour epidurals: what labouring women want to know
Reports of investigation extrait du Canadian Journal of Anaesthesia 2000, 47:11, p 1068-73
- [6] *A. Barakzai, G.Haider, F.Yousuf, A.Haider, N.Muhammad (department of anaesthesia Liaquat University Hospital)*
Awareness of women regarding analgesia during labour
Journal of Ayub Medical College Abbottabad 2010; 22(1), p73-75
Disponible également sur le site URL: <http://www.ayubmed.edu.pk/JAMC/PAST/22-1/Barakzai.pdf>
- [7] Formation en ligne (suivi de grossesse) – DSIO
La préparation à la naissance
Disponible sur le site Url : http://www.consultations-prenatales.org/popup/preparation_naissance.asp

- [8] *A.Stewart, V.Sodhi, N.Harper, S.M. Yentis (Magill department of anaesthesia, Intensive Care and pain management, chelsea and West minster Hospital, London UK)*
Assessment of the effect upon maternal knowledge of an information leaflet about pain relief in labour
Anaesthesia 2003,58, p 1015-19
- [9] *B. Stéphane*
Information à l'analgésie péridurale obstétricale
Mémoire d'interne d'anesthésie réanimation de fin de DES, Avril 2005
- [10] *M.Palot, C.Conseiller, P.Daillant, Y.Delpont, D.Fillette*
Recommandations concernant la pratique de l'analgésie obstétricale
Société française d'anesthésie réanimation, septembre 2002
- [11] Rapport sous la coordination de la DREES
« Prévention de la douleur »
Etat de santé de la population en France- indicateurs associés à la relative à la politique de santé publique, rapports 2007, p 138-140
Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2007.html>

ANNEXES

ANNEXE I : Questionnaire distribué.....I

ANNEXE II : Papier bleu édité par la SFAR.....VII

ANNEXE I : QUESTIONNAIRE DISTIBUE

Bonjour,

Je m'appelle Marion VEYRAC, je suis actuellement étudiante sage femme en troisième année à l'école de Sages-femmes de Grenoble. Dans le cadre du diplôme d'état, je réalise un mémoire sur le thème : « L'analgésie péridurale, information et consentement de la femme enceinte au cours de la grossesse. » Ainsi, pour répondre à ce thème, je me permets de vous solliciter au travers du questionnaire suivant, si tant est que vous acceptez de participer à cette étude. Les données ainsi recueillies resteront anonymes et confidentielles, et ne seront pas utilisées à d'autres fins que ce mémoire.

Cela vous prendra 10 min pour répondre à toutes les questions, il y a 19 questions.

Merci

PARTIE A : PRESENTATIONS

Question 1 :

Acceptez-vous de participer à cette étude et ainsi de répondre au questionnaire suivant ?

- Oui
- Non

Question 2 :

Quel âge avez-vous ?

Question 3 :

Quelle est votre situation professionnelle ?

- Sans profession
- Ouvriers/ artisans /agriculteurs
- Employés/ professions intermédiaire
- Cadres

Question 4 :

S'agit-il de votre première grossesse ?

- Oui
- Non

Question 5 :

S'agit-il de votre premier accouchement ?

- Oui
- Non

Question 6 :

Avez-vous déjà bénéficié d'une analgésie péridurale ?

- Oui
- Non

Si oui, comment avez-vous vécu cette analgésie péridurale ?

- Très bien
- Bien
- Assez bien
- Mal
- Très mal

Question 7 :

Avant de recevoir toute information, quelle était votre position par rapport à la péridurale pour l'accouchement ?

- Je tiens absolument à bénéficier de la péridurale
- J'attends des informations pour me positionner
- Catégoriquement, je ne veux pas de péridurale
- Je ne sais pas
- Autres (précisez)

Si vous ne désirez pas la péridurale, quelles en sont vos raisons ?

- Peur de possibles complications
- Peur de l'aiguille, de l'acte en lui-même
- Volonté de vivre les douleurs de l'accouchement
- Je ne sais pas
- Autres (précisez) :

PARTIE B : VOTRE SUIVI

Question 8 :

Êtes-vous suivie à l'hôpital pour cette grossesse ?

- Oui
- Non

Si non, par quel professionnel êtes-vous suivie ?

- Sage-femme libérale
- Gynécologue de ville
- Sage-femme de protection maternelle et infantile
- Autre établissement de santé

Question 9 :

Avez-vous bénéficié de séances de préparation à la naissance au cours de votre suivi ?

- Oui
- Non

Si oui, avez-vous suivi ces séances à l'hôpital ou en cabinet libéral ?.....

Si oui, au décours de séances avez-vous bénéficié d'informations sur l'analgésie péridurale ?

- Oui
- Non

Si oui, quelles informations vous ont été délivrées ?

- Informations sur les bénéfices
- Informations sur le déroulement
- Informations sur les complications potentielles
- Autres (précisez) :

Qu'avez-vous pensé de la qualité de cette information ?

- Très suffisante
- Suffisante
- Je ne sais pas
- Insuffisante
- Très insuffisante

Question 10 :

Avez-vous déjà rencontré l'anesthésiste au cours de cette grossesse ?

- Oui
- Non

Si oui, quelles informations vous ont été délivrées ?

- Informations sur les bénéfices
- Informations sur le déroulement
- Informations sur les complications potentielles
- Aucune information reçue
- Autres (précisez)

Qu'avez-vous pensé de la qualité de cette information ?

- Très suffisante
- Suffisante
- Je ne sais pas
- Insuffisante
- Très insuffisante

L'anesthésiste vous a-t-il donné un papier bleu informatif à lire ?

- Oui
- Non

Si oui, l'avez-vous lu ?

- Oui
- Non

Si oui, l'avez-vous compris ?

- Oui
- Non
- Je ne suis pas certaine

Si oui ou si vous n'êtes pas certaine, la lecture de ces informations vous a-t-elle aidée à mieux comprendre la péridurale ?

- Oui
- Non

Question 11 :

L'anesthésiste vous a-t-il informé de l'existence d'une séance d'information collective ayant lieu dans les locaux, animée par une sage-femme et un anesthésiste du service, avec visionnage d'un film explicatif?

- Oui
- Non

Si oui, y avez-vous assisté ?

- Oui
- Non

Si oui, quelles informations vous ont été délivrées ?

- Informations sur les bénéfices
- Informations sur le déroulement
- Informations sur les complications potentielles
- Aucune information reçue
- Autres (précisez)

Qu'avez-vous pensé de la qualité de ces informations ?

- Très suffisante
- Suffisante
- Je ne sais pas
- Insuffisante
- Très insuffisante

PARTIE C : INFORMATION

Durant votre grossesse vous avez reçu un certain nombre d'informations sur l'analgésie péridurale, que ce soit au décours de la consultation avec l'anesthésiste en réunion d'information collective ou en séance de préparation à la naissance.

Question 12 :

Avez-vous obtenu des informations au décours de recherches personnelles?

- Oui
- Non

Si oui, quelle(s) étai(en)t votre ou vos sources ? (plusieurs réponses possibles pour cette question)

- Internet (forum de discussion, articles...)
- Revues destinées aux femmes enceintes
- Le « bouche à oreille » (conversation avec une personne ayant vécu ou entendu parler de la péridurale)
- Autres (précisez) :

Ces informations vous ont-elles suffi pour vous positionner par rapport à la péridurale ?

- Oui
- Non

Question 13 :

Êtes- vous confiante par rapport à la gestion des douleurs de travail ?

- Très confiante
- Un peu confiante
- Pas du tout confiante
- Je ne sais pas

Question 14 : Bénéfices et modalités

Etes- vous consciente des bénéfices attendus par la péridurale ?

- Oui
- Non

Selon vous, quels sont ces bénéfices ?

Question 15 : Effets secondaires et complications

Êtes-vous consciente que suite à la péridurale, vous pourrez ressentir quelques effets secondaires ?

- Oui
- Non

Selon vous, quels sont les effets secondaires possibles ?

Avez-vous retenus d'autres risques ou complications par rapport à la péridurale ?

Etait-il important pour vous de recevoir ces informations sur les complications potentielles de l'analgésie péridurale ?

- Assez important pour changer ma position sur l'analgésie péridurale
- Important mais ne changeront pas ma position quant à la péridurale
- Pas important car ne changeront pas ma position
- Je ne sais pas

Question 16 :

Vous a-t-on informée des possibilités autres que la péridurale pour vous aider à gérer votre douleur pendant le travail ?

- Oui
- Non

Si oui, quelles sont ces possibilités ?

- Des positions permettant de me soulager en fonction de la localisation de ma douleur
- Des techniques de respiration
- Un autre moyen médical (précisez) :
- Autre (précisez) :

Question 17 :

Suite à ces informations, êtes-vous désormais apte à consentir ou non à la péridurale au cours de votre travail ?

- Oui, les informations reçues m'ont vraiment guidée dans mon choix
- Non, je ne me sens pas suffisamment informées
- Je ne sais pas

Quelle est désormais votre position ?

- Je veux la péridurale
- Je ne veux absolument pas de péridurale
- Je verrai le moment venu

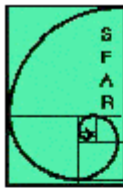
Question 18 :

Selon vous, quelle a été l'information la plus utile dans votre réflexion pour vous positionner par rapport à la péridurale pendant le travail? (vous pouvez classer vos réponses de 1 à 4)

- L'information délivrée par la sage-femme au cours des séances de préparation à la naissance
- L'information délivrée au cours de la réunion d'information collective
- L'information délivrée par l'anesthésiste au cours de la consultation
- L'information obtenue au décours de ma recherche personnelle
- Je ne sais pas

Ce questionnaire est ainsi terminé. Je vous remercie d'avoir pris le temps de le remplir.

Il ne me reste plus qu'à vous souhaiter bon courage pour la suite des événements que ce soit avec ou sans analgésie péridurale !



Information médicale sur l'analgésie péridurale en obstétrique

Ce document est destiné à vous informer sur la technique d'analgésie péridurale, ses avantages et ses risques. Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure qui vous sera proposée par l'équipe médicale, ou que vous demanderez vous-même pour votre futur accouchement.

Qu'est-ce que l'analgésie péridurale ?

C'est une technique d'anesthésie locorégionale réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur. Elle est destinée à supprimer ou à atténuer les douleurs de l'accouchement et/ou, si besoin, à en faciliter le déroulement. C'est à ce jour la méthode la plus efficace. Son principe est de bloquer la transmission des sensations douloureuses au niveau des nerfs provenant de l'utérus en injectant à leur proximité un produit anesthésique local associé ou non à un dérivé de la morphine.

Cette technique assure une bonne stabilité des fonctions vitales, bénéfique pour la mère et l'enfant. Ce blocage se fait à proximité de la moelle épinière dans l'espace péridural, par l'intermédiaire d'un tuyau très fin (cathéter) introduit dans le dos à l'aide d'une aiguille spéciale. Le cathéter reste en place pendant toute la durée de l'accouchement afin de permettre l'administration répétée de l'anesthésique. S'il est nécessaire de pratiquer une césarienne ou toute autre intervention, l'anesthésie pourra être complétée par ce dispositif ; ce qui n'exclut pas le recours à l'anesthésie générale au décours de l'accouchement.

Une consultation est réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur dans les quelques semaines précédant votre accouchement. N'hésitez pas à cette occasion à poser toutes les questions que vous jugerez utiles. Au moment de bénéficier de l'analgésie péridurale, vous aurez la visite du médecin anesthésiste-réanimateur qui vous prendra en charge et les données de la consultation seront actualisées. Il peut arriver, en fonction de votre état de santé ou du résultat des examens complémentaires qui vous auront éventuellement été prescrits, que l'analgésie péridurale ne puisse être effectuée, contrairement à ce qui avait été prévu. C'est le cas, par exemple, s'il existe de la fièvre, des troubles de la coagulation du sang, une infection de la peau au niveau du dos ou toute autre circonstance pouvant être considérée à risque. Le choix définitif et la réalisation de l'acte relèvent de la décision du médecin anesthésiste-réanimateur et de sa disponibilité.

Comment serez-vous surveillée pendant l'analgésie péridurale ?

Comme tout acte d'anesthésie, l'analgésie péridurale se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation.

Durant l'analgésie péridurale, vous serez prise en charge par une équipe comportant le médecin anesthésiste-réanimateur, la sage-femme, et éventuellement une infirmière anesthésiste diplômée d'état.

Quels sont les inconvénients et les risques de l'analgésie obstétricale ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque. Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie permettent de dépister rapidement les anomalies et de les traiter.

Pendant l'analgésie péridurale, une sensation de jambes lourdes et une difficulté à les bouger peuvent s'observer. C'est un effet sans gravité de l'anesthésique local. Au moment de la sortie du bébé, l'envie de pousser est souvent diminuée et une sensation de distension peut être perçue. Une difficulté transitoire pour uriner est fréquente lors d'un accouchement et peut nécessiter un sondage évacuateur de la vessie. Une baisse transitoire de la pression artérielle peut survenir. Si les dérivés de la morphine ont été utilisés, une sensation de vertige, des démangeaisons passagères, des nausées sont possibles. Des douleurs au niveau du point de ponction dans le dos peuvent persister quelques jours mais sont sans gravité.

L'analgésie peut être insuffisante ou incomplète pendant les contractions. Une nouvelle ponction peut alors être nécessaire, de même qu'en cas de difficulté de mise en place ou de déplacement du cathéter.

Exceptionnellement, des maux de tête majorés par la position debout peuvent apparaître après l'accouchement. Le cas échéant, leur traitement vous sera expliqué. Dans de très rares cas, une diminution transitoire de la vision ou de l'audition peut être observée.

Des complications plus graves : convulsions, arrêt cardiaque, paralysie permanente ou perte plus ou moins étendue des sensations, sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésies de ce type sont réalisées chaque année.

Enfin, pour votre bébé, l'accouchement sous analgésie péridurale ne comporte pas plus de risque qu'un accouchement sans péridurale.

RESUME

INTRODUCTION : Ces dernières décennies, l'usage de l'analgésie péridurale obstétricale (APD) pour un accouchement sans douleur connaît un développement important. L'APD est une procédure médicale devant répondre au principe de transparence (loi du 4 mars 2002) énonçant les termes d'information claire, appropriée et loyale et de consentement libre et éclairé des patientes.

OBJECTIFS : L'objectif principal de cette étude était de déterminer si les parturientes, suivies à l'Hôpital Couple Enfant (HCE) de Grenoble, bénéficient d'une information suffisante et adaptée à leur consentement libre et éclairé.

L'objectif secondaire était de déterminer quelle source était privilégiée par les patientes pour ainsi mieux organiser les modalités d'information sur l'HCE.

MATERIEL ET METHODES : Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et menée en mono centrique sur la maternité de l'HCE de Grenoble entre le 01 septembre 2010 et le 21 décembre 2010. Nous avons analysé 64 questionnaires.

RESULTATS : L'information était délivrée par des professionnels (Consultation d'anesthésie, réunion d'information collective et préparation à la naissance), par un écrit édité par la SFAR ainsi que par la recherche personnelle. La majorité des patientes recevait des informations sur les bénéfices et modalités, alors qu'à l'inverse, les informations sur les risques demeuraient inconstantes en fonction de la source. Cependant, 75% des patientes disent que cette information sur les risques est importante mais ne changera pas leur position initiale. Ainsi, la majorité des femmes ont jugé les informations suffisantes (plus de 70%) et se disait apte à consentir.

CONCLUSION : L'information est claire mais sa loyauté est quant à elle controversée. Concernant le consentement, la majorité des patientes donne un consentement libre, mais il ne devient éclairé que pour un cinquième d'entre elles.

MOTS CLES : Information – consentement – Analgésie péridurale obstétricale