



HAL
open science

Évaluation de l'information sur l'analgésie péridurale en obstétrique: enquête réalisée en suite de couche à la maternité de Vernon

Marie Ceyhan

► **To cite this version:**

Marie Ceyhan. Évaluation de l'information sur l'analgésie péridurale en obstétrique: enquête réalisée en suite de couche à la maternité de Vernon. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01112188

HAL Id: dumas-01112188

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01112188>

Submitted on 2 Feb 2015

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE ROUEN

Année 2013-2014

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement le

Par CEYHAN MARIE
Née le 31 juillet 1981 à Kahramanmaras(Turquie)

**Evaluation de l'information sur l'analgésie péridurale en
obstétrique: enquête réalisée en suite de couche à la
maternité de Vernon.**

Président du jury : Monsieur le Professeur Vincent LAUDENBACH
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Fabrice TRUONG CANH
Membres du jury : Monsieur le Professeur Philippe NGUYEN THANH
Membres du jury : Monsieur le professeur Bernard PROUST

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 – 2014
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ**

PROFESSEURS HONORAIRES : **MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO-
J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J.
DALION -. DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE -
P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G.
HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET -
M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - M^{le}
MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY -
P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS -
H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C.
SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE
– C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF**

I - MEDECINE

PROFESSEURS

| | | |
|---|-------|-----------------------------------|
| M. Frédéric ANSELME | HCN | Cardiologie |
| Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR | HCN | Chirurgie Plastique |
| M. Bruno BACHY (Surnombre) | HCN | Chirurgie pédiatrique |
| M. Fabrice BAUER | HCN | Cardiologie |
| Mme Soumeya BEKRI | HCN | Biochimie et Biologie Moléculaire |
| M. Jacques BENICHOU médicale | HCN | Biostatistiques et informatique |
| M. Jean-Paul BESSOU vasculaire | HCN | Chirurgie thoracique et cardio- |
| Mme Françoise BEURET-BLANQUART (Surnombre) Réadaptation | CRMPR | Médecine physique et de |
| M. Guy BONMARCHAND | HCN | Réanimation médicale |

| | | |
|--|-----|-------------------------------------|
| M. Olivier BOYER | UFR | Immunologie |
| M. Jean-François CAILLARD (Surnombre) | HCN | Médecine et santé au Travail |
| M. François CARON | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |
| M. Philippe CHASSAGNE | HB | Médecine interne (Gériatrie) |
| M. Vincent COMPERE chirurgicale | HCN | Anesthésiologie et réanimation |
| M. Antoine CUVELIER | HB | Pneumologie |
| M. Pierre CZERNICHOW | HCH | Epidémiologie, économie de la santé |
| M. Jean - Nicolas DACHER | HCN | Radiologie et Imagerie Médicale |
| M. Stéfan DARMONI de communication | HCN | Informatique Médicale/Techniques |
| M. Pierre DECHELOTTE | HCN | Nutrition |
| Mme Danièle DEHESDIN (Surnombre) | HCN | Oto-Rhino-Laryngologie |
| M. Jean DOUCET Gériatrie. | HB | Thérapeutique/Médecine – Interne - |
| M. Bernard DUBRAY | CB | Radiothérapie |
| M. Philippe DUCROTTE | HCN | Hépatologie – Gastro - Entérologie |
| M. Frank DUJARDIN Traumatologique | HCN | Chirurgie Orthopédique - |
| M. Fabrice DUPARC et Traumatologique | HCN | Anatomie - Chirurgie Orthopédique |
| M. Bertrand DUREUIL chirurgicale | HCN | Anesthésiologie et réanimation |
| Mme Hélène ELTCHANINOFF | HCN | Cardiologie |
| M. Thierry FREBOURG | UFR | Génétique |
| M. Pierre FREGER | HCN | Anatomie/Neurochirurgie |
| M. Jean François GEHANNO | HCN | Médecine et Santé au Travail |
| M. Emmanuel GERARDIN | HCN | Imagerie Médicale |
| Mme Priscille GERARDIN | HCN | Pédopsychiatrie |
| M. Michel GODIN | HB | Néphrologie |
| M. Guillaume GOURCEROL | HCN | Physiologie |
| M. Philippe GRISE | HCN | Urologie |
| M. Didier HANNEQUIN | HCN | Neurologie |
| M. Fabrice JARDIN | CB | Hématologie |
| M. Luc-Marie JOLY | HCN | Médecine d'urgence |
| M. Pascal JOLY | HCN | Dermato - vénéréologie |
| M. Jean-Marc KUHN métaboliques | HB | Endocrinologie et maladies |
| Mme Annie LAQUERRIERE | HCN | Anatomie cytologie pathologiques |
| M. Vincent LAUDENBACH chirurgicale | HCN | Anesthésie et réanimation |
| M. Joël LECHEVALLIER | HCN | Chirurgie infantile |

| | | |
|---|-----|---------------------------------------|
| M. Hervé LEFEBVRE métaboliques | HB | Endocrinologie et maladies |
| M. Thierry LEQUERRE | HB | Rhumatologie |
| M. Eric LEREBOURS | HCN | Nutrition |
| Mme Anne-Marie LEROI | HCN | Physiologie |
| M. Hervé LEVESQUE | HB | Médecine interne |
| Mme Agnès LIARD-ZMUDA | HCN | Chirurgie Infantile |
| M. Pierre Yves LITZLER | HCN | Chirurgie Cardiaque |
| M. Bertrand MACE cytogénétique | HCN | Histologie, embryologie, |
| M. David MALTETE | HCN | Neurologie |
| M. Christophe MARGUET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Isabelle MARIE | HB | Médecine Interne |
| M. Jean-Paul MARIE | HCN | ORL |
| M. Loïc MARPEAU | HCN | Gynécologie - obstétrique |
| M. Stéphane MARRET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Véronique MERLE | HCN | Epidémiologie |
| M. Pierre MICHEL | HCN | Hépatogastro-entérologie |
| M. Francis MICHOT | HCN | Chirurgie digestive |
| M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>) | HCN | Neurologie |
| M. Jean-François MUIR | HB | Pneumologie |
| M. Marc MURAINÉ | HCN | Ophthalmologie |
| M. Philippe MUSETTE | HCN | Dermatologie - Vénérologie |
| M. Christophe PEILLON | HCN | Chirurgie générale |
| M. Jean-Marc PERON faciale | HCN | Stomatologie et chirurgie maxillo- |
| M. Christian PFISTER | HCN | Urologie |
| M. Jean-Christophe PLANTIER | HCN | Bactériologie - Virologie |
| M. Didier PLISSONNIER | HCN | Chirurgie vasculaire |
| M. Bernard PROUST | HCN | Médecine légale |
| M. François PROUST | HCN | Neurochirurgie |
| Mme Nathalie RIVES reprod. | HCN | Biologie et méd. du dévelop. et de la |
| M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>) d'urgence | HCN | Réanimation Médicale, Médecine |
| M. Horace ROMAN | HCN | Gynécologie Obstétrique |
| M. Jean-Christophe SABOURIN | HCN | Anatomie – Pathologie |
| M. Guillaume SAVOYE | HCN | Hépatogastro |
| Mme Céline SAVOYE – COLLET | HCN | Imagerie Médicale |
| Mme Pascale SCHNEIDER | HCN | Pédiatrie |
| M. Michel SCOTTE | HCN | Chirurgie digestive |
| Mme Fabienne TAMION | HCN | Thérapeutique |

| | | |
|--|-------|--------------------------------------|
| Mme Florence THIBAUT | HCN | Psychiatrie d'adultes |
| M. Luc THIBERVILLE | HCN | Pneumologie |
| M. Christian THUILLEZ | HB | Pharmacologie |
| M. Hervé TILLY | CB | Hématologie et transfusion |
| M. François TRON (<i>Surnombre</i>) | UFR | Immunologie |
| M. Jean-Jacques TUECH | HCN | Chirurgie digestive |
| M. Jean-Pierre VANNIER | HCN | Pédiatrie génétique |
| M. Benoît VEBER chirurgicale | HCN | Anesthésiologie Réanimation |
| M. Pierre VERA | C.B | Biophysique et traitement de l'image |
| M. Eric VERIN réadaptation | CRMPR | Médecine physique et de |
| M. Eric VERSPYCK | HCN | Gynécologie obstétrique |
| M. Olivier VITTECOQ | HB | Rhumatologie |
| M. Jacques WEBER | HCN | Physiologie |

MAITRES DE CONFERENCES

| | | |
|--|-----|-------------------------------------|
| Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG | HCN | Bactériologie – Virologie |
| M. Jeremy BELLIEN | HCN | Pharmacologie |
| Mme Carole BRASSE LAGNEL | HCN | Biochimie |
| M. Gérard BUCHONNET | HCN | Hématologie |
| Mme Mireille CASTANET | HCN | Pédiatrie |
| Mme Nathalie CHASTAN | HCN | Physiologie |
| Mme Sophie CLAEYSSENS | HCN | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. Moïse COEFFIER | HCN | Nutrition |
| M. Stéphane DERREY | HCN | Neurochirurgie |
| M. Eric DURAND | HCN | Cardiologie |
| M. Manuel ETIENNE | HCN | Maladies infectieuses et tropicales |
| M. Serge JACQUOT | UFR | Immunologie |
| M. Joël LADNER | HCN | Epidémiologie, économie de la santé |
| M. Jean-Baptiste LATOUCHE | UFR | Biologie Cellulaire |
| M. Thomas MOUREZ | HCN | Bactériologie |
| M. Jean-François MENARD | HCN | Biophysique |
| Mme Muriel QUILLARD | HCN | Biochimie et Biologie moléculaire |
| M. Vincent RICHARD | UFR | Pharmacologie |
| M. Francis ROUSSEL cytogénétique | HCN | Histologie, embryologie, |
| Mme Pascale SAUGIER-VEBER | HCN | Génétique |
| Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN | HCN | Anatomie |
| M. Pierre Hugues VIVIER | HCN | Imagerie Médicale |

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

| | | |
|-------------------------------|-----|---------------|
| Mme Dominique LANIEZ | UFR | Anglais |
| Mme Cristina BADULESCU | UFR | Communication |

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

| | |
|---|------------------------|
| M. Thierry BESSON | Chimie Thérapeutique |
| M. Jean-Jacques BONNET | Pharmacologie |
| M. Roland CAPRON (PU-PH) | Biophysique |
| M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite) | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUS | Biochimie |
| M. Loïc FAVENNEC (PU-PH) | Parasitologie |
| M. Jean Pierre GOULLE | Toxicologie |
| M. Michel GUERBET | Toxicologie |
| M. Olivier LAFONT | Chimie organique |
| Mme Isabelle LEROUX | Physiologie |
| M. Paul MULDER | Sciences du médicament |
| Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH) | Microbiologie |
| Mme Elisabeth SEGUIN | Pharmacognosie |
| M. Rémi VARIN (PU-PH) | Pharmacie Hospitalière |
| M Jean-Marie VAUGEOIS | Pharmacologie |
| M. Philippe VERITE | Chimie analytique |

MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|--|--|
| Mme Cécile BARBOT | Chimie Générale et Minérale |
| Mme Dominique BOUCHER | Pharmacologie |
| M. Frédéric BOUNOURE | Pharmacie Galénique |
| M. Abdeslam CHAGRAOUI | Physiologie |
| M. Jean CHASTANG | Biomathématiques |
| Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB | Législation pharmaceutique et économie de la santé |
| Mme Elizabeth CHOSSON | Botanique |
| Mme Cécile CORBIERE | Biochimie |
| M. Eric DITTMAR | Biophysique |

| | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| Mme Nathalie DOURMAP | Pharmacologie |
| Mme Isabelle DUBUC | Pharmacologie |
| M. Abdelhakim ELOMRI | Pharmacognosie |
| M. François ESTOUR | Chimie Organique |
| M. Gilles GARGALA (MCU-PH) | Parasitologie |
| Mme Najla GHARBI | Chimie analytique |
| Mme Marie-Laure GROULT | Botanique |
| M. Hervé HUE | Biophysique et Mathématiques |
| Mme Laetitia LE GOFF | Parasitologie Immunologie |
| Mme Hong LU | Biologie |
| Mme Sabine MENAGER | Chimie organique |
| Mme Christelle MONTEIL | Toxicologie |
| M. Mohamed SKIBA | Pharmacie Galénique |
| Mme Malika SKIBA | Pharmacie Galénique |
| Mme Christine THARASSE | Chimie thérapeutique |
| M. Frédéric ZIEGLER | Biochimie |

PROFESSEUR CONTRACTUEL

| | |
|--------------------------------|---------|
| Mme Elizabeth DE PAOLIS | Anglais |
|--------------------------------|---------|

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

| | |
|--------------------------------|---------------|
| M. Imane EL MEOUCHE | Bactériologie |
| Mme Juliette GAUTIER | Galénique |
| M. Romy RAZAKANDRAINIBE | Parasitologie |

| |
|------------------------------------|
| III – MEDECINE GENERALE |
|------------------------------------|

PROFESSEURS

| | | |
|----------------------------|-----|-------------------|
| M. Jean-Loup HERMIL | UFR | Médecine générale |
|----------------------------|-----|-------------------|

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

| | | |
|---------------------------------|-----|-------------------|
| M. Pierre FAINSILBER | UFR | Médecine générale |
| M. Alain MERCIER | UFR | Médecine générale |
| M. Philippe NGUYEN THANH | UFR | Médecine générale |

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

| | | |
|------------------------------------|-----|-------------------|
| M Emmanuel LEFEBVRE | UFR | Médecine générale |
| Mme Elisabeth MAUVIARD | UFR | Médecine générale |
| Mme Marie Thérèse THUEUX | UFR | Médecine générale |
| Mme Yveline SEVRIN-TARTARIN | UFR | Médecine Générale |

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME
CB - Centre HENRI BECQUEREL CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray
CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

| | |
|--|--------------------------|
| Mme Cécile BARBOT Minérale | Chimie Générale et |
| M. Thierry BESSON | Chimie thérapeutique |
| M. Roland CAPRON | Biophysique |
| M Jean CHASTANG | Mathématiques |
| Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB la Santé | Législation, Economie de |
| Mme Elisabeth CHOSSON | Botanique |
| M. Jean-Jacques BONNET | Pharmacodynamie |
| Mme Isabelle DUBUS | Biochimie |
| M. Loïc FAVENNEC | Parasitologie |
| M. Michel GUERBET | Toxicologie |
| M. Olivier LAFONT | Chimie organique |
| Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET | Physiologie |
| Mme Martine PESTEL-CARON | Microbiologie |
| Mme Elisabeth SEGUIN | Pharmacognosie |

M. Mohamed **SKIBA**

Pharmacie Galénique

M. Philippe **VERITE**

Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH**

moléculaire

Biochimie et biologie

(Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE**

moléculaire

Biochimie et biologie

(UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN**

Neurosciences (Néovasc)

Mme Pascaline **GAILDRAT**

humaine

Génétique moléculaire

(UMR 1079)

M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD**

1076)

Physiologie (Unité Inserm

Mme Isabelle **TOURNIER**

Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei **FETISSOV**

ADEN)

Physiologie (Groupe

Mme Su **RUAN**

Génie Informatique

« Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation »

Remerciements

A Monsieur le professeur Vincent LAUDENBACH,

Merci de m'avoir fait l'honneur d'être le président de mon jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le professeur Philippe NGUYEN THANH,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Merci également pour votre enseignement lors des modules de troisième cycle. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

A Monsieur le professeur Bernard PROUST,

Vous avez accepté sans hésitation de faire partie du jury de ma thèse. Soyez assuré de mes remerciements sincères et de mon profond respect.

A Monsieur le docteur Fabrice TRUONG CANH

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse, de m'avoir apporté de précieux conseils, et d'avoir consacré de nombreuses heures à la relecture de ce travail. Merci également de m'avoir transmis vos connaissances lors de mon passage dans votre service qui fut un stage très enrichissant.

A Madame la cadre de santé BEILLON Christelle,

Merci d'avoir pris connaissance de ce travail et d'y avoir apporté de nombreux conseils ; mais également d'avoir partagé avec nous la passion de votre métier de sage-femme lors de mon stage.

Aux internes de médecine générale, Christophe, Diana, Laetitia, merci pour votre implication dans l'aboutissement de ce travail.

A l'équipe des sages-femmes, des infirmières, des secrétaires de la maternité de Vernon, merci pour gentillesse, votre disponibilité et votre accueil.

A mes Maîtres de stages les Docteurs BOISANFREY, TISCA, DERRIEN ,PAILLETTE , merci pour votre enseignement et pour m'avoir transmis votre amour de la médecine générale.

A ma famille :

A mes parents, ce travail est le fruit de votre patience, vos sacrifices, et votre soutien sans relâche quel que soit les circonstances. Merci pour les valeurs que vous m'avez enseignés, l'enfance que vous m'avez donné, et d'avoir toujours cru en moi même dans les moments de doute.

A mon mari, merci pour les conseils que tu m'as apporté tous aux long de ce travail mais surtout pour l'amour que tu me portes et pour le formidable papa que tu es. Que notre bonheur perdure...

A mon fils Alihan, notre « rayon de soleil », chaque jour ton sourire, ton énergie, tes prouesses, me donnent le plus grand bonheur du monde. Je t'aime très fort...

A ma grande sœur, Guner, ma « deuxième maman », tu as toujours étais là pour me protéger, me guider et m'écouter dans les moments de joie et de peine. Merci d'avoir supporté mes sauts d'humeur tout aux long de ses années d'étude.

A ma petite sœur, Ayse, tu es une personne formidable toujours prête à me rendre service, et aussi une tata adorable. Merci pour tous ce que tu as fait pour moi toutes ces années.

A mon frère, Mustafa, toujours prêt à me préparer de bon petit plat lorsque le temps me manque, me faire rire et m'aider quand j'en ressens le besoin. Merci p'tit frère !

A mon beau-frère, Mohamed sans qui notre « nid m'amour » ne serait pas si joli, merci beaucoup pour ce gros travail que tu as fait, et pour ton soutien.

A ma nièce et mon neveu, Miray et Beraat, mes deux autres bébés ! Je vous adore, je serais toujours là pour vous !

A mes oncles Dogan , Ahmet-Duran : merci d'avoir toujours cru en moi.

A mes amies :

A ma meilleure amie Katia, tu es plus qu'une amie, tu es une sœur, une confidente.

Merci d'avoir toujours été là pour moi.

A Hana et Aurélie, merci pour vos précieux conseils, et surtout d'avoir été à mon écoute lorsque j'étais stressé par ce long travail, nous nous sommes bien comprises !

A Toutes les autres, Hanan , Cam-Anh , Hélène, Prémilla , Anne-Laure , Delphine , Aude , Audrey, Fatos, Mylène , Iris : merci d'être toujours là pour moi dans le pire et le meilleur . À nos joyeuses années passées et nos futures qui je l'espère ne nous sépareront jamais.

A la famille Ozkaya: « ma famille d'accueil » de Rouen, merci pour votre gentillesse et votre générosité.

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| ABREVIATION | 17 |
| INTRODUCTION | 18 |
| 1. GENERALITE | 20 |
| 1.1 La douleur obstétricale | 20 |
| 1.1.1. Physiologie de la douleur obstétricale | 20 |
| 1.1.2. Facteurs affectants l'intensité de la douleur ressentie | 25 |
| 1.1.3. Répercussions maternelles et fœtales de la douleur au cours du travail | 27 |
| 1.2. La péridurale | 30 |
| 1.2.1 Rappel anatomique et technique de la ponction péridurale | 30 |
| 1.2.2 Pharmacologie et mécanismes d'action des anesthésiques locaux et opiacés | 31 |
| 1.2.3 Contre-indications de l'APD | 32 |
| 1.2.4 Risque de l'APD | 33 |
| 1.2.5 Effets secondaires de l'APD | 33 |
| 1.2.6. Indication des péridurales médicales | 34 |
| 1.3. Les principes médico-légaux sur l'obligation d'information du patient | 34 |
| 1.3.1. Le code civil | 35 |
| 1.3.2. Le code de déontologie médicale | 35 |
| 1.3.3. Le code de santé public | 36 |
| 1.3.4. La charte du patient hospitalisé | 37 |
| 1.4. Les recommandations de bonne pratique pour les professionnels | 37 |
| 1.4.1 Le contenu de l'information | 38 |
| 1.4.2 Les modalités de la délivrance de l'information | 38 |
| 1.4.3 La traçabilité de l'information | 39 |
| 1.4.4 Évaluation de l'information donnée | 39 |
| 1.5. Le dommage résultant du défaut d'information | 40 |
| 2. MATERIEL ET METHODE | 43 |

| | |
|---|----|
| 2.1 Objectif de l'enquête | 43 |
| 2.2 Méthode | 43 |
| 2.2.1 Lieu et durée de l'étude | 43 |
| 2.2.2 Elaboration du questionnaire | 43 |
| 2.2.3 Réalisation de l'étude | 44 |
| 2.3 Population étudiée | 44 |
| 2.3.1 Critères d'inclusion | 44 |
| 2.3.2 Critères d'exclusion | 44 |
| 2.4 Matériel | 45 |
| 2.4.1 Contenu du questionnaire | 45 |
| 2.4.2 Analyse statistique | 46 |
| 3-RESULTAT DE L'ENQUETE | 47 |
| 3.1 Profil de la population étudiée | 47 |
| 3.1.1 Age | 47 |
| 3.1.2 Origine géographique | 47 |
| 3.1.3 Niveau d'étude | 48 |
| 3.1.4 Parité | 48 |
| 3.1.5 Antécédent analgésie péridurale (APD) | 49 |
| 3.2 Les modalités d'accouchement | 49 |
| 3.2.1 Avec péridurale et sans péridurale | 49 |
| 3.2.2 Voie basse instrumentalisée et voie basse non instrumentalisée | 50 |
| 3-3 Raisons du refus des patientes et de leur l'incertitude vis-à-vis de l'APD | 50 |
| 3.4 Le vécu de l'accouchement | 51 |
| 3.4.1 Avec l'APD | 51 |
| 3.4.2 Sans l'APD | 51 |
| 3.5 Les différentes sources d'informations | 52 |
| 3.6 Évaluation de l'information donnée par le personnel médicale et la fiche d'information | 53 |
| 3.6.1 Evaluation de l'information donnée par les gynécologues | 53 |

| | | |
|---------------------|---|-----------|
| 3.6.2 | Evaluation de l'information donnée par les anesthésistes | 54 |
| 3.6.3 | Evaluation de l'information donnée par la sage-femme de la maternité | 56 |
| 3.6.4 | Evaluation de l'information reçue par l'intermédiaire de fiche d'information de la SFAR | 58 |
| 3.7 | Compréhension de l'information | 58 |
| 3.7.1 | Réponse au test de connaissances | 58 |
| 3.7.2 | Niveau de compréhension des patientes | 59 |
| 3.8 | Les facteurs qui influencent la satisfaction des patientes | 60 |
| 3.8.1 | Antécédent d'APD et satisfaction des patientes | 60 |
| 3.8.2 | Parité et satisfaction des patientes | 61 |
| 3.8.3 | Le niveau d'étude et de satisfaction des patientes | 61 |
| 3.9 | Impact de l'information sur le choix de l'APD | 62 |
| 3.10 | Relation entre la compréhension de l'information et le profil des patientes | 62 |
| 3.11 | Relations entre la satisfaction des patientes et leur compréhension de l'information | 63 |
| 3.12 | Suggestions des patientes concernant l'information sur l'APD | 64 |
| 4-DISCUSSION | | 65 |
| 4.1. | Les biais méthodologiques | 66 |
| 4.1.1 | Biais concernant le mode de recueil des données | 66 |
| 4.1.2 | Biais lié au taux de non-répondeur | 66 |
| 4.1.3 | Biais lié au nombre d'effectifs | 67 |
| 4.1.4 | Biais d'acquiescement | 67 |
| 4.1.5 | Biais de mémorisation | 67 |
| 4.2 | Discussion des résultats | 67 |
| 4.2.1 | Population étudiée | 67 |
| 4.2.2 | Satisfaction des patientes vis à vis de l'information orale | 68 |
| 4.2.3 | Satisfaction des patientes vis-à-vis de l'information écrite | 71 |
| 4.3. | Profil des patientes satisfaites de l'information | 73 |

| | |
|---|----|
| 4.4. L'APD n'est pas toujours un choix en connaissance de cause | 73 |
| 4.5. La compréhension de l'information sans facteur de corrélation | 75 |
| 4.6. Impact de l'information donnée par le corps médical | 76 |
| 5-SOLUTIONS PROPOSEES | 77 |
| 6-CONCLUSION | 79 |
| 7-ANNEXES | 80 |
| 8-BIBLIOGRAPHIE | 89 |
| 9-RESUME | 97 |

ABREVIATIONS

APD: analgésie péridurale

ATCD: antécédents

RCIU : retard de croissance intra-utérin

SFAR: société française d'anesthésie et de réanimation

HAS: haute autorité de santé

IC: indice de confiance

INTRODUCTION

Pendant des siècles, la douleur était vécue comme un rapport aux dieux, une vengeance et une malédiction. Dès l'ère, judéo-chrétienne est apparu le sentiment de la faute et la notion de rachat du péché originel : Eve mangea le fruit de l'arbre défendu, elle en fit manger à Adam et l'Eternelle Dieu, dit à la femme : « J'augmenterai la douleur de tes grossesses, tu enfanteras dans la douleur » [1]. Cette sentence prononcée a favorisé l'idée doloriste de l'accouchement.

Pourtant, la douleur de l'accouchement conduit à la découverte et à la transmission de certaines pratiques pour soulager la parturiente. Ainsi, recettes, invocations, magie, prières, étaient largement utilisées surtout dans les milieux défavorisés. En revanche, dans les milieux aisés urbains, les esprits évoluèrent vers des pratiques différentes. L'introduction des anesthésiques pendant l'accouchement débutant dans les années 1850, ainsi la première anesthésie obstétricale est réalisée au chloroforme pour le 8ème accouchement de la reine Victoria. Apparurent ensuite les techniques d'analgésie péridurale (ADP) au début du XXe siècle. Dès lors, l'analgésie péridurale a suscité un grand intérêt dans le soulagement des douleurs de l'accouchement [2].

Ces dernières décennies, l'analgésie péridurale a connu en France un développement important. En effet, l'usage de l'analgésie est en évolution croissante. Selon l'enquête périnatale de 2010, 70 % des femmes ayant accouché en métropole ont bénéficié d'une péridurale, soit près de trois femmes sur quatre alors qu'elles étaient moins de un sur deux en 1995 [3]. Ainsi la France se classe au premier rang des accouchements sous analgésie péridurale en Europe.

Selon la SFAR l'analgésie péridurale est définie comme une « 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 » [4]. Pour certaines femmes, il s'agit d'une victoire leur permettant accéder au droit fondamental d'accoucher sans douleur, tandis que d'autres

considèrent que cette avancée renforce l'emprise croissante des techniques et des médecins sur le corps des femmes. Cependant , toutes s'accordent sur l'idée que le choix de bénéficier ou non de l'analgésie péridurale appartient à la patiente, et que le personnel médical ne se doit de l'accompagner dans cette démarche en lui délivrant des informations au préalable répondant à la fois aux attentes des parturientes et aux exigences de la législation médicale.

Notons que l'information, aussi bien par son contenu que par sa forme, doit être facilement accessible et suffisamment clair, afin que les intéressées puissent apprécier de façon impartiale les avantages et les inconvénients de cet acte et donner ainsi leur consentement éclairé. Le devoir d'information du corps médical a subi depuis ces dernières années d'importantes modifications dans la législation ; le défaut d'information est devenu l'une des principales causes de procédures engagées contre le corps médical.

Au vu de ces différentes constatations et dans le but d'établir une démarche de qualité, une évaluation de l'information donnée sur l'analgésie péridurale auprès des parturientes nous a semblé importante afin d'apprécier si celle-ci répond à leurs attentes et si elle est suffisamment comprise pour un consentement éclairé

1. GENERALITE

1.1.La douleur obstétricale

1.1.1 Physiologie de la douleur obstétricale[5,6]

La douleur du travail obstétrical a longtemps été considérée comme un excellent modèle de douleur aiguë [7] et Melzack a démontré que seule la douleur provoquée par une causalgie ou l'amputation d'un doigt pouvait dépasser celle provoquée par le travail de l'accouchement [8].

La douleur de l'accouchement est une douleur aiguë, viscérale et somatique mettant en jeu des voies nerveuses périphériques spécifiques. Son expression affective est la résultante complexe d'une interaction et d'une intégration de mécanismes physiologiques et psychologiques mettant en jeu la plupart des zones du système nerveux central. De nombreux facteurs psychologiques comme la personnalité, l'origine sociale, les facteurs ethniques, culturels et l'environnement, influent sur la perception et l'expression de la douleur.

Les principaux facteurs responsables des douleurs de l'accouchement sont les suivants : dilatation du col, contractions et distension de l'utérus, distension de la filière génitale et du périnée, stimulation par étirement ou compression des structures anatomiques avoisinantes comme les annexes, le péritoine, la vessie, l'urètre, le rectum ou les racines du plexus lombosacré. Les voies nerveuses mises en jeu sont différentes pour les deux périodes du travail(phase de latence et phase active).

Les douleurs de la première période sont dues essentiellement aux contractions utérines, à la dilatation et à l'étirement du col. Les douleurs liées aux contractions utérines et à la dilatation du col sont médiées par la stimulation de mécanorécepteurs et/ou par la libération de substances chimiques pro-inflammatoires (potassium, bradykinine, histamine, sérotonine) agissant sur les terminaisons nerveuses. Ces dernières sont plus nombreuses au niveau du col et du segment inférieur qu'à celui du corps et

du fond de l'utérus. La stimulation de ces récepteurs déclenche une douleur viscérale se rapprochant de celle observée dans la colique néphrétique ou l'occlusion intestinale.

Au début du travail, la douleur est transmise via les fibres myélinisées A et des fibres non-myélinisées C au niveau de la corne postérieure de la moelle épinière de D11-D12 puis avec la progression du travail et l'intensification des contractions elle s'étend à D10 et L1. Ces fibres nerveuses sont anastomosées avec d'autres fibres du système nerveux végétatif situées autour du col et de l'utérus pour former le plexus hypogastrique inférieur. Partant de ce plexus, ces fibres accompagnent les fibres sympathiques et traversent successivement les nerfs hypogastriques, le plexus hypogastrique supérieur, le plexus aortique et la chaîne sympathique lombaire.

La phase de transition correspond à la fin du premier stade, et se caractérise par l'apparition de la douleur somatique en plus de la douleur viscérale.

La composante somatique résulte de la distension du plancher pelvien, du vagin et du périnée. L'innervation des structures responsables dépendent essentiellement des racines S2, S3 et S4 par l'intermédiaire du nerf honteux interne et de ses branches ([fig.1-fig.2](#)). Cependant, d'autres nerfs participent à l'innervation des plans superficiels du périnée, expliquant l'insuffisance du seul blocage du nerf honteux externe dans certaines manoeuvres obstétricales : le nerf cutané postérieur de la cuisse (S1, S2, S3), le nerf ilio-inguinal (L1) et le rameau génital du nerf génitocrural (L1, L2) ([fig. 3](#)). La douleur somatique n'apparaît chez la plupart des femmes qu'à la fin du premier stade et persiste durant le second stade. C'est la descente du mobile fœtal qui déclenche la douleur somatique quand le col utérin est environ à 6-8 cm de dilatation. En définitive, c'est la phase d'expulsion qui provoque la douleur la plus intense ressentie lors du travail et de l'accouchement, elle résulte de la distension et parfois de la déchirure du vagin et du périnée.

Finalement, le troisième stade de l'accouchement consistant en la délivrance placentaire est indolore, à moins que celle-ci ne soit pas spontanée et requiert une délivrance artificielle.

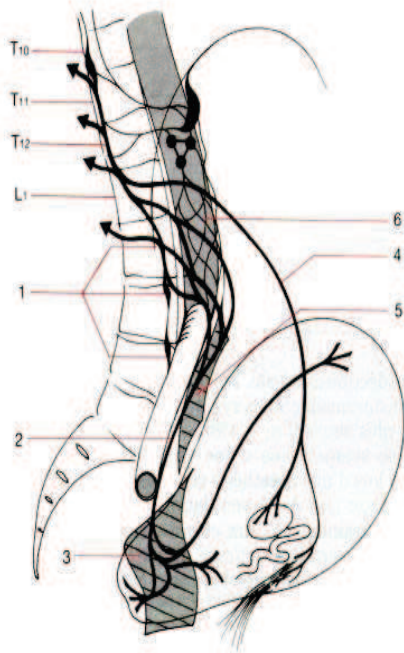


Fig. 1 : innervation sympathique de l'utérus

1. chaîne sympathique lombaire ;
2. nerf hypogastrique droit ;
3. plexus hypogastrique inférieur
4. nerf ovarien droit ;
5. plexus hypogastrique ;
6. plexus aortique ;

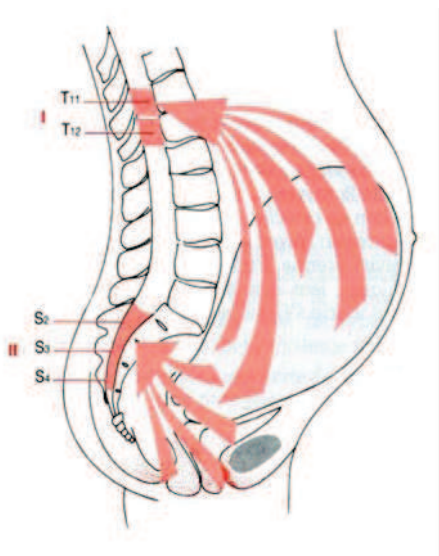


Fig. 2 : Voie nerveuse de la douleur lors de l'accouchement :

I = phase de dilatation

II = phase d'expulsion

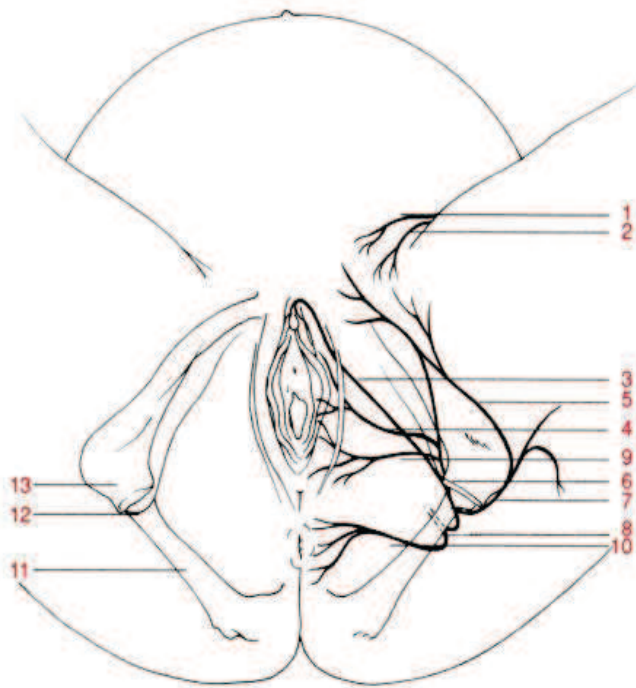


Figure 3 :

Innervation du périnée. Le nerf honteux interne se termine par le nerf dorsal du clitoris. Il donne naissance aux nerfs hémorroïdal et périnéal. Le nerf petit sciatique ou cutané fémoral postérieur donne le nerf antérieur de la grande lèvre à partir du rameau périnéal antérieur du petit sciatique.

1. Nerf abdominogénital
2. Branche génitale du nerf génitocrural
3. Nerf dorsal du clitoris
4. Nerf postérieur de la grande lèvre
5. Rameau périnéal antérieur du petit sciatique
6. Nerf périnéal
7. Nerf petit sciatique
8. Nerf honteux interne
9. Rameau périnéal postérieur
10. Nerf hémorroïdal
11. Petit ligament sacrosciatique
12. Epine sciatique
13. Grand ligament sacrosciatique

Comme toute douleur viscérale, les douleurs de l'accouchement s'accompagnent souvent d'une projection vers des zones cutanées situées à distance de la stimulation initiale. Les influx nociceptifs en provenance de l'utérus stimulent au niveau de la corne

postérieure de la moelle, les neurones utérins spécifiques, ainsi que des neurones type couche V, vers lesquels convergent des stimuli nociceptifs viscéraux et somatiques issus notamment de la paroi abdominale ([fig.4](#) et [fig.5](#)).

Au début du travail, la douleur est localisée au niveau des zones cutanées innervées par T11 et T12, c'est à dire, en avant sur la partie basse de l'abdomen, entre l'ombilic et la symphyse pubienne, latéralement au niveau de la crête iliaque et en arrière au niveau de la peau et des tissus mous des dernières vertèbres lombaires et des premières vertèbres sacrées. Avec la progression du travail, d'autres segments médullaires sont impliqués (T10, L1, voire L2) et la douleur sera projetée vers la région ombilicale (T10), la partie supérieure des cuisses, les creux inguinaux (T12 et L1) et la région lombaire moyenne. Certaines douleurs sont liées à une pression directe du mobile fœtal sur les organes adjacents et à un étirement ou à une compression des structures nerveuses comme le plexus lombosacré. Ces phénomènes compressifs sont à l'origine de douleurs continues, non rythmées par les contractions et localisées préférentiellement au niveau lombaire.

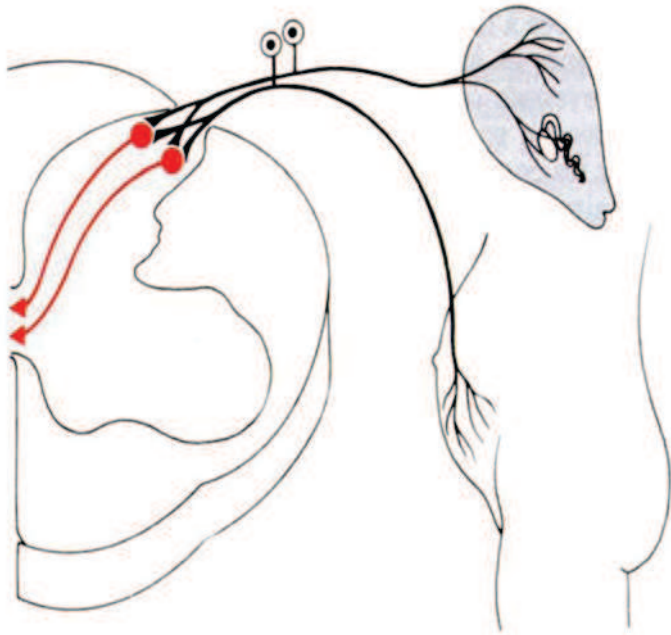


Fig. 4 : douleur projetée mécanisme

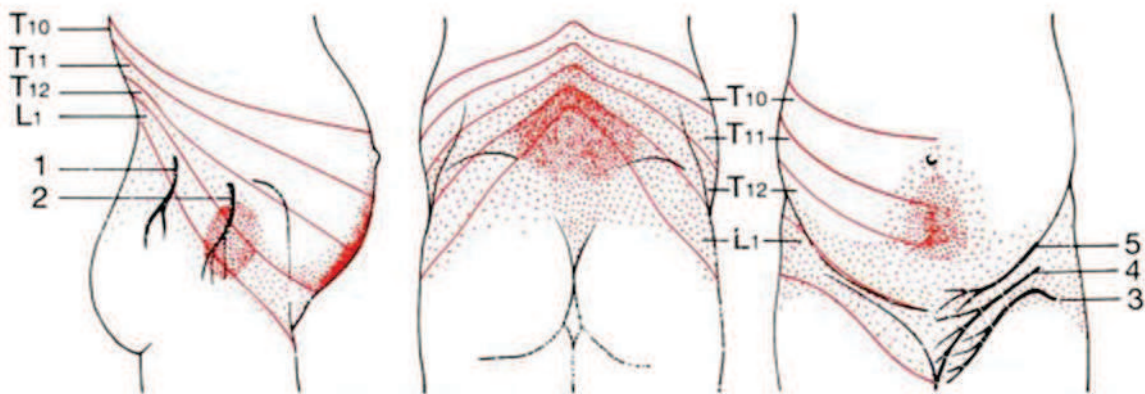


Fig. 5 : zones de distribution des douleurs projetées et métamères impliqués au cours de l'accouchement

1.1.2. Facteurs affectants l'intensité de la douleur ressentie [5]

- *La parité* : le travail est souvent considéré mais non démontré comme moins douloureux chez les multipares. En effet les nullipares souffrent d'un travail en général plus long, et consomment plus d'anesthésiques locaux que les multipares ; cependant, les multipares se plaignent d'un second stade très douloureux dont il ne faut pas minimiser l'intensité et l'impact. La fréquence des contractions et le degré de dilatation cervicale prédisent une intensité de la

douleur chez les nullipares, alors que seule la dilatation cervicale influence la douleur chez les multipares[9].

- Le stade du travail : comme mentionné précédemment, l'intensité de douleur est proportionnelle au degré de dilatation cervicale. L'analgésie produite par une dose intrathécale varie ainsi dans sa durée selon le stade du travail et les besoins augmentent au cours du travail [10,11].
- La présence d'un travail dystocique : un travail dystocique, avec le risque qui s'ensuit d'avoir recours à une césarienne, augmente les besoins analgésiques telles qu'en témoignent plusieurs études cliniques [11,12,13]. Ainsi, non seulement le travail est prolongé en cas de dystocie, mais celui-ci est également plus douloureux. Ces cas difficiles ont probablement contribué au mythe qui a longtemps perduré sur le risque accru de césarienne avec une péridurale. En effet, ce n'est pas la péridurale en elle-même qui cause la césarienne, mais le travail inefficace et très douloureux, qui prédispose à la fois au recours à la péridurale et à l'accouchement par césarienne.
- Déclenchement du travail : il semblerait que les prostaglandines pour le déclenchement du travail augmentent les besoins analgésiques [14].
- Poids fœtal : l'effet de la taille du fœtus n'est pas très clair et selon les études, le poids fœtal pourrait influencer ou non les besoins analgésiques maternels[15,16].
- Âge maternel [17,18]: il semblerait que l'âge maternel avancé puisse influencer avantageusement la perception douloureuse pendant le travail obstétrical .
- Anxiété maternelle : il est évident que l'anxiété maternelle contribue à

augmenter le ressenti de la douleur , et il a été démontré que l'information prénatale et les cours de préparation à la naissance, en diminuant l'anxiété, ont un effet favorable sur la douleur[19].

- « Neuro-matrix » la douleur obstétricale : Après avoir décrit la théorie « Gate control » consistant en l'ouverture et la fermeture d'une porte au niveau spinal, comme mécanisme prépondérant contrôlant la perception de la douleur, Melzack a proposé la théorie de la « Neuro-Matrix » sur la douleur [20]. Cette théorie reconnaît qu'il y a une convergence simultanée d'une panoplie d'influences, tels que l'expérience personnelle, des facteurs culturels, l'état émotionnel, les influx cognitifs, le stress, le système immunitaire ainsi que les influx sensoriels immédiats.
- Chronobiologie de la douleur : il a été récemment démontré que les scores de douleurs sont différents selon les moments du jour et de la nuit. Il en ressort que c'est le matin que les femmes signalent le moins de douleur [21].

1.1.3. Répercussions maternelles et fœtales de la douleur au cours du travail[22]

- **Effet sur la mère [23,24] :**
- La douleur obstétricale va d'abord induire une modification ventilatoire : La douleur des contractions utérines est un puissant stimulus respiratoire. Avec une augmentation concomitante de la fréquence respiratoire et du volume courant, la ventilation peut ainsi passer de 10 à 23 l·min⁻¹. La conséquence immédiate est une chute de la capnie maternelle de 32 mm Hg à des valeurs de 16 à 20 mm Hg avec installation d'une alcalose respiratoire. Pendant la relaxation utérine entre deux contractions, la profonde hypocapnie réactionnelle provoque une brève période hypoventilation réactionnelle qui peut réduire la pression partielle artérielle d'oxygène(PaO₂) maternelle de 10 à 50 %. Lorsque la PaO₂ maternelle diminue en deçà de 70 mm Hg, des

répercussions significatives sont à craindre chez le fœtus (baisse de la PaO₂ fœtale et décélération tardive).

- Simultanément vont apparaître des modifications cardio-vasculaires : Le travail provoque une augmentation progressive du débit cardiaque et ceci par deux mécanismes. D'une part, chaque contraction utérine réalise une sorte d'autotransfusion et apporte 250 à 300 ml de sang de l'utérus vers la circulation maternelle. D'autre part, la stimulation sympathique augmente le tonus vasculaire et l'inotropisme cardiaque. Il en résulte une majoration de 20 à 30 mm Hg de la pression artérielle systolique et de 15 à 20 mm Hg de la pression artérielle diastolique responsable d'une augmentation du travail du Ventricule gauche qui si il est habituellement bien toléré chez la femme jeune sans antécédents, peut être délétère dès lors qu'il existe des pathologies cardio-vasculaires. La position de la parturiente influence directement le débit cardiaque en fin de grossesse. L'hypotension artérielle est majeure en position allongée, secondaire à une compression cave inférieure surtout dans les grossesses multiples. On peut également noter une compression aorti-iliaque qui est asymptomatique mais diminue la perfusion utero- placentaire.

- La douleur obstétricale a aussi un retentissement métabolique et endocrinien : Trois éléments se combinent pour provoquer une acidose maternelle : une majoration de la consommation d'oxygène, une perte de bicarbonate (induite par l'alcalose respiratoire qu'occasionnent les contractions) et une diminution des apports hydrates de carbone. Cette acidose provoque une accumulation de lactate dont la traduction biologique est la majoration du base-excess. L'acidose est alors transférée au fœtus, car les lactates traversent la barrière placentaire.

- Un point important est le ralentissement de la vidange gastrique dû à la diminution de la motilité gastro-intestinale : Celle-ci est constante dès 24

semaines d'aménorrhée et elle est aggravée par les opioïdes administrés (par voie générale ou péridurale) au cours du travail. En effet la réplétion gastrique expose au risque de vomissements, et d' inhalation bronchique en cas de recours à l'anesthésie générale.

- La douleur du travail induit un état d'hypercatécholaminergie : dont la conséquence est une diminution du débit sanguin utérin par vasoconstriction utérine.
- Il apparaît indispensable d'évoquer les répercussions psychologiques de la douleur : Mal calmée, ou mal vécue la douleur obstétricale peut retentir durablement sur les affects maternels ; elle peut ternir les relations de la mère avec son enfant, provoquer une peur des grossesses futures et perturber la vie sexuelle du couple.
- Il est intéressant de noter que la douleur du travail, par deux voies différentes, peut aussi bien stimuler qu'inhiber l'activité utérine: Alors que la noradrénaline stimule l'activité de l'utérus, l'adrénaline et le cortisol l'inhibent. Chez certaines patientes, la douleur provoque des contractions désordonnées à l'origine d'une véritable dystonie dynamique.

- **Effets sur le fœtus**

Pendant le travail, les contractions réduisent de façon intermittente, le débit sanguin inter villositaire et altère temporairement les échanges gazeux transplacentaires. l'alcalose respiratoire et l'élévation des taux de cortisol et de noradrénaline sont les deux mécanismes impliqués.

- L'alcalose respiratoire à trois effets majeurs:

- Elle déplace vers la gauche la courbe de dissociation de l'hémoglobine maternelle et diminue de ce fait le transport d'oxygène de la mère au fœtus.

- Elle provoque des périodes d'hypoxie maternelle pendant les phases de relaxation utérine.
- Elle occasionne une vasoconstriction ombilicale.

➤ L'élévation des taux de cortisone et de noradrénaline provoque:

-Une diminution du débit sanguin utéroplacentaire. Si le fœtus est à risque du fait de conditions maternelles ou obstétricales défavorables, il est à craindre que l'altération des échanges gazeux provoquée par la seule douleur majeure la morbidité périnatale.

1.2. La péridurale

1.2.1 Rappel anatomique et technique de la ponction péridurale[24,25]:

Les structures traversées durant la ponction comprennent d'arrière en avant : la peau puis l'espace sous-cutané, le ligament inter-épineux, le ligament jaune et l'espace péridural en évitant de traverser les enveloppes méningées entourant le liquide céphalo-rachidien et les racines nerveuses.

L'espace péridural est virtuel et se trouve juste avant l'espace rachidien. On ne traverse pas la dure-mère. Cet espace est composé d'un plexus veineux et de la graisse.

La pose du cathéter de péridurales se fait par un médecin anesthésiste, de manière stérile, sous monitoring cardiaque (PA, FC), pulmonaire (SaO₂) et fœtale en salle d'accouchement. La patiente est en position assise ou en décubitus latéral gauche et est perfusée par au moins 1 litre de sérum physiologique afin de prévenir une chute tensionnelle due au bloc sympathique.

La ponction péridurale, est effectuée avec une aiguille entre deux vertèbres lombaires en dessous de L2, après un double badigeonnage antiseptique et une anesthésie locale de la peau qui doit être systématique.

Le choix de la position de la patiente dépend des habitudes de l'anesthésiste. Certains préfèrent le décubitus latéral qui est parfois plus confortable pour les parturientes. La

majorité des anesthésistes préfèrent cependant la position assise en obstétrique car elle rend la ponction plus aisée, et facilite ainsi un abord bien médian de l'espace péridural.

L'espace péridural est identifié entre deux contractions, un cathéter est inséré de 4 à 5 cm dans l'espace péridural puis fixé par un pansement stérile. Après mise en place, la position du cathéter dans l'espace est testée : absence de reflux sanguin ou de liquide céphalo-rachidien à l'aspiration (pas de brèche vasculaire ou dure-mérienne) et absence d'effets secondaires à l'injection du produit (lidocaïne, adrénaline). L'injection initiale (10-15 ml selon la parturiente et la solution utilisée) est effectuée de façon fractionnée après un test d'aspiration.

C'est une technique anesthésique réversible qui consiste en l'administration d'anesthésiques locaux avec ou sans adjuvant (opiacés, ou autres) dans l'espace péridural.

1.2.2 Pharmacologie et mécanismes d'action des anesthésiques locaux et opiacés[26,27]

L'efficacité de l'analgésie doit être évaluée à l'aide d'un score de la douleur régulièrement répété au cours du travail. L'ENS (échelle numériques simples, de 0 à 10) est un score simple bien adapté.

➤ Les anesthésiques locaux [27,28]

Ils bloquent la conduction nerveuse en modifiant la propagation du potentiel d'action dans les axones. Ce bloc de conduction (ou transmission nerveuse) entraîne un bloc sympathique, un bloc sensitif (antalgique), et éventuellement un bloc moteur suivant la concentration et la vitesse d'injection du produit utilisé. Selon l'effet recherché (bloc sensitif et ou moteur), l'anesthésique local peut être utilisé à différentes concentrations. Les principaux anesthésiques locaux actuellement à notre disposition sont la lidocaïne (Xylocaïne), la bupivacaine (Marcaine) et plus récemment la ropivacaine (Naropeine) et la lévobupicaine (Chirocaine).

La Xylocaïne est responsable d'un bloc moteur plus important et de ce fait n'est plus utilisée pour l'analgésie pendant le travail. La ropivacaine (Naropeine) et la lévobupivacaine (Chirocaine) sont deux alternatives intéressantes à la Marcaine pour réduire encore d'avantage le bloc moteur. L'évolution des pratiques, centrées sur la réduction du bloc moteur, conduit à l'emploi de solutions très diluées (Marcaine ou Naropeine ou Chirocaine à environ, 0,10 %) associées à un morphinique puissant (sufentanil en France).

➤ Les opiacés[27,28]

Ils appartiennent au Système modulateur de la douleur. Ils ont des récepteurs spécifiques au niveau de la moelle et du cerveau. Leur administration modifie le message nociceptif (ou douloureux) avant qu'il n'arrive au cerveau. En pratique, on associe les anesthésiques locaux et les opiacés avec les avantages suivant : retardement du développement de la tachyphylaxie grâce aux anesthésiques locaux, diminution de la dose des deux médicaments utilisés, diminution de l'incidence des effets secondaire de chacune des molécules et amélioration de la durée et de l'intensité de l'analgésie en agissant sur deux modalités différentes : transmission,et modulation.

1.2.3 Contre-indications de l'APD [27,28]

- Absolues : refus de la patiente, infections locales et générales, état de choc, hypovolémie sévère, trouble de la coagulation, traitement anticoagulant en cours, souffrance fœtale aigue nécessitant une extraction immédiate.

- Relatives : maladie neurologique et neuromusculaire, allergie aux anesthésiques locaux et ou opiacés, rachis pathologique et/ ou opéré, trouble de la conscience, pathologie cardiaque maternelle sévère (shunt gauche-droit, HTAP fixée, sténose aortique), manque de collaboration de la patiente.

1.2.4 Risques de l'APD [25,28]

- Liés à la technique de mise en place et aux manipulations du cathéter :

Hématome, infection, brèche de la dure-mère avec céphalées du post-partum, arachnoïdienne, injection intravasculaire par brèche vasculaire secondaire à la vasodilatation des veines péri-durales, lésion de la moelle ou d'une racine nerveuse, déplacement secondaire du cathéter, risque de méningite chimique si du désinfectant alcoolique ou autres substances toxiques pénètrent dans le cathéter péri-dural, péri-durale incomplète avec latéralisation, échec de la péri-durale, lombalgie chronique du post-partum régressive sur 2-3 mois.

- Liés aux substances administrées : dépression respiratoire, hypotension, nausées- vomissements, rétentions urinaires, prurit.

1.2.5 Effets secondaires : [25,28]

- Ceux induits par les anesthésiques locaux : hypotension, bloc-moteur, rétentions urinaires, allergies.
- Si surdosage ou injection intravasculaires d'anesthésiques locaux : risque de toxicité neurologique (étourdissements, acouphènes, goût métallique dans la bouche, troubles visuels, convulsions, coma) ou de toxicité cardiaque (trouble du rythme cardiaque pouvant aller jusqu'à l'arrêt cardiaque).
- Ceux induit par les opiacés : dépression respiratoire, nausées-vomissements, sédation, prurit.

1.2.6 Indications des péri-durales médicales [25,28]

- Liées à la mère : pré-éclampsie et HTA gravidique, cardiopathies maternelles préexistantes, parturientes asthmatiques...
- Liées au nouveau-né: macrosomie, grossesse gémellaire, utérus cicatriciel,

1.3 Les principes médico-légaux de l'obligation d'information du patient

Telle qu'exprimée dans l'arrêt Mercier[29], le médecin est tenu, à l'égard de son patient, d'une double obligation : « de science et de conscience ». Au-delà des fautes dites de technique médicale, la responsabilité du professionnel de santé peut en effet être recherchée pour un manquement aux obligations éthiques auxquelles il est tenu à l'égard de son patient, principalement celles de l'informer sur les risques de l'acte, de recueillir son consentement et de respecter sa volonté ainsi exprimée.

Après avoir été longtemps essentiellement d'origine jurisprudentielle, et avoir reposé , selon la Cour de Cassation française sur le droit à la dignité du patient, ces obligations sont aujourd'hui prévues par de nombreuses sources de droit interne ou supranational. Alors que l'article 16-3 al. 2 du code civil français pose l'exigence de recueil du consentement de l'intéressée, les articles du Code de la santé publique issus de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, ainsi que ceux du code de déontologie médicale, en codifient les modalités pratiques.

Ces obligations sont également imposées par des textes internationaux, tels que la déclaration d'Helsinki (1964)[30], ou plus récemment par l'article 5 de la Convention Européenne sur les Droits de l'Homme et la Biomédecine ou encore l'article 3-2 de la Charte des Droits Fondamentaux de l'Union[31,32]

La multiplicité de ces sources démontre que l'obligation de recueillir le consentement libre et éclairé est donc aujourd'hui imposée comme un droit fondamental du patient, ainsi qu'en atteste d'ailleurs la place de cette obligation dans la loi du 4 mars 2002, située volontairement par le législateur dans un chapitre relatif aux droits des usagers du système de santé qui constitue, en droit français, une sorte de charte de ses droits essentiels.

1.3.1. Le code civil [33]

➤ *Article 16-3 alinéa 1*

« Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui.

Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir »

1.3.2. Le code de déontologie médicale [34,35,36]

➤ *Article 35*

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. »

➤ *Article 36*

« Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité. »

➤ *Article 64*

« Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade. »

1.3.3. Code de santé public : loi de mars 2002[37,38,39]

➤ Art. L. 1111-1.

« Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose. »

➤ Art. L. 1111-2

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

« En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen. »

➤ Art. L. 1111-4

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Aucun

acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

1.3.4. La charte du patient hospitalisé [40]

« Les établissements doivent veiller à ce que l'information médicale et sociale des personnes hospitalisées soit assurée et que les moyens mis en œuvre soient adaptés aux éventuelles difficultés de communication ou de compréhension des patients, afin de garantir à tous l'égalité d'accès à l'information. Il revient à l'établissement et aux professionnels de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé. Toute personne n'a le droit d'être informée sur son état de santé et le secret médical n'est pas opposable au patient. Toutefois, la volonté d'une personne de ne pas être informée du diagnostic ou du pronostic la concernant doit être respectée, sauf si son état de santé présente des risques de transmission à des tiers. Le médecin doit, au cours d'un entretien individuel, donner à la personne une information accessible, intelligible et loyale. Cette information doit être renouvelée si nécessaire. Le médecin répond avec tact et de façon adaptée aux questions qui lui sont posées. L'information porte sur les investigations, traitements ou actions de prévention proposée ainsi que sur leurs alternatives éventuelles.

1.4- Les recommandations de bonne pratique pour les professionnels[40]

En mai 2012 l'HAS actualise ses recommandations concernant la délivrance de l'information aux patients ; ces principales recommandations concernent le contenu et la qualité de l'information, sur les modalités de sa délivrance et sa traçabilité, et enfin sur l'évaluation de l'information.

1.4.1 Le contenu de l'information

Qu'elle soit donnée exclusivement de façon orale ou accompagnée d'un document écrit, elle doit répondre aux critères de qualité :

- être synthétique, hiérarchisée, compréhensible par la personne et personnalisée ;
- présenter, quand elles existent, les alternatives possibles ;
- présenter les bénéfices attendus des actes ou soins envisagés, puis leurs inconvénients et leurs risques éventuels y compris ceux qui mettent en jeu le pronostic vital ou fonctionnel.
- Le professionnel de santé s'assure que la personne a compris l'information, par exemple en lui demandant de dire ce qu'elle a compris.
- Il invite la personne à s'exprimer et à poser des questions sur les informations données
- Le Professionnel de santé indique la proposition qui a sa préférence, en expliquant les raisons.
- Il lui propose de revenir pour un autre entretien dans le cas où elle se poserait des questions nouvelles

1.4.2 Les modalités de la délivrance de l'information

- Par un entretien individuel
- Par un entretien en présence d'un accompagnant
- Lorsque la personne est étrangère, il est recommandé de faire appel, si possible, à un interprète.
- De même, lorsque la personne est en situation de handicap sensoriel (surdité) ou moteur (dysarthries) en dehors de toute altération cognitive, il est recommandé de faire appel à un assistant de communication.
- Par un entretien en présence d'une personne de confiance
- S'il y a usage de documents écrits, ceux-ci doivent être hiérarchisés, reposer sur des données validées, présenter les bénéfices attendus des actes ou des soins envisagés avant l'énoncé des inconvénients et des risques éventuels. Ils doivent

préciser les risques fréquents, et pour les risques normalement prévisibles, les risques graves. Il doit indiquer les moyens mis en œuvre pour faire face aux complications éventuelles, ainsi que les signes d'alerte détectables par la personne ; ils doivent être synthétiques, clairs et courts, et compréhensibles par le plus grand nombre.

1.4.3 La traçabilité de l'information

Le dossier contenant les informations de santé relatives à la personne mentionne les informations majeures qui lui ont été délivrées, par qui et à quelle date, ainsi que les difficultés éventuellement rencontrées lors de ces mentions, ce qui suffit à servir de preuve en cas de litige. Il n'y a pas lieu de demander à la personne une confirmation signée de la délivrance de l'information.

1.4.4 Évaluation de l'information donnée

Comme pour tout acte de soins, l'information fait l'objet d'une évaluation.

- Évaluation de la satisfaction des personnes

La satisfaction des personnes à l'égard de l'information orale et des documents écrits fait l'objet d'une évaluation rétrospective par les établissements de santé, notamment dans le rapport des commissions sur les relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge.

- Évaluation des pratiques

Une évaluation régulière des pratiques d'information devrait être mise-en place. Elle devrait être appuyée :

- sur des enquêtes auprès des personnes afin de savoir si l'information leur a été donnée et de quelle manière .
- sur l'analyse rétrospective des dossiers médicaux afin de vérifier que l'information y figure systématiquement.

- Évaluation de la qualité des documents écrits d'accompagnement de l'information.

1-5 Le dommage résultant du défaut d'information

Comme vu précédemment l'article L.111-2 du Code de la Santé Publique précise le contenu du devoir d'information du médecin ainsi que le régime de la preuve en cas de contentieux : c'est au médecin de prouver qu'il a bien rempli son obligation d'information à l'égard de son patient.

En dépit de cette volonté manifeste du législateur de faciliter l'indemnisation des victimes de fautes médicales, la sanction du non-respect du devoir d'information du médecin restée soumise jusqu'en 2010 aux conditions générales de la responsabilité civile, c'est-à-dire à l'existence :

- d'une faute ;
- d'un préjudice ;
- et d'un lien de causalité entre la faute et le préjudice.

La question demeurait donc de savoir comment déterminer le préjudice direct causé au patient n'ayant pas été correctement informé par son médecin.

La conséquence directe du défaut d'information résidait dans le fait que le patient n'avait pas pu donner son accord à l'acte médical, ou au traitement, en pleine et totale connaissance de cause.

En pratique, la jurisprudence limitait le préjudice du patient non informé à une simple perte de chance d'échapper au risque de dommage corporel dont il n'avait pas été averti :

«...le médecin qui manque à son obligation d'éclairer son patient sur les conséquences éventuelles du choix de celui-ci d'accepter l'opération qu'il lui propose, prive seulement l'intéressé d'une chance d'échapper, par une décision peut-être plus judicieuse, au risque qui s'est finalement réalisé, perte qui constitue un préjudice distinct des atteintes corporelles résultant de ladite opération. »[42].

En fonction de l'importance, plus ou moins grande, de la chance perdue, le patient non informé pouvait se voir octroyer un pourcentage, plus ou moins important, du

préjudice corporel non évité.

Mais, la notion de perte de chance, que l'on rencontre dans d'autres domaines de la responsabilité civile, présente cependant un inconvénient majeur : elle ne peut être appréciée que de manière très subjective.

Tout en constatant un manquement du médecin à son obligation d'information, certaines décisions ont ainsi rejeté toute indemnisation au profit du malade au motif que les circonstances liées à son état de santé, sa personnalité, ou des antécédents familiaux, étaient de nature à établir que, même parfaitement informé de l'ensemble des risques de l'acte, le patient y aurait de toute façon consenti [43].

L'application classique des règles de la responsabilité civile au défaut d'information du patient présentait donc des limites et des inconvénients non négligeables au regard de la tendance générale du droit visant à améliorer l'indemnisation des victimes.

C'est sans doute la raison pour laquelle, la Cour de Cassation a été amenée à opérer en la matière un revirement important de jurisprudence dans un arrêt fondateur en date du 3 juin 2010 [44]. Cet arrêt a fait suite à une affaire dans laquelle une intervention chirurgicale avait été parfaitement exécutée, mais avait entraîné un des effets indésirables potentiellement inhérents à l'opération, ce dont le patient n'avait pas été informé.

La Haute Juridiction en visant notamment l'article 16 du Code civil, a fait sortir le devoir d'information du médecin du simple champ contractuel qui le lie à son patient, pour le placer sur le terrain des droits fondamentaux de la personne humaine.

Le droit à l'information est ainsi passé du statut d'obligation contractuelle du médecin, à celui de droit fondamental du patient en tant que personne humaine à laquelle est dû le respect de la dignité et de l'intégrité corporelle[45].

Le manquement du praticien à son obligation d'information est attentatoire aux droits de la personne, et cause nécessairement un préjudice au patient qui doit être indemnisé.

Cette position a été rappelée avec force dans un arrêt en date du 12 janvier 2012 [46], suite à une affaire, dans laquelle le patient souffrait d'un traumatisme au genou. Afin de trouver la cause de ses souffrances, son médecin a pratiqué une arthroscopie. Suite à celle-ci, le patient s'est plaint de nouvelles douleurs et a décidé d'engager la responsabilité de son médecin.

Une expertise judiciaire a été diligentée au terme de laquelle il est apparu que le praticien n'avait commis aucune faute technique, qu'il avait respecté les règles de l'art, et que les douleurs du patient n'étaient en définitive dues qu'à l'évolution naturelle du traumatisme initial du genou. La seule faute du médecin résidait dans l'absence de toute information délivrée au patient avant de pratiquer l'arthroscopie.

La Haute Juridiction a alors rappelé que ce manquement avait causé nécessairement un préjudice au patient que « le juge ne pouvait laisser sans réparation ».

Dans cette affaire, non seulement l'acte médical a été réalisé sans faute, mais en outre, il n'a entraîné aucune conséquence sur l'état du patient, état qui aurait été strictement le même en dehors de toute intervention médicale.

Pourtant, la Cour retient que le malade devait être indemnisé sur le fondement du manque d'information. Dans cette hypothèse, le patient peut ainsi prétendre à une indemnisation même lorsque le risque attaché à l'acte médical dont il a été l'objet ne s'est pas réalisé. En ne respectant pas son devoir d'information à l'égard du patient, le médecin porte atteinte à la dignité de la personne de ce dernier.

C'est cette atteinte qu'il convient d'indemniser, peu importe l'issue, même bénéfique, de l'acte médical sur l'état de santé du patient.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 Objectif de l'enquête

Comme nous l'avons détaillé précédemment dans l'introduction, les recommandations l'HAS et la législation française statuent sur l'importance d'une information loyale, claire et appropriée et d'un consentement libre et éclairé des patients pour tout acte médical. Aujourd'hui, l'APD est un acte très employé en France qui suscite donc des questionnements chez toutes les parturientes au moment de leur grossesse. Certaines hésitent à en bénéficier, d'autre n'en veulent pas, et d'autres n'imaginent pas leur accouchement sans péridurale ; mais alors cet acte qui préoccupe tant les futures mamans est-il accompagné d'une information claire et suffisante ? Et ces informations sont-elles suffisamment comprises et permettent-elles aux parturientes de faire un choix en connaissance de cause ?

Cette étude comprend donc deux objectifs :

- évaluer la satisfaction de l'information donnée.
- évaluer la compréhension de l'information reçue.

2.2 Méthode

2.2.1 Lieu et durée de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective quantitative conduite sur la période du 1er juin au 31 novembre 2013. Cette enquête est réalisée dans le service de gynéco- obstétrique du centre intercommunal hospitalier de Vernon avec l'accord du Docteur TRUONG CANH, chef de service.

2.2.2 Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé avec l'aide d'un gynécologue. Une première version en d'abord été testée auprès de 15 patientes qui ont pu émettre des remarques, qui nous a permis de faire quelques modifications. La version définitive a été validée par le chef de service : le Dr TRUONG CANH.

2.2.3 Réalisation de l'étude

Un questionnaire anonyme standardisé a été remis par les internes de médecine générale aux femmes répondant aux critères d'inclusion en suite de couches à j1. Une fois remplis, les questionnaires ont été rendus soit au personnel soignant soit aux internes au moment de la sortie afin de leur laisser suffisamment de temps y répondre.

140 questionnaires ont été imprimés et distribués dans l'optique d'un recueil d'au moins 100 questionnaires exploitables.

Les patientes ont reçu une explication du déroulement de l'enquête afin de donner leur consentement pour y participer.

2-3 Population étudiée

2.3.1 Critères d'inclusion :

- primipare ou multipare
- ayant accouché à 37 semaines d'aménorrhée révolues ou plus, car à ce terme les patientes auront pu bénéficier de toutes les sources d'informations envisagées.
- déclenché ou non
- majeur

2.3.2 Critères d'exclusion

- les femmes ne comprenant pas le français oral ou écrit.
- les femmes ayant refusé de participer à l'étude.
- les femmes présentant une pathologie médicale ou obstétricale imposant l'ADP (césarienne programmée, cardiopathie, épilepsie...)
- Les femmes ayant eu une césarienne.

2.4 Matériel

2.4.1 Contenu du questionnaire

Le questionnaire comporte 33 questions, dont des questions fermées et 5 questions ouvertes ; parmi les questions fermées, 19 sont à variable binaire dans l'optique d'un traitement statistique exprimé en pourcentage avec un intervalle de confiance de 95%, et 8 sont à variable catégorielle.

Les questions ouvertes permettaient d'étudier plus largement l'opinion des femmes tandis que les questions fermées obligeaient à prendre une position.

Le questionnaire est organisé en trois parties:

La première partie consiste à faire une présentation des patientes en recueillant des données sociales démographiques et obstétricales:

- niveau d'études
- âge
- nombre d'accouchements
- expérience antérieure d'APD
- accouchement sous APD ou pas
- désir ou non de bénéficier de l'APD
- raison pour lesquels certaines ne souhaitent l'APD

La deuxième partie évalue l'information recueillie par :

- le mode d'information sur l'APD (Personnel médical, médias, entourage, cours de préparation à l'accouchement)
- le caractère clair et suffisant de l'information délivrée par le personnel médical (gynécologue, anesthésistes, sage-femme) et si ces informations ont influencé le choix pour la péridurale (question 18).
- La fiche d'information de la SFAR si celle-ci avait été lue et son attractivité
- Des suggestions sur l'information reçues par l'équipe médicale.

La troisième partie évalue les connaissances des patientes par:

- un test composé de 10 questions auxquelles elles répondent par vrai ou faux. Nous avons choisi des questions qui reposent sur les risques et les possibles effets secondaires ainsi que sur les bénéfices et le déroulement de la péridurale puisqu' il s'agit de notions importantes à avoir en main avant de donner son consentement. L'ensemble des réponses à ces questions figurent dans la fiche d'information remise avant la consultation d'anesthésie.
- Pour évaluer le critère de compréhension nous avons attribué une note entre 0 et 10 à chaque patiente et avons défini à partir de là 2 niveaux de compréhension « bonne » ou « mauvaise » en fonction de la note obtenue. Lorsque la note obtenue se situait entre 0 et 6/10 la compréhension a été considérée comme « mauvaise » . Lorsque la note obtenue se situait entre 7 et 10/10 la compréhension a été considérée comme « bonne ».

2.4.2 Analyse statistique

Les résultats des questions à variable binaire sont exprimés en moyenne avec un intervalle de confiance de 95% .

Les résultats des questions à variable catégorielle sont exprimés en effectif et en pourcentage.

Nous avons utilisé le test de chi-2 pour apprécier les différences significatives entre différent items. Une valeur de $p < 0.05$ a été considérée comme significative.

Les questions à réponse ouverte ont été décrites par un inventaire des réponses données et un regroupement en fonction de leur fréquence et pertinence.

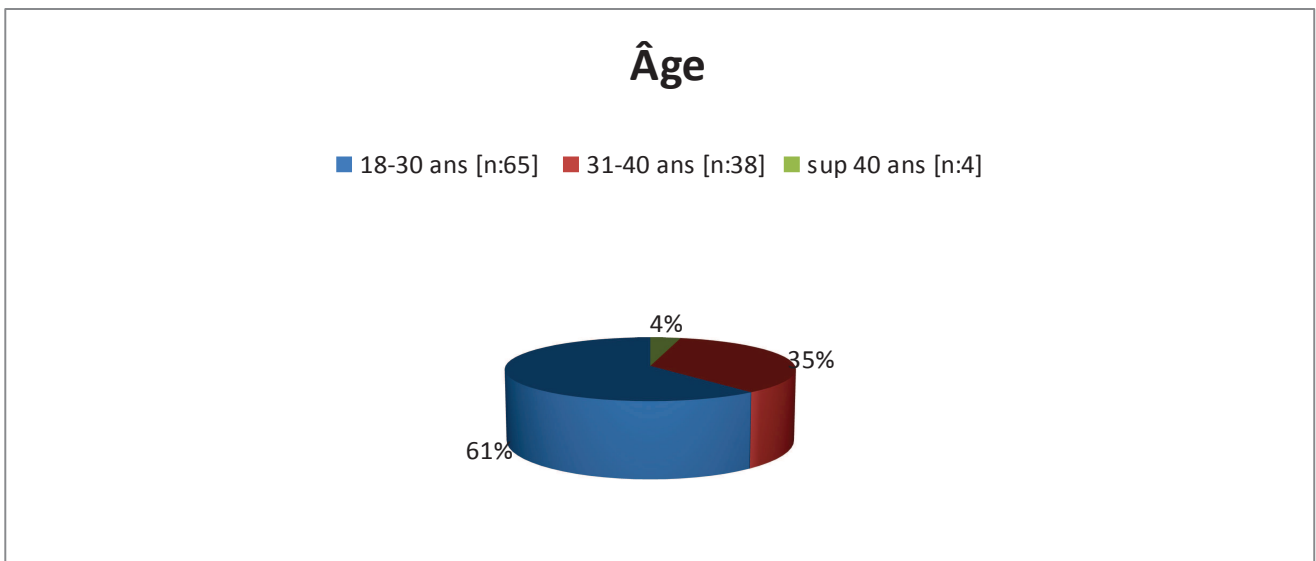
3-RESULTAT DE L'ENQUETE

Sur les 145 questionnaires distribués, 107 questionnaires ont pu être récupérés et analysés ce qui représente 73% de taux de participation.

3.1 Profil de la population étudiée

3.1.1 Age

La moyenne d'âge est de 28 ans avec des extrêmes allant de 19 ans à 42 ans.

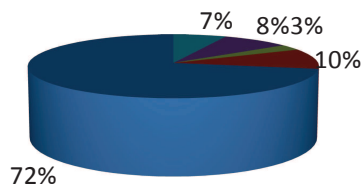


3.1.2 Origine géographique :

La majorité des femmes sont d'origine française (71.9%). Les femmes d'origine étrangère représentent 28% des femmes de notre étude, le groupe en nombre plus important de femmes étrangères étant composé de femmes originaire d'Afrique soit 10%.

origine

■ française [n:77] ■ africaine [n:11] ■ européenne [n:3]
■ française d'outre-mer [n:9] ■ asiatique [n:7]



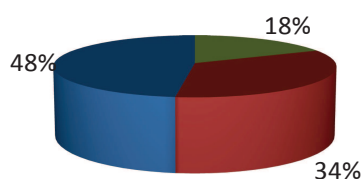
3.1.3 Niveau d'étude :

A noter que : toutes les femmes de notre étude ont été scolarisées.

Les femmes ayant fait des études supérieures représentent presque la moitié soit 48%, 34% ont interrompu leurs études au lycée et 18% au collège.

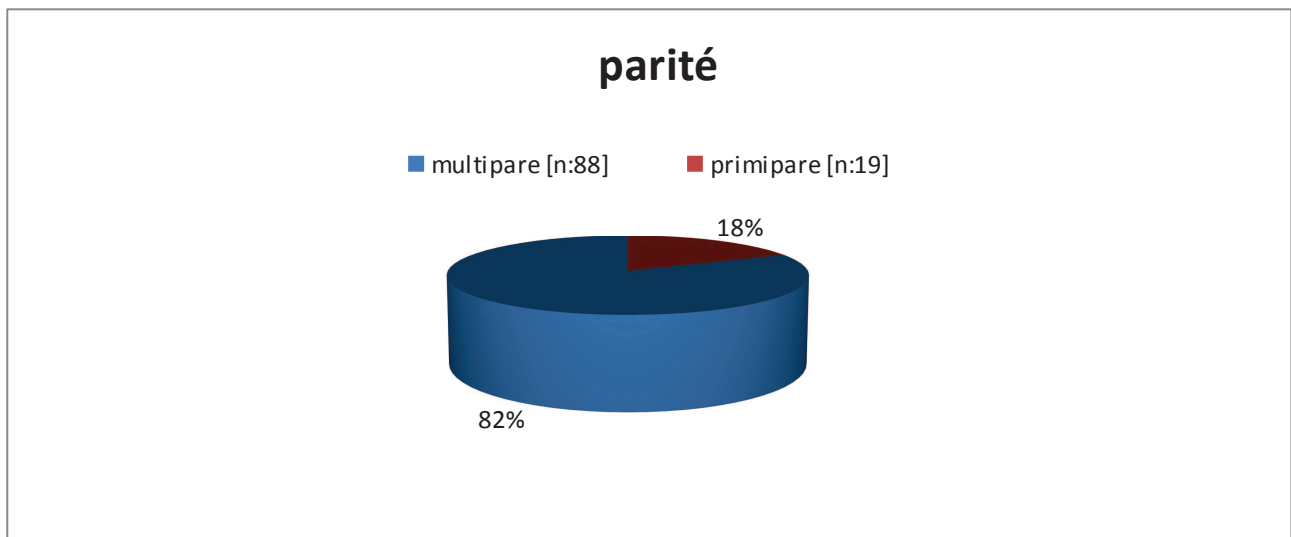
niveau d'étude

■ enseignement supérieur [n:51] ■ lycée [n:37] ■ collège [n:19]



3-1-4 Parité

1. La grande majorité sont multipares soit 82 % (n:88), seulement 18% (n:19) sont primipares.



3.1.5 Antécédent de l'APD

64% des femmes (n:69) avaient déjà expérimenté l'APD, tandis que 36% (n:38) ne l'avaient jamais expérimenté.

| | N : 107 | IC 95% |
|-----------------------|----------------|---------------|
| Atcd d'APD | 69 | 64% |
| Pas d'Atcd APD | 38 | 36% |

3.2 Les modalités d'accouchement

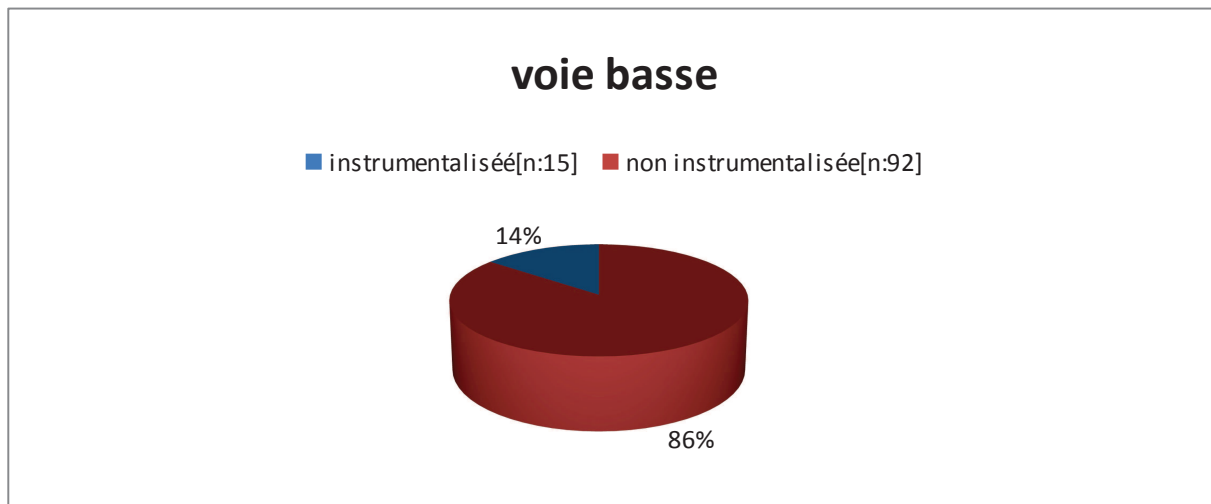
3.2.1 Avec péridurale ou sans péridurale

Parmi les 107 patientes 72% (n :76) ont bénéficié de la péridurale, tandis que 28% (n:31) ont accouché naturellement.

| | N: 107 | IC 95% |
|--------------------------------|---------------|---------------|
| Accouchement avec d'APD | 76 | 72% |
| Accouchement sans d'APD | 31 | 28% |

3.2.2 Voie basse instrumentalisée ou voie basse non instrumentalisée

Seules les femmes ayant accouché par voie basse ont été incluses dans notre étude, parmi elles 86%(n: 92) ont accouché par voie base non instrumentalisée et 14% (n: 15) par voie basse instrumentalisée.



3.3 Raisons du refus des patientes et de leur l'incertitude vis-à-vis de l'APD

55 patientes (51%) ne savaient pas ou ne voulaient pas l'APD avant d'avoir reçu les informations, à partir de la question ouverte (q.9) «Avant de recevoir les informations nécessaire concernant la péridurale si vous ne souhaitiez pas la péridurale ou si vous ne saviez pas, pourriez-vous nous en donner les raisons ? », nous avons tenté de comprendre les causes de ce refus ou de cette hésitation. A cette question parmi les 55 femmes, seulement 14 ont répondu. Notons que la possibilité pour chaque patiente d'exprimer plusieurs raisons explique le nombre supérieur de réponse aux nombre de patientes ayant répondu. Voici les causes relevées:

« Volonté d'un accouchement naturel sans anesthésiant »: évoquée par 10 patientes

« Peur de l'aiguille » : évoquée par 7 patientes

« Peur des complications » : évoquée par 7 patientes

« Sentir le passage du bébé » : évoquée par 5 patientes

3.4 Le vécu de l'accouchement

3.4.1 Avec l'APD

Parmi les 76 patientes ayant accouché sous APD 69 (91%) ont été satisfaites de l'APD, et 7 patientes (9%) n'ont pas été satisfaites. A la question ouverte (q.20) « Etes-vous satisfaites de votre anesthésie péridurale? Pourriez-vous nous donner les raisons de votre satisfaction ou insatisfaction? »

46 patientes ont rapporté les raisons de leur satisfaction et 3 patientes les raisons de leur insatisfaction. Comme ci-dessus la possibilité d'exprimer plusieurs avis explique un nombre supérieur de réponses aux nombres de patientes ayant répondu.

Voici les raisons qu'ont données les patientes satisfaites de l'APD:

« L'absence de douleur » : évoquée par 46 patientes, soit toutes celles qui ont répondu

« Bon vécu psychologique »: évoqué par 27 patientes

« Le confort »: évoqué par 15 patientes

A l'inverse les patientes insatisfaites de l'APD ont donné 2 raisons :

« Échec de la pose »: évoqué par 2 patientes

« Pose douloureuse »: évoquée par 1 patiente

3.4.2 Sans l'APD

Dans notre étude, 31 patientes (28%) ont accouché sans péridurale, 29 ont été satisfaites de leur accouchement et seulement 2 n'ont pas été satisfaites. A la question ouverte (q.21) « Vous n'avez pas eu la péridurale : êtes-vous satisfaites de votre accouchement ? Pouvez-vous nous donner les raisons de votre satisfaction ou insatisfaction ? » Les 2 patientes qui n'ont pas été satisfaites ont donné la même raison, à savoir le « traumatisme causé par la douleur ».

A ces patientes ayant accouché sans péridurale une autre question ouverte a alors été posée (q.19) «avez-vous finalement eu la péridurale, si non pourquoi ?». A cette question, 19 ont répondu et ont donné les raisons ci-dessous:

« Arrivée trop tard »: pour 12 patientes

« Douleur supportable »: pour 5 patientes

« Accouchement à domicile »: pour 1 patiente

3.5 Les différentes sources d'informations

Les patientes ont eu le choix entre 9 sources d'information possibles.

Toutes les patientes ont reçu les informations par le biais de plusieurs sources.

Le nombre de sources par patiente était en moyenne de 3,5. Une seule patiente aurait bénéficié de 9 sources d'information.

Les 3 premières sources d'information sur l'APD sont constituées par le corps médical:

Soient 88% par le médecin anesthésiste, 62% par la sage-femme de la maternité, 55% par le gynécologue.

Un peu plus de la moitié de femmes ont reçu des informations par leur entourage, soient 51%.

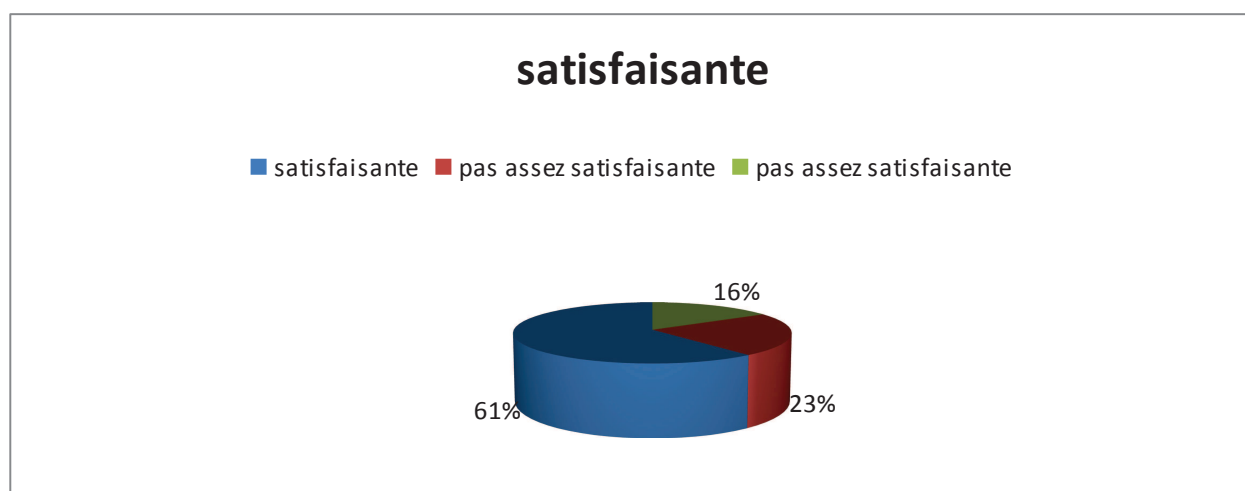
| | Effectif | IC 95 % |
|--|-----------------|----------------|
| Gynécologue maternité | 59 | 55 % |
| Médecin généraliste | 15 | 14 % |
| Sage- femme libérale | 23 | 21 % |
| Sage -femme maternité | 66 | 62 % |
| Gynécologue externe | 20 | 19% |
| Anesthésiste | 94 | 88 % |
| Internet | 25 | 23 % |
| Cours de préparation à la naissance | 45 | 42 % |
| Entourage | 51 | 48% |

3.6 Évaluation de l'information donnée par le personnel médical et la fiche d'information

3.6.1 Évaluation de l'information donnée par les gynécologues

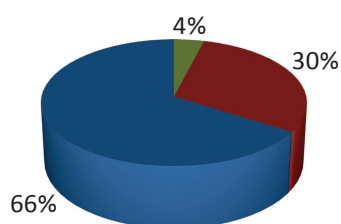
66% des patientes trouvent l'information donnée par le gynécologue claire, et 61% sont satisfaites de cette information. Concernant le contenu de cette information, elles auraient reçu plus d'informations sur les bénéfices et le déroulement de l'APD que sur ses complications puisque 44% des patientes rapportent avoir été informées des bénéfices, 56% du déroulement, et seulement 28% des complications. Néanmoins, un peu plus de la moitié des patientes trouvent l'information suffisante, soit 59% des parturientes.

| | Effectif | IC 95% |
|--|----------|--------|
| Information claire | 71 | 66 % |
| Information suffisante | 63 | 59 % |
| Information bénéfique de l'APD | 47 | 44 % |
| Information déroulement de l'APD | 60 | 56 % |
| Information complication de l'APD | 30 | 28 % |
| Information satisfaisante | 65 | 61 % |



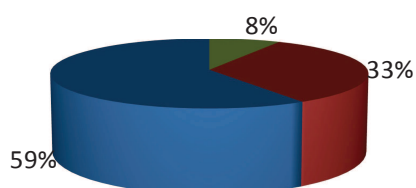
claire

■ claire ■ pas assez claire ■ pas du tout claire



suffisante

■ suffisante ■ pas assez suffisante ■ pas du tout suffisante



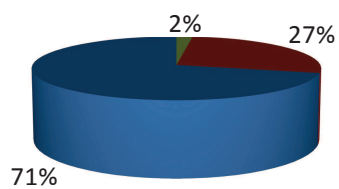
3.6.2 Evaluation de l'information donnée par les anesthésistes

84% des femmes ont trouvé l'information donnée par l'anesthésiste claire, et 76% étaient satisfaites de cette information. Il apparaît cependant que l'information délivrée par l'anesthésiste serait davantage orientée sur le déroulement de la péridurale que sur les bénéfices ou les complications de celle-ci, puisque moins de la moitié des femmes ont reçu des informations sur les complications (30%), et sur les bénéfices (59%), contre 73% sur le déroulement. Mais malgré ce constat la plupart des parturientes soit 68% (n: 73), estiment tout de même que cette l'information est suffisante.

| | Effectif | IC 95% |
|---|-----------------|---------------|
| Information claire | 89 | 84% |
| Information suffisante | 73 | 68% |
| Information bénéfice de l'APD | 63 | 59% |
| Information déroulement de l'APD | 78 | 73% |
| Information complications de l'APD | 41 | 30% |
| Information satisfaisante | 76 | 71% |

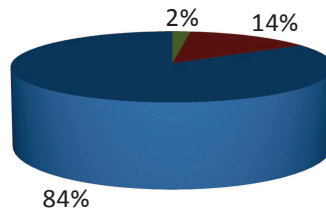
satisfaisante

■ satisfaisante ■ pas assez satisfaisante ■ pas du tout satisfaisante



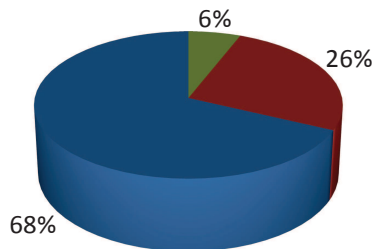
claire

■ claire ■ pas assez claire ■ pas du tout claire



suffisante

■ suffisante ■ pas assez suffisante ■ pas du tout suffisante



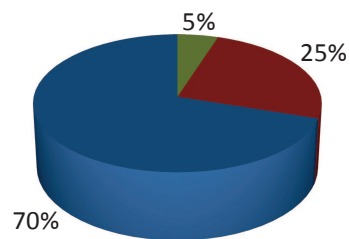
3.6.3 Evaluation de l'information donnée par la sage -femme de la maternité

79% des patientes ont trouvé l'information donnée par la sage- femme de la maternité claire et 70% étaient satisfaites. De la même manière que pour le gynécologue et l'anesthésiste, l'information de la sage-femme porterait plus sur le déroulement et les bénéfices de la péridurale que sur ses complications puisque 67% des patientes rapportent avoir été informées du déroulement, 45% des bénéfiques et seulement 36% des complications. Néanmoins, pour la plupart des patientes (73%), cette information semble suffisante.

| | Effectifs | IC 95% |
|---|------------------|---------------|
| Information claire | 84 | 79 % |
| Information suffisante | 78 | 73 % |
| Information sur les bénéfices de l'APD | 48 | 45 % |
| Information sur le déroulement de l'APD | 72 | 67 % |
| Information sur les complications de l'APD | 38 | 36 % |
| Information satisfaisante | 75 | 70% |

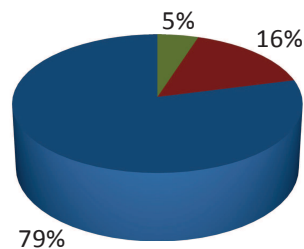
satisfaisante

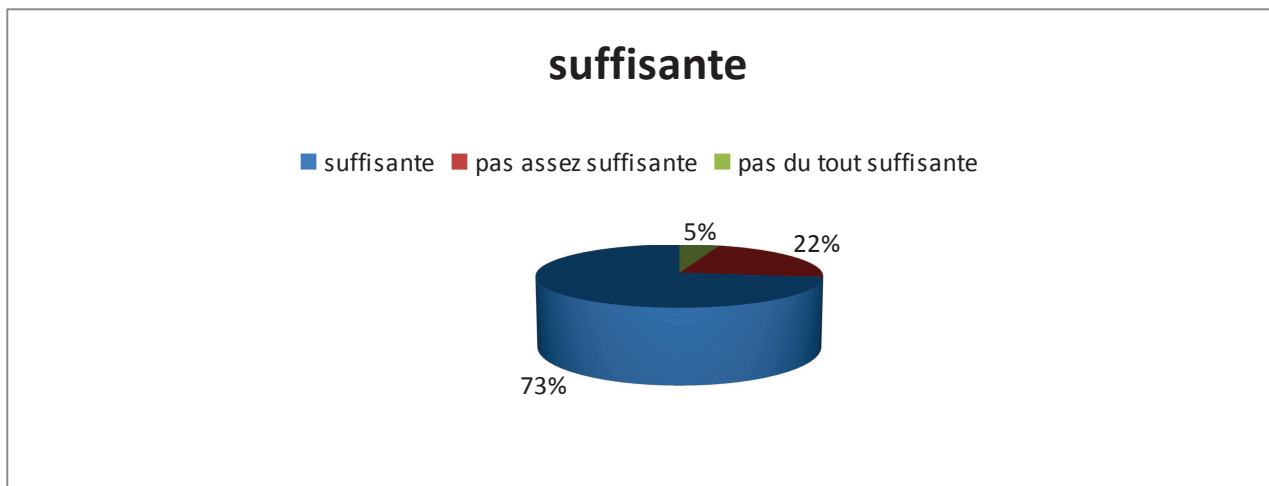
■ satisfaisante ■ pas assez satisfaisante ■ pas du tout satisfaisante



claire

■ claire ■ pas assez claire ■ pas du tout claire





3.6.4 Evaluation de l'information reçue par l'intermédiaire de la fiche d'information de la SFAR

La majorité (89%) des patientes ont lu la fiche, et parmi elles, 88% l'ont comprise, 71% l'estiment utile, mais moins de la moitié des patientes (49%) la trouve satisfaisante.

| | Effectif | IC 95% |
|----------------------------|-----------------|---------------|
| Fiche lue | 95 | 89 % |
| Fiche utile | 70 | 71 % |
| Fiche satisfaisante | 49 | 49 % |
| Fiche comprise | 84 | 88 % |

3.7 La compréhension de l'information

3.7.1 Réponses au test de connaissances

Dans notre test de connaissance, les réponses justes sont exprimées en pourcentage. Presque toutes les parturientes ont connaissance que l'APD peut provoquer des lombalgies transitoires puisqu'elles sont 89% à avoir répondu juste, ce qui correspond à la question la mieux réussie. La moins bien réussie est la question portant sur les difficultés mictionnelles liées à l'APD puisque seulement 23% des femmes répondent correctement à cette question.

| | Effectif | IC 95 % |
|--|-----------------|----------------|
| Il existe d'autres possibilités que la péridurale pour vous aider à gérer votre douleur | 87 | 83% |
| La péridurale se fait à proximité de la moelle épinière | 55 | 51% |
| la péridurale est toujours efficace | 86 | 80% |
| la péridurale peut provoquer des maux de tête | 43 | 41 % |
| la péridurale peut entraîner une hypotension artérielle chez la mère | 50 | 46% |
| la péridurale peut entraîner des difficultés transitoires à uriner | 23 | 21% |
| la péridurale assure une bonne stabilité des fonctions vitales | 52 | 49% |
| la péridurale peut entraîner une lombalgie transitoire | 94 | 89 % |
| Il n'y a aucun risque d'arrêt cardiaque sous péridurale | 26 | 23% |
| Il y a un risque de paralysie avec la péridurale | 90 | 86% |

3.7.2 Niveau de compréhension des patientes

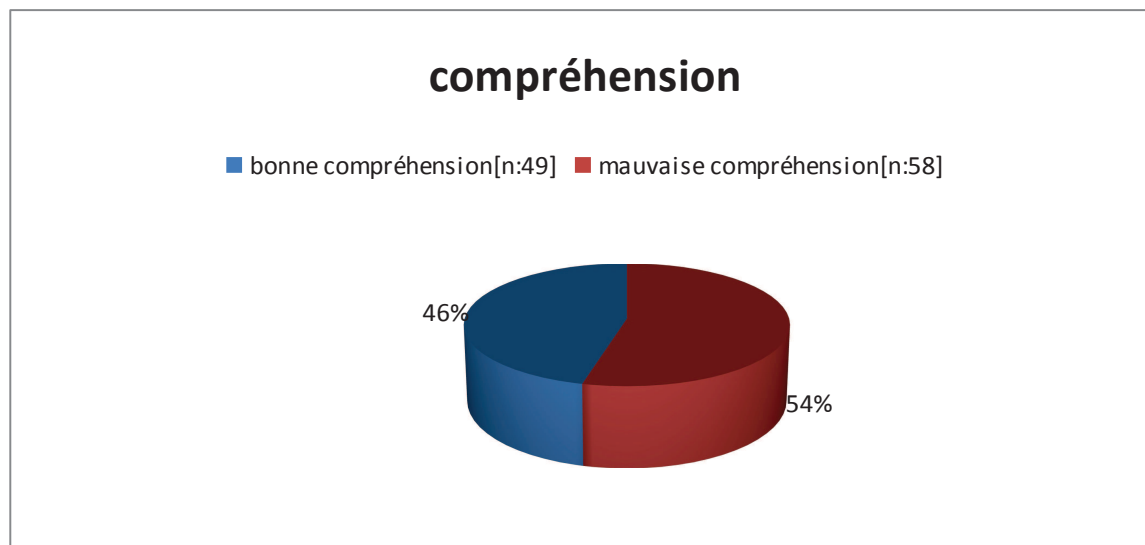
Selon la note obtenue pour chaque patiente nous avons pu définir leur niveau de compréhension à savoir « bon » ou « mauvais ».

46% (n: 49) ont une note entre 7 et 10/10 ce qui correspond à un bon niveau de compréhension.

54%(n: 58) ont une note entre 0 et 6/10 ce qui correspond à un faible niveau de compréhension.

Notons secondairement que la question la mieux réussie est celle concernant les

lombalgies transitoires, et la moins bien réussie est celle concernant les troubles de la miction.



3.8 Les facteurs qui influencent la satisfaction des patientes

3.8.1 Antécédent d'APD et satisfaction des patientes

Concernant la satisfaction quant à l'information délivrée par le corps médical on peut remarquer qu'il existe une différence significative entre les femmes ayant déjà expérimenté la péridurale et celles qui ne l'ont jamais expérimenté ; en effet les patientes ayant un ATCD d'APD sont plus satisfaites de l'information que celles qui n'ont pas d'ATCD de péridurale.

Concernant la satisfaction quant à l'information délivrée par la fiche de la SFAR on peut remarquer qu'il n'y a pas de différence significative entre celles qui ont un ATCD d'ADP et celles qui n'en ont pas.

| | Information gynécologue satisfaisante | Information Anesthésiste satisfaisante | Information sage-femme satisfaisante | Information fiche satisfaisante |
|-------------------|--|---|---|--|
| Atcd d'APD | N: 47(40%) | N: 53(46%) | N: 52(46%) | N: 13(12%) |
| Pas d'APD | N: 18(24%) | N: 23(29%) | N: 23(28%) | N: 37(37%) |
| p-value | 0.004 | 0.01 | 0.02 | 0.9 |

N : nombre d'effectif

3.8.2 Parité et satisfaction des patientes

Il existe une corrélation significative entre la satisfaction et la parité. En effet les femmes multipares sont davantage satisfaites de l'information délivrée par le corps médical et également par la fiche d'information que les femmes primipares.

| | Information gynécologue satisfaisante | Information anesthésiste satisfaisante | Information sage-femme satisfaisante | Information Fiche satisfaisante |
|------------------|--|---|---|--|
| Multipare | N: 58(53%) | N: 67(62%) | N: 68(61%) | N: 46(41%) |
| primipare | N: 7(11%) | N: 9(13%) | N: 7(13%) | N: 4(8%) |
| p-value | 0.01 | 0.01 | 0.0004 | 0.01 |

N : nombre d'effectif

3.8.3 Le niveau d'étude et satisfaction des patientes

Il existe également une corrélation significative entre la satisfaction quant à l'information délivrée et le niveau d'étude des parturientes. En effet les patientes n'ayant pas suivi d'études supérieures sont plus satisfaites de l'information délivrée par le corps médicale et le biais de la fiche que celles ayant suivi des études supérieures.

| | Information gynécologue satisfaisante | Information anesthésiste satisfaisante | Information sage-femme satisfaisante | Information Fiche satisfaisante |
|-------------------------|--|---|---|--|
| Etude supérieure | N: 23(32%) | N: 29(36%) | N: 28(35%) | N: 21(25%) |
| Autres niveaux | N: 42(35%) | N: 47(39%) | N: 47(39%) | N: 29(24%) |
| p-value | 0.0001 | 0.002 | 0.001 | 0.05 |

N : nombre d'effectif

3.9 Impact de l'information sur le choix concernant d'APD

L'information délivrée par le corps médical n'a pas influencé les femmes dans leur choix d'accoucher sous APD ou sans APD. L'information n'a pas non plus influencé les femmes qui n'avaient pas pris position au préalable par rapport à leur choix pour accoucher sans ou avec péridurale. Nous n'avons donc pas relevé de différence significative entre la position prénatale quant à la péridurale et l'influence de l'information sur le choix final des parturientes. Autrement dit une patiente qui hésitait ne sachant pas si elle souhaitait ou non la péridurale n'a pas été davantage influencée dans son choix que celle qui avait décidé au préalable si elle voulait ou pas de péridurale.

P : 1.48

| | NI | I |
|------------|-----------|----------|
| Nvp | 11% | 6% |
| Nsp | 23% | 13% |
| V | 33% | 18% |

NI : non influencé I : influencé ; NVP : ne veut pas, NSP : ne sait pas, V : veut

3.10 Relation entre la compréhension de l'information et le profil des patientes

Parmi les patientes qui ont une bonne compréhension de l'information reçue: 40% sont multipares contre 9% de primipare, 23% ont effectué des études supérieures contre 25% qui ont fait des études plus courtes, 18% ont un ATCD d'APD et n'ont en 41% pas, 8 % ne voulaient pas de péridurale et 27 % voulaient la péridurale et enfin 14% n'avaient pas encore pris de position. Mais l'ensemble de ces résultats n'ont pas montré de différence statistiquement significatifs

| | Bonne compréhension | p-value |
|---------------------------|----------------------------|----------------|
| Multipare | N: 43 (40%) | P: 0.1 |
| | N: 6 (9%) | |
| primipare | N: 38 (23%) | P: 8 |
| | N: 11(25%) | |
| Etudes supérieures | N: 8 (18%) | P: 1.7 |
| Autres niveaux | N: 41(30%) | |
| Atcd d'APD | N: 8 (8%) | P: 0.4 |
| Pas atcd d'APD | N: 14 (17%) | |
| Nvp | N: 27 (24%) | |
| Nsp | | |
| V | | |

N : nombre d'effectif , NVP : ne veut pas, NSP : ne sait pas, V : veut

3-11 Relations entre la satisfaction des patientes et leur compréhension de l'information

On ne retient pas de corrélation significative entre la satisfaction des informations délivrée par le corps médicale ainsi que la fiche de la SFAR et la compréhension. Autrement dit une femme peut être satisfaite et ne pas avoir tout compris des informations comme être insatisfaite et avoir bien compris les informations.

| | Information gynécologue | | Information anesthésiste | | Information sage-femme | | Information fiche | |
|-------------------------------|--------------------------------|----------------|---------------------------------|----------------|-------------------------------|----------------|--------------------------|----------------|
| | s | ns | s | ns | s | ns | s | ns |
| Bonne compréhension | N: 17 (29%) | N: 32 (19%) | N: 25 (34%) | N: 44 (14%) | N: 20 (34%) | N: 29 (14%) | N: 10 (25%) | N: 39 (24%) |
| Mauvaise compréhension | N: 48 (35%) | N: 10 (22%) | N:51 (58%) | N: 7 (16%) | N55 (40%) | N: 3 (17%) | N: 50 (25%) | N: 10 (25%) |
| p-value | 3 | | 2.7 | | 1 | | 3 | |

s: satisfaite , ns: non satisfaite, N : nombre d'effectif

3.12 Suggestions des patientes concernant l'information sur l'APD

Nous avons tenté de comprendre les raisons de l'insatisfaction des patientes concernant les éléments de la fiche d'information à l'aide d'une question ouverte (q.17) « si vous ne l'avez pas trouvé satisfaisante pourriez-vous nous en donner les raisons ? » Parmi les 49 patientes insatisfaites, 44 en ont donné les raisons ce qui est un bon taux de réponse. La possibilité d'exprimer plusieurs avis explique un nombre de réponses supérieur au nombre de patientes ayant répondu. Voici les raisons de l'insatisfaction de ces patientes:

« Manque d'illustration »: évoqué par 17 patientes.

« Termes trop compliqués »: évoqué par 16 patientes.

« Document trop administratif, sans mise en page, avec petits caractères qui ne donnent pas envie d'être lus »: évoqué par 10 patientes.

« Trop long, trop de lecture » évoqué par 12 patientes.

« Pas assez d'information sur les contre-indications » : évoqué par 1 patiente.

A la dernière question ouverte de notre étude (q.22) « Avez - vous des suggestions à faire concernant l'information sur l'APD ? », parmi les 107 patientes ayant participé à l'étude un peu moins de la moitié ont répondu soit 49 patientes. La possibilité d'exprimer plusieurs avis explique un nombre de réponses supérieur au nombre de patientes ayant répondu. Voici les suggestions qui ont été faite par ces patientes:

« Projeter une vidéo sur l'APD » évoqué par 32 patientes

« Avoir plus d'informations sur les complications éventuelles de l'APD » évoqué par 21 patientes.

« Prévoir une consultation plus longue avec l'anesthésiste »:évoqué par 16 patientes.

« Prévoir une consultation dédiée seulement à informer sur la péridurale ainsi que les autres moyens qui existent pour soulager la douleur»: évoqué par 12 patientes.

« Expliquer davantage les autres moyens d'être soulagée » évoqué par 4 patientes.

4-DISCUSSION

4-1. les biais méthodologiques

4.1.1. Biais concernant le mode de recueil des données

Le choix d'un questionnaire écrit nous a permis de supprimer le biais de l'intervieweur qui aurait pu influencer les réponses par des attitudes ou des paroles; en revanche le questionnaire présente un risque plus important de non réponse par rapport à l'entretien, c'est d'ailleurs ce que l'on peut constater pour les réponses à certaines questions ouverte avec des taux de non-réponses allant de 55% à 75%. Nous avons trouvé dans la littérature un article qui relève un meilleur taux de réponses par le un entretien [47] mais également un autre article qui ne remarque pas de différence dans le taux de réponse entre ces deux modes employés[48]. Pour notre part nous pouvons constater que c'est essentiellement aux questions ouverte de notre questionnaire que certaines n'ont pas répondu. Afin d'obtenir un meilleur taux de réponses pour ce type de questions, nous aurions pu en diminuer le nombre ou établir un questionnaire moins long.

Aux limites du questionnaire écrit liées au taux de non-réponses, s'ajoute aussi le problème de l'exclusion des patientes ne maîtrisant pas la langue française. En effet l'hôpital de Vernon accueille une population de femmes d'origine diverses de façon assez équilibrée. Et pourtant nous remarquons dans notre étude que 71.9% ayant répondu au questionnaire sont d'origine française. Ce manque de diversité n'est donc pas représentatif de la population des patientes de Vernon. En réalisant un entretien orale plutôt qu'un questionnaire écrit nous aurions pu faire appel à un interprète ce qui aurait permis d'avoir une population plus représentative.

4.1.2. Biais lié au taux de non-répondeur

Plusieurs études montrent que les patients qui ne souhaitent pas répondre à l'enquête sont moins satisfaits que le reste de la population [49], dans notre enquête les

patientes dites «non-répondeuses» peuvent donc avoir contribué à biaiser les résultats des analyses.

38 patientes n'ont ainsi pas souhaité participer à notre enquête, mais nous n'avons pas d'éléments pour identifier les patientes non-répondeuses.

4.1.3. Biais lié au nombre d'effectif

Dans une étude quantitative plus le nombre d'effectif est élevé plus les résultats sont significatifs. Or dans notre étude seulement 107 questionnaires ont pu être recueillis de juin à novembre alors qu'il y a eu 379 accouchements. Bien que toutes les femmes n'aient pas été incluses, cet effectif semble tout de même faible par rapport au nombre d'accouchements. Ceci s'explique dans notre cas par le fait que seuls les internes ont distribué le questionnaire et donc celui-ci n'a pas pu être fourni pendant leur absence (week-ends, vacances, repos post-gardes).

4.1.4 Biais d'acquiescement

L'acquiescement est la tendance à être d'accord avec une déclaration sans se soucier de son contenu. Ainsi des questions formulées de façon affirmative ont pour conséquence un plus haut taux de satisfaction. Cette tendance à l'acquiescement semble être corrélative à des formes de réponses binaires et des formats de réponses formulées de façon complètement favorable ou défavorable[50]. Ainsi dans notre étude les questions à réponses binaires (oui ou non) peuvent être responsables de biais d'acquiescement. Pour limiter cela, nous aurions pu ajouter un troisième choix comme « sans avis » ou « je ne me souviens pas ».

4.1.5 Biais de mémorisation

Les patientes reçoivent le questionnaire après l'accouchement. Aussi l'appréciation de l'information ainsi que le test de compréhension passent, pour la patiente, par l'interprétation de souvenirs plus ou moins lointains par rapport aux consultations prénatales. Plus le délai entre la remise du questionnaire et l'utilisation de soins est long plus les personnes interrogées oublient ce qui les a affectées ou leur a manqué au

moment donné [48]. Cependant les éléments recueillis sur la satisfaction des patientes peuvent ne pas être identiques si ces dernières avaient eu le questionnaire avant leur accouchement, mais à ce moment, les femmes n'auraient pas pu évaluer la qualité de l'information par rapport à leur vécu per partum.

4.2 Discussion des résultats

4.2.1. La population étudiée

L'âge moyen des femmes dans notre étude est de 28 ans, sachant que l'âge moyen des femmes qui ont accouché en France en 2010 qui est de 29.9 [51]. Le pourcentage des femmes ayant 35 ans ou plus est de 15.8% dans notre étude, ce qui est un peu inférieur aux résultats relevés en France qui est de 19.2%.

Dans notre étude le pourcentage de femmes ayant un niveau d'études supérieures est de 48%. Le niveau d'études n'a pas cessé d'augmenter en France, le pourcentage de femmes ayant un niveau d'étude supérieur au baccalauréat étant passé de 42.6 % en 2003 à 51.8% en 2010, tandis que le pourcentage de femmes ayant un niveau correspondant au premier cycle du secondaire ou un niveau inférieur a baissé.

Les femmes d'origine étrangère représentent 28% des femmes de notre étude, le principal groupe de femmes étrangère est composé des femmes d'Afrique soit 10%. Dans l'enquête nationale périnatale les femmes d'origine étrangère représentent 18,2 % de l'échantillon en 2010, et comme dans notre étude elles sont principalement issues d'Afrique.[51]

Le pourcentage d'APD obstétricale réalisées en France a augmenté de façon importante depuis quelques années. Il est passé de 3.9% en 1981[53] à 58% en 1998, 62.6% en 2003[52] et enfin 70 % en 2010[51]; nous retrouvons dans notre étude un taux de patiente ayant accouché avec APD très proche de celui de l'ENP de 2010 puisque nous avons 72% d'accouchements sous APD. Le fait que notre résultat est légèrement élevé peut s'expliquer par cette tendance à l'augmentation du taux d'APD

d'année en année et également par le fait que notre étude n'inclut que les femmes ayant accouché par voie basse. Parmi ces femmes 14 % (n:15) ont accouché par voie basse instrumentale ce qui est proche de la moyenne nationale qui est de 12,1%.

Selon l'ENP de 2003 les femmes qui accouchent sans péridurale donnent essentiellement pour raison « le choix personnel » à 38.7% et un « travail trop rapide » à 48% [52], nous pouvons noter que ses deux raisons sont également les plus évoquer par les femmes ayant accouché sans APD dans notre enquête.

Les femmes satisfaites de leur accouchement avec péridurale représentent 91% des patientes et celles qui sont satisfaites de leur accouchement sans APD, 93% des patientes. La littérature confirme ces chiffres [54] avec 89% de satisfaction avec APD et 85% sans APD. On peut en déduire qu'une fois l'épreuve de l'accouchement passée la douleur subie durant celui-ci n'est plus un critère de satisfaction, certainement parce que l'absence d'analgésie est largement compensée par le fait d'avoir un enfant en bonne santé résultant d'un accouchement sans complication.

4.2.2 La satisfaction des patientes vis à vis de l'information orale

La satisfaction est un phénomène subjectif difficilement quantifiable. Elle appartient au domaine du comportement, elle est influencée par des expériences passées, le style de vie et les valeurs concernant les individus et la société [55]. Les attentes des malades peuvent être par exemple technico-commerciales, psychiques, sociales, matérielles ou intellectuelles [56]. L'information médicale fait partie de ces attentes des patients [57,58].

En matière d'analgésie obstétricale, l'APD est une technique qui demande de la part des médecins et sages-femmes une implication non négligeable concernant l'information; en effet, moins l'acte proposé est nécessaire plus l'information le concernant doit être complète et exhaustive [59].

L'information sur L'ADP donnée à l'hôpital de Vernon est transmise de manière orale par le corps médical et écrit à l'aide d'une fiche d'information.

Au vu des résultats de notre étude, les parturientes semblent satisfaites de

l'information orale concernant L'ADP quelle que soit la personne qui la délivre puisque nous retrouvons des taux de satisfaction de 61% pour le gynécologue , 71% pour l'anesthésiste et 70% pour la sage-femme; nos résultats sont proches de ceux de l'étude de Dupont et al qui a montré que 79.5% des patients étaient satisfait de l'information orale au sujet de l'anesthésie .

La satisfaction concernant l'information sur L'APD délivrée par le gynécologue est moins bonne car en effet l'information donnée par le gynécologue est limitée aux différentes modalités d'anesthésie, et à porter à la connaissance de la patiente l'existence de la consultation pré-anesthésique au cours de laquelle l'anesthésiste pourra répondre à toutes ses questions; et enfin par la suite le gynécologue s'assure que la patiente a bien été informé lors de la consultation par son confrère. A ce sujet, le Professeur Pierre. F[60]précise que lors de l'accouchement le gynécologue et l'anesthésiste sont amenés à intervenir ensemble. Cependant, il paraît illusoire de demander au gynécologue en consultation d'informer la parturiente des risques et modalités de L'APD dans les moindre détails et réciproquement de demander à l'anesthésiste d'informer la patiente de tous les risques d'un accouchement .Ils se doivent d'être complémentaires.

De même l'information paraît claire aux patientes quelle que soit la personne qui la transmet, puisque nous obtenons 66%, 79%, et 84% de femmes qui estiment que l'information respectivement délivré par le gynécologue, la sage-femme et l'anesthésiste est claire. A noter que le résultat obtenu par le gynécologue est moins bon pour les raisons que nous avons déjà notées concernant la satisfaction.

Ces résultats sous-entendent que le personnel médical ne rencontre pas de soucis pour communiquer avec les patientes et que tel que le recommande l'HAS leur discours semble donc bien « personnalisé et compréhensible » et comme l'impose le code de déontologie ce discours paraît également « approprié et clair ».

L'information délivrée par l'anesthésiste et la sage-femme semble suffisante puisque 68% des patientes estiment avoir eu suffisamment d'informations par l'anesthésiste et 73% des patientes par la sage-femme ; par contre ce n'est qu'une femme sur deux qui trouve que le gynécologue informe suffisamment.

Néanmoins si l'on compare nos résultats à ceux de l'étude SOFRES de mai 2000 [61] on s'aperçoit que nos taux sont un peu plus faibles puisque dans cette étude c'est 83% des patientes qui considèrent l'information suffisante. ceci peut s'expliquer par le fait que dans notre étude, lorsqu'une information est délivrée elle concerne essentiellement le déroulement et les bénéfices de L'APD, les informations sur les potentielles complications étant peu communiquées à la patientes, puisque seulement 28%, 30% et 36% des patientes disent avoir reçu des informations concernant les complications respectivement délivrées par le gynécologue l'anesthésiste et la sage-femme. A la question ouverte « avez-vous des suggestions concernant l'information sur la L'ADP » la volonté d'avoir plus d'information sur les potentielles complications est la suggestion la plus fréquemment relevée. Cependant les besoins d'information ne sont pas les mêmes pour toutes patientes. Cela est confirmé par certaines études qui montrent que les patients ne souhaitent pas connaître toutes les complications [62], tandis que d'autres démontrent le contraire [63,64,65,66,67,68] telle que l'étude de Pattee [63] réalisée auprès de 60 parturientes, qui note que celles-ci désirent tout savoir sur les complications, même les plus graves concernant l'APD. Les patientes veulent peut être une information détaillée pour pouvoir décider de façon éclairée leur choix ou non D'APD car en effet certaines ne veulent pas courir de risques même rares pour une péridurale dite de « confort ». Toutefois, n'oublions pas que notre questionnaire est rempli en post-partum par des femmes pour qui il n'y a pas eu d'événement indésirable ; peut-être que si nous les avions interrogées avant l'accouchement, elles n'auraient pas souhaité savoir davantage les complications de l'APD qui auraient pu être sources d'angoisse.

Si l'information concernant les complications de l'APD sont insuffisantes, les patientes semblent être mieux informées concernant ses bénéfices et son déroulement puisque nous obtenons des taux de 44%, 45%, 59% de femmes qui disent avoir reçu des informations sur des bénéfices respectivement par le gynécologue, la sage-femme et l'anesthésiste et 56%, 67%, 73% des femmes qui disent avoir reçu des

informations sur le déroulement par le gynécologue, la sage-femme et l'anesthésiste. Il semblerait donc que l'information sur le déroulement et les bénéfices de l'APD est priorisé par rapport à l'information sur ses complications potentielles, or une information délibérément trop optimiste peut être considérée comme un manquement à l'obligation de délivrance d'une information loyale et également contraire aux recommandations de l'HAS qui préconise pour les actes et soins une information sur leurs inconvénients et leurs risques éventuels y compris ceux qui mettent en jeu le pronostic vital ou fonctionnel. Cette situation donne matière à réflexion: comment répondre à l'obligation juridique et aux recommandation de bonne pratique qui impose au corps médical d'informer le patient sur l'ensemble des risques qu'il encourt même si ceux-ci revêtent un caractère exceptionnel, sans créer chez lui un état de stress inutile?

Nous avons relevé que les parturientes suggèrent de consacrer plus de temps à la consultation d'anesthésie. L'anesthésiste apparaît comme le principal vecteur privilégié concernant l'information sur L'APD, et c'est certainement pour cette raison que les femmes attendent beaucoup de l'anesthésiste et souhaite une consultation plus longue qui laisserait plus de place au dialogue et aux questions afin qu'une relation de confiance s'installe entre praticien et patient.

D'ailleurs, certaines patientes souhaitent même une consultation dédiée uniquement aux moyens qui existent pour soulager la douleur.

4.2.3 Satisfaction des patientes vis-à-vis de l'information écrite

En supplément de l'information orale il est important de délivrer aux patients des documents écrits informatifs qui peuvent contribuer à améliorer la satisfaction[69] des patients concernant l'information ainsi que leur connaissance[70,71]. A Vernon une fiche d'information de la SFAR est distribuée avant la consultation d'anesthésie afin de susciter des questions auxquelles l'anesthésiste pourra répondre lors de la consultation. A ce sujet des études ont mis en évidence que le fait de lire le document d'informations juste avant la consultation d'anesthésie semblait avoir un impact

positif sur la qualité d'information en offrant au patient plus de possibilité de participer à la discussion avec l'anesthésiste, et à décider des modalités de sa prise en charge [72,73].

Dans notre enquête la fiche a été lue par 89% des femmes; pour celles qui ne l'ont pas lue, nous n'avons pas d'explications. Nous aurions pu nous intéresser à la raison pour laquelle elles ne l'ont pas lue en leur posant la question. Parmi les femmes ayant lu la fiche, le taux de satisfaction est médiocre puisque seulement 49% sont satisfaites de celle-ci. Contrairement à notre résultat, dans la littérature, les documents d'information sur l'anesthésie ont satisfait les patients 92% à 94% [74,75,69,70,71]. Cependant même si elles ne sont pas pleinement satisfaites du document, 88% pensent l'avoir compris. Ceci est également noté dans l'étude Morau et al dans laquelle 96% des patients ont jugé avoir compris l'information délivrée par le document de la SFAR[75,74]. Bien que les patientes jugent que le document d'informations est utile et pense l'avoir compris, elles ne sont pas pleinement satisfaites de celui-ci car beaucoup de femmes de notre enquête souhaitent un document moins fade, avec plus de schémas et de couleur mais moins de texte. Effectivement l'utilisation d'illustrations comme support d'information permet d'augmenter le taux de mémorisation des informations médicales notamment chez les patientes qui présentent un niveau de scolarisation moyen ou bas [76,77].

Dans notre étude ce souhait d'avoir plus d'illustration est également exprimé pour l'information délivrée par le personnel médical. Outre le désir d'avoir plus d'informations illustrées aussi bien par la fiche d'information que par le corps médical, certaines patientes demandent même à avoir une projection de vidéo, certainement parce que les images permettent plus facilement de se projeter dans le contexte de l'accouchement qu'un document écrit. Selon une étude menée au CHU Henri Mondor [78] les patients retiennent plus d'information par la vidéo que par le document d'information en consultation d'anesthésie.

4.3. Profil des patientes satisfaites de l'information

D'après nos résultats il existe plusieurs facteurs qui peuvent influencer la satisfaction concernant l'information. Parmi ces facteurs nous avons relevé la parité. En effet les multipares semblent significativement plus satisfaites de l'information orale et écrite que les primipares. Ceci peut s'expliquer par le fait que les primipares sont plus inquiètes et donc expriment un besoin d'information plus important que les multipares qui, par leur expérience antérieure, sont certainement plus à l'aise et moins demandeuses d'information. Ceci est également constaté pour les patientes ayant déjà expérimenté l'APD qui semblent significativement plus satisfaites de l'information orale que celle qui ne l'on jamais expérimenté. L'étude d'Asehnoune et al[79]confirme que les patients n'ayant jamais subi d'anesthésie sont plus demandeurs de renseignement que les autres. Cela est certainement lié aux craintes que peut générer le manque de connaissance.

L'étude de Patee et al [63] montre qu'il n'existe pas de corrélation entre le niveau d'étude et le niveau de satisfaction des parturientes. Cependant, dans notre analyse, nous notons que le niveau d'études semble également présenter un impact significatif sur le niveau de la satisfaction; les femmes ayant fait des études supérieures sont moins satisfaites de l'information orale et écrite que celles qui n'ont pas suivi d'études supérieures. Cela peut s'expliquer par le fait que ces femmes ont un esprit critique plus marqué et ont donc un besoin d'information aussi bien écrit qu'oral plus important.

4.4. L'APD n'est pas toujours un choix en connaissance de cause

Dans le cadre du consentement, l'HAS recommande d'évaluer les connaissances des patients, c'est donc ce que nous avons tenté de faire grâce à des questions dont les réponses se trouvent dans la fiche d'information.

Notre étude met en évidence une incohérence dans les réponses des patientes puisque 88% des patientes répondent avoir compris la fiche d'information. Or, lorsque nous analysons le taux de bonnes réponses par question, nous remarquons que les connaissances des patientes sur l'APD restent floues. Compte tenu des résultats obtenus par les patientes au test de connaissances nous pouvons noter qu'elles ont peu conscience des effets secondaires qui peuvent survenir avec l'APD: les céphalées (n=43/107), l'hypotension (n=50/107), la rétention urinaire transitoire (n=23/107), l'arrêt cardiaque (n=26/107). Cette observation se justifie par la pauvreté des informations orales sur les effets secondaires et les potentielles complications et par le fait que la fiche d'information ne satisfait pas pleinement les patientes. Nous avons notamment pu relever que pour certaines patientes la compréhension du document d'information a été jugée trop compliquée. Par contre concernant le risque de lombalgie transitoire et de paralysie, elles semblent bien informées, puisque nous obtenons les meilleurs résultats à ces questions avec des taux de bonnes réponses de 89% et 86 %. Le risque de paralysie est pourtant rarissime et n'a jamais été observé à la maternité de Vernon, et pourtant presque toutes les patientes connaissent ce risque qui est exceptionnel alors qu'elles connaissent moins bien les risques plus fréquents. Ceci peut s'expliquer par le fait que le risque de paralysie avec l'APD a été largement médiatisé dans ses débuts. Dans son enquête Hegarty[80] a souligné que moins de 30% des parturientes avaient connaissance des complications les plus fréquentes et il semblerait que les patientes soient plus informées des risques graves que des risques fréquents.

Bien que les patientes déclarent avoir reçu de l'information orales sur le déroulement et le bénéfice de l'APD et qu'elles pensent avoir compris le contenu de la fiche d'information, les résultats des réponses au test prouvent que leurs connaissances sont limitées, puisque nous constatons que seulement la moitié des patientes ont conscience que l'adp se fait à proximité de la moelle épinière (n=55/107) et qu'elle assure une bonne stabilité de la fonction vitale (n=52/107). Au final sur 10 questions nous obtenons un taux de bonne réponse supérieur à

50% à seulement 4 questions ! Ce qui signifie que les patientes ne possèdent 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.

Dans un deuxième temps à partir des résultats du test de connaissances nous avons attribué à chacune des patientes une note afin de fixer leur niveau de compréhension. Compte tenu des notes obtenues 54% des femmes ont un niveau de compréhension insuffisant ce qui est en contradiction avec la réponse à la question "avez-vous compris cette fiche?" puisque 88% des femmes ont répondu avoir compris la fiche. Cette incohérence peut s'expliquer par plusieurs facteurs: Tout d'abord par le biais de mémorisation puisque comprendre l'information et la retenir sont deux notions différentes, ensuite par le fait que nous avons fixé une note de 7/10 en dessous de laquelle le niveau de compréhension a été considéré comme insuffisant. Si nous avions été moins exigeant et avions abaissé cette note à 6/10 nous aurions obtenu un taux d'incompréhension moins élevé. Enfin certaines patientes peuvent avoir l'impression d'avoir compris l'information à la lecture de la fiche alors que ce n'est pas le cas. À ce sujet l'HAS recommande que le professionnel de santé s'assure que la personne a bien compris l'information en lui demandant par exemple d'expliquer ce qu'elle a compris .

4.5. La compréhension de l'information sans facteur de corrélation

Dans notre étude nous n'avons pas relevé de facteur pouvant influencer la compréhension. En d'autres termes nous n'avons pas noté de corrélation entre la parité et la compréhension. Nous aurions pu penser que les multipares ont un meilleur niveau de compréhension du fait de leur expérience antérieure et d'avoir déjà reçu des informations sur l'APD.

Ceci se vérifie également pour l'ATCD d'APD , puisque nous ne retrouvons pas de différence significative entre le niveau de compréhension et le fait d'avoir déjà expérimenté l'APD; enfin nous ne retrouvons pas non plus de relation entre le

niveau d'étude et le niveau de compréhension . L'étude de Jackson[81] confirme que la compréhension de l'information n'est pas corrélée au niveau d'étude, ni à l'âge, ni aux ATCD d'APD.

4.6. Impact de l'information donnée par le corps médical

La littérature [74,75,62] a montré que 62% à 73% des patientes se sentent rassurées après avoir reçu une information sur l'anesthésie. Mais cette information n'influence pas leur choix de départ, quel qu'il en soit, en ce qui concerne l'APD[75,81]. Notre étude confirme cet état de fait: 6% des patientes estiment que l'information n'a pas eu d'impact sur leur décision finale. Bien que satisfaites de l'information orale, les patientes n'ont finalement pas été aidées par l'information pour faire leur choix. Ceci peut s'expliquer par le fait que les femmes sont convaincues par leur position de départ à savoir accoucher sans APD ou avec APD, et l'information permet de conforter leur choix sans l'influencer. Le but de l'information n'étant évidemment pas de les faire changer d'avis par rapport aux choix de départ mais d'accompagner les femmes dans leur choix de façon à ce que celui-ci soit pris en connaissance de cause.

5-SOLUTIONS PROPOSEES

Comme nous l'avons noté, les patientes sont globalement satisfaites de l'information délivrée par le corps médical et trouvent que celle-ci est suffisante mais après analyse du test de connaissances nous avons pu constater que les connaissances des patientes concernant l'APD sont limitées et semblent insuffisantes pour un consentement éclairé. Au vu de ces constats, nous allons donc donner quelques propositions qui permettraient d'optimiser les taux de satisfaction et de compréhension des patientes au maximum et également de répondre à une obligation légale des praticiens.

Tout d'abord il serait certainement intéressant de redéfinir précisément le contenu et les modalités de délivrance de l'information sur l'APD au sein de l'équipe entre l'anesthésiste, la sage-femme et le gynécologue. Les patientes affirment qu'elles souhaitent avoir une information complète de l'APD concernant son déroulement, ses bénéfices ainsi que ses risques et connaître également les autres moyens antalgiques. Malheureusement les consultations du gynécologue, des sages-femmes ou de l'anesthésiste sont trop courtes et ne permettent pas de développer tous les points essentiels sur l'APD et les autres moyens antalgiques. Certaines femmes ont souligné le souhait d'avoir une consultation spécifique dédiée au moyens antalgiques; en effet une consultation par la sage-femme, par exemple, ou une séance de cours de préparation à l'accouchement dédiée uniquement à l'APD et aux autres moyens antalgiques permettrait de répondre à tous les questionnements des patientes à ce sujet. Certaines patientes ont également souligné le souhait de visualiser une vidéo sur l'APD, celle-ci pourrait également être proposée lors de la séance de préparation à l'accouchement dédiée à l'APD et autres moyens antalgiques, ou encore par l'anesthésiste lors d'une séance d'information sur l'APD. Cette séance permettrait ainsi de préparer la consultation d'anesthésie, car le fait d'avoir déjà eu suffisamment d'information sur les aspects principaux de l'APD permettra aux patientes, le jour de la consultation d'anesthésie, de revoir les points qui suscitent encore des questionnements afin de les éclaircir avec l'anesthésiste.

Concernant la fiche d'information, nous avons constaté que les patientes en sont moins satisfaites que l'information orale, beaucoup soulignant le manque d'illustration; des schémas permettraient de la rendre plus accessible et compréhensible par une majorité de patientes. Ce document pourrait être remis aux patientes par les sages-femmes ainsi que les gynécologues ceux qui permettraient d'accompagner ce geste par des explications sur l'importance de ce support d'information et aussi de préparer la consultation d'anesthésie car une fois de plus les femmes auraient le temps de s'en imprégner et de questionner l'anesthésiste le jour de la consultation. De son côté le médecin anesthésiste pourrait relire et commenter avec la patiente la fiche d'information. Une étude montre que seulement 3% des patientes parlent avec l'anesthésiste de l'information lue dans les documents qui leur ont été transmis, au sujet de l'anesthésie [82].

6-CONCLUSION

Au terme de cette étude, il en ressort que l'accès à l'information est pour le patient une source importante de satisfaction ou d'insatisfaction. De façon globale à la maternité de Vernon les patientes sont satisfaites de l'information orale sur l'APD mais moyennement satisfaites de l'information écrite. D'après le constat des patientes, l'information orale est le plus souvent orientée sur son déroulement et ses bénéfices ce qui porte à controverse sa loyauté par le défaut d'informations sur les effets secondaires et les potentielles complications. Il y a donc un écart entre ce que les femmes disent avoir reçu comme information et l'information théoriquement recommandée. Les causes possibles de ces écarts peuvent être liées à un problème de compréhension de la part des patientes puisque nous observons que de nombreux points aussi bien sur le déroulement de l'APD que sur ses bénéfices et risques ne sont pas acquis alors que toutes les réponses de notre test de connaissances étaient dans la fiche d'information. L'autre cause de cet écart est certainement liée à un problème de transmission de l'information résultant du corps médical. Mais que faut-il dire aux patients? Le patient doit-il être prévenu de toutes les complications possibles, des plus communes ou seulement des plus dangereuses? Les textes légaux indiquent que le patient doit être informé de tous les risques y compris exceptionnels; cependant il existe une inadéquation entre les obligations juridiques et la déontologie médicale qui respecte les besoins du patient, au nom de l'obligation d'information: il ne faut pas que le praticien tombe dans le piège d'une médecine défensive, engorgée d'écrit et d'explications incompréhensibles pour le patient, mais au contraire, elle doit tendre vers une nouvelle relation praticien patient avec davantage de dialogue et de psychologie qui serait certainement bénéfique à la réflexion nécessaire des femmes concernant leur décision. La communication de l'information reste un enjeu difficile mais essentiel pour le médecin afin d'améliorer la satisfaction des patients et la qualité des soins.

7-LES ANNEXES

Annexe 1 : questionnaire de l'enquête

Ce document est un questionnaire dans le cadre d'une thèse de médecine intitulée "Evaluation de l'information sur l'analgésie péridurale en obstétrique: enquête réalisée en suite de couche à la maternité de Vernon".

L'objectif de cette étude est donc d'évaluer la satisfaction des patientes sur l'information qui leur a été délivrée ainsi que d'évaluer la compréhension de cette information.

Les données ainsi recueillies resteront anonymes et confidentielles, et ne seront pas utilisées à d'autres fins que cette thèse; cela ne vous engage en rien et ne vous prendra que quelques minutes.

MERCI

Partie 1: présentation

Question 1 :

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

Oui

Non

Question 2 :

Quel âge avez-vous ?

Question 3 :

Quel est votre niveau d'étude ?

χnon scolarisée

χprimaire

χcollège

χlycée

enseignement supérieur

Question 4

Quelle est votre origine géographique ?

Française

Afrique du nord

Afrique

Asie

Dom Tom

autres

Question 5

S'agit-il de votre premier accouchement ?

Oui

Non

Question 6

Avez-vous accouché par:

voie basse non instrumentalisée

avec l'aide d'une extraction instrumentale (ventouse, forceps, spatules)

Question 7:

Avez-vous déjà bénéficié d'une analgésie péridurale avant cet accouchement?

Oui

Non

Partie 2: l'information en général

Question 8 :

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

je suis catégorique, je ne veux pas de péridurale

Question 9

Avant de recevoir les informations nécessaires concernant la péridurale si vous ne souhaitez pas la péridurale ou si vous ne savez pas, pouvez-vous nous en donner en les raisons ?

Question 10

Avez-vous reçu une information par:

Le personnel médical (préciser qui)

médecin généraliste
gynécologue de la maternité
gynécologue externe
sage-femme libérale
sage-femme de la maternité
anesthésiste

χ internet, tv

χ entourage (famille ,amis)

χ les cours de préparation à la naissance

Question 11

En ce qui concerne l'information donnée sur la péridurale par le **gynécologue** l'information était-elle ?

χ Claire

χ pas assez claire

χ Pas du tout claire

l'information était-elle ?

χ Suffisante

χ Pas assez suffisante

χ Pas du tout suffisante

L'information était-elle ?

χ Satisfaisante

χ Pas assez satisfaisante

χ Pas du tout satisfaisante

Quelles informations vous ont été délivrées ?

- χ Informations sur les bénéfices
- χ Informations sur le déroulement
- χ Informations sur les complications potentielles

Question 12

En ce qui concerne l'information donnée sur la péridurale par l'**anesthésiste**, l'information était-elle ?

- χ Claire
- χ Pas assez claire
- χ pas du tout claire

L'information était-elle ?

- χ Suffisante
- χ Pas assez suffisante
- χ pas du tout suffisante

L'information était-elle ?

- χ Satisfaisante
- χ Pas assez satisfaisante
- χ Pas du tout satisfaisante

Quelles informations vous ont été délivrées ?

- χ Informations sur les bénéfices
- χ Informations sur le déroulement
- χ Informations sur les complications potentielles

Question 13

En ce qui concerne l'information donnée sur la péridurale par la **sage-femme**, l'information était-elle ?

- χ Claire
- χ Pas assez claire
- χ Pas du tout claire

L'information était-elle ?

- χ Suffisante
- χ Pas assez suffisante
- χ Pas du tout suffisante

L'information était-elle ?

- χ Satisfaisante
- χ Pas assez satisfaisante

Pas du tout satisfaisante

Quelles informations vous ont été délivrées ?

Informations sur les bénéfices

Informations sur le déroulement

Informations sur les complications potentielles

QUESTION 14

Avez-vous lu la fiche d'information délivrée avant/pendant la consultation avec l'anesthésiste?

Oui

Non

QUESTION 15

Si oui, l'avez-vous comprise ?

Oui

Non

Je ne suis pas certaine

QUESTION 16

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 17

Avez-vous trouvé que cette fiche était ?

Satisfaisante

Pas assez satisfaisante

Pas du tout satisfaisante

QUESTION 18

Les informations que vous avez reçues par le personnel médical ont-elles influencé votre choix pour la péridurale ?

χ Oui
 χ Non

Question 19

Avez-vous finalement eu la péridurale

Oui
 χ Non

Si non pourquoi ?

Question 20

Etes-vous satisfaite de votre anesthésie péridurale ?

Oui
Non

Pourriez - vous nous en donner les raisons de votre satisfaction ou insatisfaction ?

Question 21

Vous n'avez pas eu la péridurale : êtes-vous satisfaite de votre accouchement ?

χ Oui
 χ Non

Pourriez-vous nous donner les raisons de votre satisfaction ou insatisfaction ?

Question 22

Avez-vous des suggestions sur la diffusion de l'information concernant la péridurale ?

Partie 3: Test de connaissances

QUESTION 23

La péridurale se fait à proximité de la moelle épinière.

χ vrai
 χ faux

QUESTION 24

La péridurale peut entraîner des lombalgies transitoires.

vrai
χfaux

QUESTION 25

La péridurale peut entraîner des difficultés transitoires à uriner.

χvrai
χfaux

QUESTION 26

La péridurale est toujours efficace.

χvrai
χfaux

QUESTION 27

La péridurale peut entraîner une hypotension artérielle chez la mère.

χvrai
χfaux

QUESTION 28

La péridurale peut parfois provoquer des maux de tête.

χvrai
χfaux

QUESTION 29

Il y a un risque de paralysie avec la péridurale.

χvrai
χfaux

QUESTION 30

La péridurale assure une bonne stabilité des fonctions vitales.

χvrai

faux

QUESTION 31

Il n'y a aucun risque d'arrêt cardiaque sous péridurale.

χvrai

χfaux

QUESTION 32

Il existe d'autres possibilités que la péridurale pour vous aider à gérer votre douleur pendant le travail.

χvrai

χfaux

Annexe 2 : fiche d'information de la SFAR

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.

8-BIBLIOGRAPHIE

1. Segond L. **Jardin d'eden et le péché d'adam**. Sainte bible nouvelle edition ; 1948, p 3.
2. Carbajal R. **Soulagement de la douleur de l'accouchement** .centre national de ressource de lutte contre la douleur, note sur l'editorial de W Camam Nejm 2005 ; 352 :718-20.
[en ligne] <http://www.cnrdr.fr/soulagement-de-la-douleur-de-l.html>
3. Rapport sous la coordination de la DRESS. **Prevention de la douleur .Etat De santé de la population en France-indicateurs associés à la politique de santé public**. Rapport ; 2007 p139-140.
[en ligne] <http://www.sante.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2007.html>
4. **Information médicale sur l'analgésie péridurale en obstétrique** . Les Annales Française D'anesthésie-Réanimation 1988.
[en ligne]<http://www.sfar.org>
5. Landau R. **Anesthesia-analgésie pour le travail obstetrical**. Les Essentiels SFAR 2006, p 265-278.
[en ligne] <http://www.sfar.org>
6. Dailland Ph, Belkacem H, Berl M ,Dubois L, Lamour O. **Mécanisme et voies de la douleur anesthesie obstetricale**.Paris, Ed Arnette 2003;p63-67
7. Melzack R. **Labour Pain As A Model Of Acute Pain**. Pain 1993; 53:117-20
8. Melzack R. **The myth of painless childbirth** .Pain 1984; 19:321-3
9. Lowe Nk. **Parity and pain during parturition** .J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1987; 16:340-6.
10. Capogna G, Celleno D, Lyons G .**Minimum local analgesic concentration of extradural bupivacaine inceases with progression of labour**.Br J Anasth 1998;80:11-3.

11. Alexander JM, Sharma SK , Mcintire DD, Wiley J, Leveno KJ. **Intensity of labor pain and cesarean delivery.** Anesth Analg 2001; 92(6):1524-8.
12. Hess Pe, Pratt Sd , Soni Ak , Sarna Mc, Oriol Ne. **An association between severe : labor pain and cesarean delivery.** Anesth Analg 2000;90:881-6.
13. Panni Mk , Segal S. **Local anesthetic requirements are greater in dystocia than in normal labor anesthesia.** Anesthesiology 2003;98(4) : 957-63.
14. Capogna G, Parpaglioni R, Lyons G. **Minimum analgesic dose of epidural sufentanil for first-stage labor analgesia: a comparison between spontaneous and prostaglandin-induced labours in nulliparous women.** Anesthesiology 2001;94:740-4
15. Hess Pe, Pratt Sd, Lucas St. **Predictors of breakthrough pain during labor epidural analgesia.** Anesth Analg 2001; 93:414-8.
16. Klostergaard Km, Terp Mr, Poulsen C .**Labor pain in relation to fetal weight in primiparae.** Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001; 99:195-8
17. Fridh G, Kopare T, Gaston-Johansson F. **Factors associated with more intense labor pain.** Res Nurs Health 1988;11:117-24
18. Windridge Kc , Berryman Jc. **Women's experience of giving birth after 35.** Birth 1999; 26:16-23.
19. Lang Aj, Sorrell Jt , Rodgers Cs. **Anxiety as a predictor of labor pain** .Eur J Pain 2006; 10:263-70.
20. Melzack R . **From the gate to the neuromatrix.** Pain 1999 ; suppl 6: S121-6.
21. Aya Ag , Vialles N ,Mangin R. **Chronobiology of labour pain perception : an observational study.** Br J Anaesth 2004; 93:451-3.
22. Pottecher J, Benhamou D. **Douleur et analgésie obstétricale.** J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ; 33 :179-191.
23. Dailland Ph, Belkacem H, Berl M ,Dubois L, Lamour O. **Principales modifications physiologiques au cours de la grossesse et leurs implications anesthésiques.** Anesthésie Obstétricale.Paris, Edition Arnette

- 2003; p 11-21
24. Bourgain JL, Dailland P. **Anesthésie et réanimation en gynécologie et obstétrique** . Maloine, Paris 1994.
 25. Dailland Ph, Belkacem H, Berl M ,Dubois L, Lamour O. **Analgésie péridurale pour le travail. Répercussion de l'analgésie péridurale sur le travail et le mode d'accouchement.** Anesthésie Obstétricale . Paris, Edition Arnette 2003; p 104-111 et 119-121.
 26. Mercier Fj. **Actualité de l'analgésie-péridurale pour le travail.**
[en ligne] www.cnsf.asso.fr/journees/pdf/5eme/actualite_de_la_péridurale_f-mercier.pdf
 27. Dailland Ph, Belkacem H, Berl M, Dubois L, Lamour O. **Les anesthésiques locaux. Les mophiniques.** Anesthésie Obstétricale. Paris, Edition arnette 2003; p 43-45.
 28. Benhamou D. **Anesthésie en obtrétriq**. Anesthésie Réanimation Chirurgicale.Paris;3ème Edition, ed Flammarion 2003 ; p 575-99.
 29. Arret Mercier, cass civ 20-05-1936 . **Les grands arrêts de la jurisprudence civile**, 12eme Ed 2008, p. 162-163.
 30. Declaration d'Helsinki de L'AMM-**Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains**
[en ligne]<http://www.wma.net>
 31. **Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine: Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine** .Art 5 Chap II.
[en ligne]<http://www.conventions.coe.int>.
 32. Charte des droits fondamentaux de l'union européenne **Droit à l'intégrité de la personne**. Art 3. Titre I
[en ligne] <http://www.eur-lex.europa.eu/legal-content>
 33. Code civil , titre I , chap II ,art 16-3
[en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/>
 34. Code de deontologie medicale , titre II , art 35

- [en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/>
35. Code de deontologie medicale ,titre II, art 36
[en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/>
36. code de deontologie medicale, titreII ,art 64
[en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/>
37. code de sante public ,titre I, chap I, art L 1111-1
[en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/>
38. code de sante public ,titre I, chap I, art L 1111-2
[en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/>
39. code de santé public titre I,chap I ,art L 1111-4
[en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/>
40. **La charte du patient hospitalise ,annexée à la circulation ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.**
Ministère Des Affaires Sociales, De La Santé Et De La Ville. 3,4 :3-4
[en ligne] <http://www.igr.fr:pub:chartre patient>
41. HAS.**Recommandation de bonne pratique. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé ,mai 2012**
[en ligne] <http://www.has-sante.fr>
42. **Arret Hérard**, du 7 février 1990 – Cass.1^{ère} Civ. 7 févr. 1990, n°90-p 30
43. Cass.1ere Civ 13 nov 2002. D.2003,583,note Deis-Beauquesne S ; JCP 2003,10096,note Billiau.
44. **Arret du 3 juin 2010** - Cass.1ère Civ.3 Juin 2010, n°09-13.591
[en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/>
45. **Code Civil** , titre IV, chapII, art 1382 .
[en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/>
46. **Arret du 12 janvier 2012**- Cass.1ère Civ.12 janvier 2012, n° 10-24.447.
[en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr>
47. Fitzpatrick .**Surveys of patient satisfaction : i-important general consideration.** B.M.J , 1991; 32:887-889

48. Sitzia J , Wood N. **Reponse rate in patient satisfaction research : an analysis of 210 published studies.** Int J Qual Health Care 1998; 10:311-317.
49. Barkley W.M, Furse D.H. **Changing priorities for improvement: the impact of low response rates in patient satisfaction.** Jt Comm J Improv 1996; 22:427-433.
50. Ware JE Jr. **Effect of acquiescent response set on patient satisfaction Ratings.**Med.Care 1978;16:327-336.
51. Blondel B, Kermarrec M . **Les naissances en 2010 et leur evolution depuis 2003.** Unité de Recherches Epidémiologiques en Santé Périnatale et la Santé des Femmes et des Enfants, INSERM - U. 953, mai 2011.
52. Namelle N, David S,Venditelli F , Riviere O, Barborini Y. **La santé périnatale en 2002- 2003. evaluation des pratiques médicales.**
[ligne]<http://audipog.inserm.fr>
53. Blondel B, Supernant K, Du Mazaubrun C , Breart G. **Situation en 2003 et évolution depuis 1998.**Unité de Recherches Epidémiologiques en Santé Périnatale Santé des Femmes, INSERM - U. 149, fevr 2005.
54. Howwell Cj, Jidd C,Robert W,Upton P,Lucking L, Jones Pw ,et al. **A randomized compared with non epidural analgesia in labour.**Br J Onstet Gynaecol 2001; 108:27-33.
55. **La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé .revue de la littérature médicale.** Agence Nationale D'accréditation Et D'évaluation En Santé .septembre 1996
56. Steudler F . **L'accueil pour le malade,c'est une attente.** J Econ Méd 1990 ; 10:367-79
57. Gerbe M, Debain M. **L'information dispensée aux malades.**Gestions Hosp 1993; 324:222-24.
58. Phanuel D. **Les attentes « des patients clients » en matière d'information et de communication :dimensions médicales,humaines et administrative.** Gestions Hosp 1995; 342 :76-82.
59. Lienhart A. **Doit on informer le patient des risques chirurgicaux et**

- anesthésiques ?** La Consultation D'anesthésie et la Préparation du Malade à L'intervention , JEPU, Ed, Paris :Arnette,1997 :49-55.
60. Casagrande T, Sargos P, Pierre F, Guy F, Fabre H, lévy g. **Information et consentement en gynécologie obstétrique.** Tours: Edition L'entreprise Médicale;1998 :13-7,19-20,55-6,92-4
 61. Taylor N. **étude auprès de 1000 mères de bébé de 0 à 24 mois.** Rapport Du Sondage Accouchement Sofres Mai 2000 :10.
 62. Albaladejo P. **La satisfaction du patient en anesthésie : « rassuré mais pas informé »** .Ann Fr Anesth Réanim 1998 ;17 :R367.
 63. Pattee C, Ballantyne M, Milne B.**Epidural analgesia for labour and delivery : informed consent issues.**Can.J. Anaesth 1997;44:918-923.
 64. Lonsdale M, Hutchison GL. **Patient's desire for information about anaesthesia, Scottish and Canadian attitude.** Anaesthesia 1991; 46: 5,410-412.
 65. Hadjistavropoulos HD, DobsonJ, Boisvert JA. **Information provision, patient involvement,and emotional support: prospective areas improving anesthetic care.**Cann J Anesth ,2001;48 : 9,864-870.
 66. Bethune L, Harper N, Lucas DN, Robinson NP, Cox M, Lilley A, Yentis SM. **complications of obstetric regional analgesia :how much information is enough?** Int J Obstet Anesth. 2004 ; 13(1):30-4.
 67. Jackson A, Henry R ,Avery N, Vandenkerkhof E, Milne B. **Informed consent for labour epidurals: what laboring women want to know.** Can J Anaesth 2000; 47(11):1068-73.
 68. Kelly GD, Blunt C, Moore PAS,Lewis M. **Consent for regional anaesthesia in the united kingdom:what is material risk?** International Journal Of Obstetric Anesthesia 2004;13:71-74.
 69. Albaladejo P, Mann C , Moine P, Panzani M, Ribeyrolles D, Lethellier P,Bernard I, Duranteau J, Benhamou D. **Impact d'une feuille d'information sur la satisfaction des patients en anesthésie.** Ann. Fr. Aesth. Réanim 2000; 19 :242-248.

70. Inglis S, Farnil D. **The effects of providing statistical anaesthetic-risk information**. Anaesth Intens Care 1993; 21:799-805.
71. Courtney MJ. **The effect of a preanaesthetic information booklet on patient understanding and satisfaction**. New Zealand Medical Journal.1997; 212-14.
72. Ait-Mansour A, Binhas M, Roudot-Thoroval F ,Thominet D, Maison P,Marty J. **Quel est le bon moment pour distribuer l'information au patient ?** CHU Henri Mondor , Annales Française D'anesthésie – Réanimation 25;2006 S53-S55
73. Vuarnesson H ,Binhas M,Roudot-Thoravalf,Thominet D, Maison P,Marty J. **Un document d'information sur la douleur postopératoire aide-t-il les patients à participer à la décision?** CHU Henri Mondor , Annales Française D'anesthésie –Réanimation 25; 2006 S53-S55.
74. Dupont X, Levy R, Ménigaux C ,Sehral A, Chauvin M. **Information du patient en anesthésie :évaluation d'un document dérivé du model proposé par la SFAR**. Ann Fr Anesth Réanim 1999; 18 : R443
75. Moreau E, Doret C, Plasse C, Dubourdieu J, Astruc M. **Evaluation de l'information donnée au patient avant l'anesthésie**.Ann Fr Anesth Réanim 1999;18 :R444
76. Houts Ps,Witmer Jt,Egeth He,Loscalzo Mj,Zabora Jr.**Using pictographs to enhance recall of spoken medical instructions II**. Patient Education And Counseling 2001;43(3):231-242.
77. Fitzgerald Dw, Marotte C,Verdier Ri, Jonhson Wd, Pape Jw. **comprehension during informed consent in a less developed country**.
a. The Lancet 2002;360(9342):1301-02.
78. Hedhiri I-A,Albaladejo P,Elmedraoui M,Dilly M-P,Robelet D,Coste M-H,Marty J.**Les patients sont-ils informés par le médecin, le feuillet d'information ou video?** CHU Henri Mondor, Annales Française D'anesthésie –Réanimation 25;2006 S53-S55
79. Asehnoune K, Albaladejo P, Sitbon P, Heriche C,Smail N, Gueneron Jp, et

- al. **Information en anesthésie :que souhaite le patient ?** Ann Fr Anesth Réanim 2000; 119: 57.
80. Hegarty A, Omer W, Harmon D. **Informed consent for epidural analgesia in labour: a survey of Irish practice.** Ir Med J 2014; 107(6):183-4.
81. Jackson, Richard H, Avery N, Vandenberg E, Milne B. **Informed consent for labour epidurals: what labouring women want to know.** Can J Anesth 2000 ;47: 1068–1073.
82. Gillies MAM, Baldwin FJ. **do patient information booklets increase perioperative anxiety.** European J Anaesthesiology 2001;18: 620-622.

9-RESUME

Titre: Evaluation de l'information sur l'analgésie péridurale en obstétrique: enquête réalisée en suite de couche à la maternité de Vernon.

Contexte: L'APD est une technique dont l'usage est en évolution croissante, la France se classe au premier rang des accouchements sous APD en Europe avec un taux de 70% selon l'enquête périnatale en 2010.

Objectif: Tout acte médical et thérapeutique doit être accompagné d'une information claire et loyale afin de permettre aux patients de donner un consentement éclairé. Le but était ici d'évaluer la satisfaction des patientes concernant l'information sur l'APD, de recueillir leurs propositions afin d'améliorer cette information et enfin évaluer la compréhension des patientes quant à l'information.

Matériel et méthode : Nous avons mené une enquête rétrospective descriptive du 1er juin au 31 novembre 2013, à partir d'un questionnaire recueilli auprès des parturientes en suite de couche à la maternité du CHI de Vernon.

Résultats : Sur les 145 questionnaires distribués, 107 questionnaires ont pu être récupérés et analysés ce qui représente 73% de taux de participation. Nous avons pu noter un taux de satisfaction de l'information orale de 61% à 71% et un taux de satisfaction de l'information écrite de 49 %. La plupart des patientes sont en faveur d'une consultation dédiée à l'information sur l'APD et les autres moyens antalgiques, l'utilisation d'un support vidéo et d'illustrations à l'aide de schémas pour l'information écrite. Le niveau de compréhension de l'information est médiocre puisque nous avons constaté que pour 54% des parturientes, la compréhension a été estimée mauvaise.

Conclusion : Cette étude a permis d'identifier les points à améliorer concernant l'information sur l'APD aussi bien écrite qu'orale mais également de se rendre compte que cette information n'est pas toujours suffisamment comprise par les patientes pour donner leur consentement éclairé.

Mots-clés : analgésie péridurale, satisfaction, information, compréhension.

