



**HAL**  
open science

# L'analgésie péridurale : les déterminants de l'insatisfaction maternelle

Isabelle Raimbault

► **To cite this version:**

Isabelle Raimbault. L'analgésie péridurale : les déterminants de l'insatisfaction maternelle. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01566886

**HAL Id: dumas-01566886**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01566886v1>**

Submitted on 21 Jul 2017

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

**ECOLE DE SAGES-FEMMES  
DE  
CLERMONT-FERRAND**

**Université d'Auvergne – Clermont 1**

**L'ANALGESIE PERIDURALE :  
LES DETERMINANTS DE  
L'INSATISFACTION MATERNELLE**

**MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR**

**Isabelle RAIMBAULT**

**Née le 04/08/1990**

**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME**

**Année 2016**



**UdA** | Université d'Auvergne





**ECOLE DE SAGES-FEMMES  
DE  
CLERMONT-FERRAND**

**Université d'Auvergne – Clermont 1**

**L'ANALGESIE PERIDURALE :  
LES DETERMINANTS DE  
L'INSATISFACTION MATERNELLE**

**MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR**

**Isabelle RAIMBAULT**

**Née le 04/08/1990**

**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME**

**Année 2016**



**UdA** | Université d'Auvergne



## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier le Dr. Christian Dualé, directeur de ce mémoire, pour son aide et sa disponibilité ;

Je remercie Sylvain Gony, co-directeur de ce travail et sage-femme enseignant, pour son soutien précieux, sa patience et son investissement ;

Je remercie le Dr. Brigitte Storme ;

Je souhaite remercier Bruno Pereira pour son aide sur la partie statistique ;

Je tiens également à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de de sages-femmes de Clermont-Ferrand ;

Je remercie mes ami(e)s pour leur soutien, Rachel, Camille, Lucile... et particulièrement Emma pour ton amitié et ta présence au cours de ces quatre années ;

Bien évidemment je remercie l'ensemble de la promotion, pour tous les moments inoubliables que nous avons partagés ensemble, de joie mais aussi de peine ;

Je remercie mes parents, mes sœurs et leurs conjoints, mon neveu pour le réconfort que vous m'avez apporté ;

Enfin je tiens particulièrement à remercier Marko, qui n'a cessé de m'encourager et de croire en moi depuis le premier jour.

## **GLOSSAIRE**

AOMHE : Analgésie Obstétricale de la Maternité de l'Hôpital Estaing

ASA : American Society of Anesthesiologists

AUC : Area Under ROC Curve

CCTIRS : Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EN : Echelle Numérique

EPDS : Edinburgh Prenatal Depression Scale

EVAN-G : Evaluation du Vécu de l'Anesthésie Générale

GHR : Grossesse à Haut Risque

FEE : Femme Et Enfant

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

IADÉ : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IMC : Indice de Masse Corporelle

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

LOT-R : Revised Life Orientation Test

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

MHI5 : Mental Health Inventory 5

PCEA : Patient Controlled Epidural Analgesia

PIEB : Programmed Intermittent Epidural Bolus

PMA : Procréation Médicalement Assistée

SA : Semaine d'Aménorrhée

SF : Sage-Femme

STAI-Y : State Trait Anxiety Inventory - Y

TENS : Stimuli Electriques Transcutanés

## SOMMAIRE

### INTRODUCTION

### REVUE DE LA LITTERATURE

1. A propos de la douleur ..... 3
2. Histoire de la douleur dans l'accouchement ..... 5
3. Satisfaction du patient vis-à-vis des soins ..... 7
4. Satisfaction maternelle et analgésie ..... 16
5. Identification des déterminants de la douleur obstétricale et de la satisfaction maternelle concernant l'analgésie péridurale ..... 19

### MATERIEL ET METHODE

1. Objectif principal ..... 23
2. Critère de jugement principal ..... 23
3. Type d'étude ..... 23
4. Durée de l'étude ..... 23
5. Lieu de l'étude ..... 24
6. Contexte de l'étude / Partenaires du projet ..... 24
7. Population cible ..... 25
8. Population source ..... 25
9. Critères de sélection des sujets ..... 25
10. Recueil des données ..... 26
11. Informatisation ..... 28
12. Analyse des données ..... 30
13. Budget ..... 31
14. Aspects éthique et réglementaire ..... 31

### RESULTATS

1. Description de l'échantillon ..... 33
2. Analyse univariée ..... 33
3. Analyse multivariée ..... 43

### DISCUSSION

1. Réponse à l'objectif principal ..... 49
2. Résultats ..... 50
3. Limites et biais de l'étude ..... 56
4. Evolution du projet / Axe d'amélioration ..... 66
5. Conclusion ..... 75

### REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### ANNEXES



# **INTRODUCTION**

La douleur obstétricale est au cœur de la profession de sage-femme. En effet, ces dernières accompagnent depuis la nuit des temps les parturientes, notamment au cours des douleurs de contraction et d'expulsion. La présence des sages-femmes auprès des femmes en couches apparaît comme étant plus qu'indispensable, et comme ayant un rôle prépondérant dans leur satisfaction finale concernant l'accouchement.

Si on s'intéresse plus spécifiquement à la prise en charge de la douleur obstétricale par l'analgésie péridurale, on se rend compte que cela représente 91,70% des parturientes sur la maternité de niveau III du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de la région Auvergne en 2014 (90,73% pour les voies basses). Cependant, toutes les femmes ne sont actuellement pas entièrement satisfaites de l'analgésie péridurale. La disparition de la douleur ne semble pas être la seule composante de cette satisfaction. En effet, de nombreux autres éléments sont à prendre en considération (écoute de la part des soignants, sensation de contrôler son accouchement...). La satisfaction des patients en général étant une préoccupation contemporaine, il apparaît pertinent de s'intéresser davantage à la satisfaction des femmes concernant l'analgésie péridurale.

Au sein de la maternité de niveau III du CHU de la région Auvergne, il existait jusqu'alors le questionnaire de satisfaction des patientes hospitalisées (élaboré par l'association des sages-femmes cadres d'Auvergne et l'unité d'évaluation médicale du service de Santé Publique du CHU de la région Auvergne), avec quelques questions seulement portant sur la prise en charge de la douleur (Annexe I : Questionnaire de satisfaction des patientes hospitalisées au sein de la maternité de niveau III du CHU ). C'est donc dans ce contexte que l'équipe d'Anesthésie-Réanimation en gynécologie-obstétrique du CHU de la région Auvergne a mis en place le projet Analgésie Obstétricale de la Maternité de l'Hôpital Estaing (AOMHE) avec pour objectif de développer un outil systématique d'évaluation de la qualité de l'analgésie du travail obstétrical. Cet outil pourra être utilisé à des fins d'amélioration de la qualité des soins et des pratiques professionnelles, et également à des fins de recherche.

L'objectif principal de ce mémoire est de déterminer quels sont les critères prédictifs d'insatisfaction maternelle concernant l'analgésie péridurale.

Dans un premier temps ce mémoire s'intéressera à la douleur d'un point de vue général, puis à l'historique de la douleur obstétricale, à la satisfaction globale des patients, et enfin plus spécifiquement à la satisfaction des parturientes à propos de l'analgésie péridurale.

Dans un deuxième temps, la partie méthode sera exposée. Dans un troisième temps, les résultats concernant les critères prédictifs d'insatisfaction maternelle relatifs à l'analgésie péridurale seront présentés. Dans un dernier temps ces résultats seront discutés et comparés à la littérature. Des pistes seront proposées afin de faire évoluer les questionnaires du projet AOMHE. Enfin, une plaquette à destination des patientes sera proposée avec pour objectif de présenter les différentes méthodes médicamenteuses et non médicamenteuses de prise en charge de la douleur obstétricale.

# **REVUE DE LA LITTERATURE**

## 1. A propos de la douleur

### 1.1. Les missions de la sage-femme

La sage-femme est amenée à prendre en charge la douleur dans les différents « milieux » d'exercice de sa profession (consultation, service de grossesse à haut risque, salle de naissance, maternité, cabinet libéral...).

En consultation prénatale, la sage-femme prépare, notamment dans le cadre de la préparation à la naissance et à la parentalité, les femmes à gérer la douleur de l'accouchement en proposant par exemple des postures pour se soulager, des points d'acupression, la respiration abdominale, en donnant des informations sur l'analgésie péridurale [1]...

La sage-femme en salle de naissance est encore plus active dans la prise en charge de la douleur des femmes en travail. Les mêmes techniques que précédemment décrites peuvent être mises en pratique. De plus, la sage-femme participe en collaboration avec l'équipe d'anesthésie, à la prise en charge de la douleur pendant la parturition grâce à l'analgésie péridurale.

Le Code de la Santé Publique, prévoit que la sage-femme est autorisée à pratiquer « *L'anesthésie locale au cours de l'accouchement* ».

« *La sage-femme est également autorisée, au cours du travail, à effectuer la demande d'analgésie loco-régionale auprès du médecin anesthésiste-réanimateur. La première injection doit être réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur. La sage-femme peut, sous réserve que ce médecin puisse intervenir immédiatement, pratiquer les réinjections par la voie du dispositif mis en place par le médecin anesthésiste-réanimateur et procéder au retrait de ce dispositif* » [2].

La sage-femme a de plus la possibilité d'administrer « *un mélange équimolaire d'oxygène protoxyde d'azote exclusivement en milieu hospitalier, et sous réserve d'une formation adaptée* ».

Enfin, elle peut, dans l'exercice de ses fonctions, prescrire les antalgiques qui figurent dans la liste des classes thérapeutiques ou médicaments autorisés aux sages-femmes pour leur usage professionnel ou leur prescription auprès des femmes [3].

## **1.2. Les droits du patient**

Le soulagement de la douleur du patient est une préoccupation contemporaine. D'après la charte du patient hospitalisé, « *Les établissements de santé garantissent la qualité des traitements, des soins et de l'accueil. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur* » [4].

Le soulagement du patient est défini comme étant un droit dans le code de la santé publique : « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée* » [5].

## **1.3. Les obligations institutionnelles**

Depuis 2010, les établissements de santé ont une obligation de prise en charge de la douleur des patients. Pour les établissements publics, les moyens de prise en charge de la douleur sont définis dans le projet d'établissement [6].

## **1.4. Plans de lutte contre la douleur**

La France a été pionnière dans l'amélioration de la prise en charge de la douleur, avec notamment un engagement des pouvoirs publics qui s'est traduit par plusieurs « plans douleur » successifs. Le quatrième plan de lutte contre la douleur (2013-2017) serait actuellement en train d'être mis en place [7].

## 2. Histoire de la douleur dans l'accouchement

"Tu enfanteras dans la douleur", dit la Genèse, faisant de chaque naissance l'expiation indéfiniment renouvelée de la faute de la première femme.

Depuis toujours, le vécu de la douleur dans l'accouchement est bien connu et on s'est efforcé de soulager la parturiente, d'abord par des moyens traditionnels, puis à partir des années 1840 par l'anesthésie, ensuite dans les années 1930-1950 par la mise au point de méthodes naturelles d'accouchement "sans crainte" ou "sans douleur", et enfin à partir des années 1980 par l'analgésie péridurale.

Dans la médecine ancienne étaient utilisées des plantes calmantes ou analgésiques (pavot blanc, belladone<sup>1</sup>, mandragore<sup>1</sup>...). L'alcool (sous forme d'eau de vie) a souvent été administré généreusement aux parturientes, comme à tous les malades.

A la fin du XVIIIe siècle, le protoxyde d'azote et l'éther sont découverts et sont essayés en obstétrique.

Au XIXe siècle la morphine commence à être utilisée dans les accouchements par les médecins anglo-saxons malgré ses effets indésirables (asphyxie du fœtus, suppression des contractions, risques d'hémorragies). Dans le même temps, les propriétés sédatives et anesthésiques du chloroforme sont découvertes. Il est administré simplement sur un mouchoir plaqué contre le nez et la bouche de la parturiente. La reine Victoria en 1853 a d'ailleurs accouché sous chloroforme pour son huitième enfant créant ainsi la mode de "l'accouchement à la reine".

Au début du XXe siècle, la scopolamine a également été utilisée comme anesthésique en Amérique. Cette époque est contemporaine du début des mouvements féministes qui combattent à la fois pour le droit de vote et pour le droit de ne plus souffrir en accouchant. Des méthodes « douces » de soulagement de la douleur obstétricale voient le jour. On parle de méthode de naissance « sans crainte » ou « sans violence ».

En France, au milieu du XXe siècle, « l'accouchement sans douleur » devient la méthode psychoprophylactique et se répand de plus en plus dans les maternités. Cette méthode, avec un penchant féministe, a permis aux femmes d'accéder à une connaissance d'elles-mêmes et à la possibilité de contrôler les étapes de leur accouchement. Huit séances de préparation vont être remboursées à partir des années soixante. Ces séances

---

<sup>1</sup> Contiennent de l'atropine.

vont évoluer et devenir de plus en plus personnalisées. Mais certaines voix commencent à s'élever pour exprimer le désarroi de celles qui n'ont pas réussi à apaiser leur douleur. C'est à cette époque que l'analgésie péridurale commence à être utilisée à grande échelle pour les accouchements. La demande des femmes et des soignants devient de plus en plus importante. A la fin des années quatre-vingts, Simone Veil a alors étendu le remboursement par la Sécurité sociale à toutes les femmes qui désiraient en bénéficier, sans condition médicale. Cette mesure est alors apparue comme une victoire des femmes accédant enfin à un droit fondamental, celui d'accoucher sans douleur. En 1995, une sage-femme de la maternité des Lilas s'exprimait ainsi : « Depuis l'arrivée de la péridurale en obstétrique, je dois reconnaître n'avoir plus jamais eu à vivre ces accouchements où la naissance était davantage vécue par la femme comme une séance de torture et où, nous, les sages-femmes impuissantes, nous sortions de ces accouchements remplies de honte. »

L'histoire du soulagement de la douleur dans l'accouchement s'est donc faite grâce à la conjonction de trois mouvements : les découvertes médicales de techniques et de produits anesthésiants, la demande des femmes de ne plus souffrir en accouchant, la volonté du corps médical de ne plus assister dans l'impuissance à des couches douloureuses et souvent dramatiques [8, 9].



### 3. Satisfaction du patient vis-à-vis des soins

#### 3.1. Généralités

La satisfaction représente l'état de l'âme ou du corps accompagnant l'assouvissement d'un désir. Elle se distingue d'un simple contentement qui accompagne l'assouvissement d'un besoin. L'attente du plaisir crée un état d'insatisfaction et de frustration, alors que l'obtention du plaisir entraîne la satisfaction.

Dans la littérature anglo-saxonne du domaine de la santé, la satisfaction du patient est définie comme sa réaction à son expérience personnelle dans les services de soins [10]. Dans cette formulation, la satisfaction consiste en une évaluation cognitive (notion de connaissances) et une réaction émotionnelle (domaine affectif) aux structures, procédures et résultats des services. **Elle est multifactorielle** et prend en compte des facteurs physiques, psychiques, sociaux et culturels.

Dans ce domaine, la satisfaction repose sur deux théories : soit elle est fonction du résultat de l'expérience vécue, soit elle est le résultat de l'adéquation entre ce que le patient espère et ce qu'il vit réellement. On prend alors en compte ses attentes par rapport au système de soins [11].

Les paramètres rentrant en compte dans la satisfaction du patient vis-à-vis des soins sont nombreux et l'on peut citer l'hôtellerie (chambres, restauration, patients partageant la chambre), la disponibilité de l'équipe médicale et paramédicale, l'information donnée au patient, la durée d'attente des examens complémentaires, le ressenti de la compétence du personnel. Tous ces paramètres prennent une part plus ou moins importante dans la satisfaction globale du patient.

En 2000, Hudak et al. se sont intéressés aux caractéristiques des méthodes de mesure de satisfaction chez les patients [12]. L'évaluation de la satisfaction chez les patients se divise en deux axes : le premier est relatif au contenu du questionnaire évaluant la satisfaction du patient, et le second aux différentes méthodes de mesure utilisées.

Les mesures multidimensionnelles, plus spécifiques, apparaissent comme devant être adoptées quand cela est possible, et complétées par une mesure plus globale de satisfaction. Quand une mesure multidimensionnelle est adoptée, on devrait toujours retrouver des items relatifs au comportement des soignants, aux soins délivrés, à l'implication du patient dans les décisions prises, et aux informations qui lui sont

délivrées. Il ressort également qu'il est plus judicieux d'évaluer la satisfaction concernant les soins, séparément de la satisfaction concernant le résultat de ces soins. De plus, il apparaît intéressant d'utiliser des échelles de mesures qui sont spécifiques au soin, ou au traitement sur lequel la satisfaction est évaluée. Les échelles directes (elles reflètent les sources de satisfaction/insatisfaction) apportent plus d'informations que les échelles globales.

Les questions relatives aux faits et celles relatives au ressenti des patients sont toutes deux pertinentes. Il est entre autres utile d'utiliser dans les questionnaires à la fois des questions fermées et ouvertes. Il faudra être vigilant aux questionnaires réalisés en présence d'un interviewer, puisque les scores de satisfaction ont tendance à être plus élevés.

Cette étude spécifie l'intérêt de suivre les patients ayant quitté un programme d'évaluation de la satisfaction de manière à comprendre leur choix et à évaluer leur satisfaction. En effet, la plupart des patients quittent un programme du fait de leur insatisfaction ce qui entraîne un biais de sélection en augmentant la satisfaction finale. Il faudra également se méfier de la survenue d'un biais d'acquiescement qui pourra sur ou sous évaluer la satisfaction.

## **3.2. Intérêt du recueil**

### **3.2.1. Pertinence clinique**

La satisfaction du patient vis-à-vis du système de soins apparaît comme un déterminant majeur de la qualité de soins [10]. Plus qu'un outil de description, notamment de comparaison entre différents établissements de santé, cette évaluation de la satisfaction a pour but d'améliorer la qualité des soins et de repérer les dysfonctionnements qui seraient passés inaperçus [13]. L'évaluation de cette satisfaction s'inscrit dans le contexte actuel où les usagers de soins prennent une part active à leur prise en charge médicale. En effet, avec notamment la mise en place de la charte du patient hospitalisé, celui-ci participe aux décisions le concernant après avoir reçu une information loyale et éclairée [4]. Cependant la satisfaction varie en fonction des critères évalués, notamment si l'on compare la satisfaction globale des patients ou la satisfaction par rapport à des points précis. Généralement les patients sont plutôt satisfaits globalement, mais cette satisfaction peut être beaucoup moins bonne si l'on étudie des points plus précis, par exemple

l'hôtellerie ou l'information donnée [14]. Enfin, si pour certains critères l'utilisateur est le seul juge de la qualité de ce qui lui est proposé, pour d'autres (choix de traitement très spécialisé, aspect technique, choix de matériel) son avis doit être considéré avec parcimonie.

### **3.2.2. Audits hospitaliers**

L'audit est l'examen professionnel qui consiste en une expertise par un agent compétent et impartial aboutissant à un jugement sur les états financiers, le contrôle interne, l'organisation, la procédure, ou une opération quelconque d'une entité. Il constitue un outil d'amélioration continue, car il permet de faire le point sur l'existant afin d'en dégager les points faibles et/ou non conformes aux référentiels d'audit. Ce constat permet de mener par la suite les actions adéquates dans le but de corriger les écarts et dysfonctionnements constatés. Les établissements de soins réalisent des audits concernant la satisfaction de leurs patients. Le but de ces audits est d'évaluer la satisfaction des patients à un certain moment, d'en tirer des conclusions pour l'améliorer, et de réitérer cette évaluation une fois que les mesures visant l'amélioration de la satisfaction ont été mises en place. De nombreux centres hospitaliers réalisent des audits souvent dans un domaine spécifique : service des urgences, consultations externes... Ainsi, un rapport réalisé en 2007 par l'Inspection générale des affaires sociales notait que seulement 25 des 32 CHU français évaluaient la satisfaction de leurs usagers [15].

### **3.2.3. Décisions de santé publique**

Si l'évaluation de la satisfaction des patients est recommandée depuis la circulaire du 19 juin 1947, elle n'est devenue obligatoire qu'en 1996 pour tous les établissements de soins publics et privés (article L710-1-1 de l'ordonnance du 24 avril 1996) [16]. Cette ordonnance stipulait également qu'un livret d'accueil devait être remis à tout patient hospitalisé. L'arrêté du 7 janvier 1997 a obligé à faire figurer dans ce livret « *un questionnaire de sortie, adapté à l'établissement, destiné à recueillir l'avis du patient sur les conditions d'accueil et de séjour* » (Annexe I : Questionnaire de satisfaction des

patientes hospitalisées au sein de la maternité de niveau III du CHU de la région Auvergne).

Dans ces outils d'évaluation de la satisfaction validés chez des patients bénéficiant d'une anesthésie générale, un certain nombre d'items paraissent applicables en obstétrique. En effet les items du score EVAN-G (Evaluation du Vécu de l'Anesthésie Générale), à savoir la douleur, l'inconfort, le respect de l'intimité, l'information, l'attention et l'attente sont des dimensions qui s'appliquent aussi chez les parturientes [17]. Cependant l'accouchement et la naissance d'un enfant font entrer d'autres critères dans l'évaluation de la satisfaction chez la femme enceinte qui nécessitent de créer des outils d'évaluation plus spécifiques.

### **3.3. Déterminants de la satisfaction maternelle**

La population obstétricale présente un certain nombre de particularités par rapport à la population générale.

Tout d'abord, il s'agit essentiellement de femmes jeunes et en bonne santé (ASA I : score de l'*American Society of Anesthesiologists*) avec généralement une grossesse physiologique [18]. Il s'agit donc d'une population très homogène, bien plus comparable que les patients pris en charge pour chirurgie pour lesquels il existe des variations importantes de génération. Pour la plupart des parturientes, cette bonne santé est associée à l'envie d'être pleinement actrice de son accouchement. En effet, on assiste à un retour d'un souhait d'accouchement plus « naturel », sans médicalisation excessive, avec des projets de naissance mis en place par les femmes pendant leur grossesse. Ces projets font que ces dernières ont une idée très précise de la façon dont elles souhaitent que leur accouchement se déroule. De fait, toute complication, voire tout simplement une douleur plus difficile à gérer qu'attendue, peut entraîner une discordance entre la réalité et les attentes, engendrant une forte baisse de leur satisfaction. En obstétrique l'adéquation entre les attentes et la réalité est déterminante dans la satisfaction des parturientes. Enfin, la naissance d'un enfant présente évidemment une charge émotionnelle très importante, qui va également fortement influencer la satisfaction maternelle.

Plusieurs études s'intéressant à la satisfaction maternelle après un accouchement corroborent le fait que la qualité de l'analgésie prodiguée n'intervient que partiellement

sur la satisfaction maternelle. En effet, de nombreux paramètres interviennent dans la satisfaction maternelle concernant l'analgésie au cours du travail.

D'après la littérature, les principaux paramètres qui influencent la satisfaction maternelle concernant leur expérience de l'accouchement sont notamment : le respect des attentes maternelles, la sensation de contrôle de la mère sur son accouchement, l'implication dans les décisions prises, la relation avec le personnel soignant, la douleur, l'anxiété, la parité [19-21]...

Les patientes veulent contrôler leur accouchement et pouvoir modifier son déroulement (stagnation de la dilatation cervicale, césarienne imprévue, manœuvres d'extraction, hémorragie de la délivrance)... Le déroulement de l'accouchement et son adéquation aux attentes maternelles va grandement influencer la satisfaction maternelle [19, 22].

Le personnel soignant a également un rôle prépondérant dans la satisfaction maternelle tandis que celui de la douleur est beaucoup plus débattu [20].

D'autres facteurs, peut-être moins importants, rentrent également en ligne de compte, comme l'hôtellerie (chambres, repas), la parité (attente parfois plus importante pour le premier enfant). Enfin la qualité de la couverture financière des soins (très variable d'un pays à l'autre) peut avoir une influence sur l'attente de la parturiente en tant qu'utilisatrice du système de soins.

Il n'existe pas d'outil standardisé et validé dans la littérature pour évaluer la satisfaction maternelle lors de l'accouchement. Un certain nombre d'auteurs se sont cependant intéressés à cette évaluation.

En 2002, Hodnett a publié une revue de la littérature sur la satisfaction maternelle vis-à-vis de la naissance [20]. Cette revue s'est intéressée à ce qui était mesuré, comment et à quel moment. Elle a inclus les études publiées depuis 1965 qui avaient évalué la mesure de la satisfaction (par rapport à l'expérience de la naissance, aux soins ou au soulagement de la douleur), la mesure de la douleur et l'évaluation de l'expérience de la naissance par les patientes. Ont ainsi été relevées :

- 29 études observationnelles, descriptives sur la satisfaction maternelle (plus de 14 000 femmes dans neuf pays).
- 12 revues systématiques ou études randomisées contrôlées qui ont comparé des interventions per-partum autres que l'analgésie (27 000 patientes).

- 21 revues ou études randomisées contrôlées qui ont évalué les méthodes de soulagement de la douleur dont différents type d'opioïdes, des injections cutanées d'eau stérile, des stimulations nerveuses électriques transcutanées, des antalgiques inhalés et différents dosages, produits et modalités d'administration de l'analgésie par voie péri-médullaire.

Les méthodes d'évaluation de la satisfaction variaient de l'interview qualitative au questionnaire auto-rempli :

- Les questions à réponses fermées entraînaient moins de réponses négatives que celles à réponses ouvertes.
- Les échelles additives se servant des scores numériques sommés étaient peu utilisées, surtout quand le but de l'étude était d'améliorer les soins, car ces scores pouvaient masquer les avis sur des points spécifiques des soins pratiqués en péri-partum.
- Beaucoup d'études évaluant la satisfaction maternelle dans le cadre d'interventions sur l'analgésie ou autres utilisaient des échelles numériques ou des échelles de Likert.

Il n'y avait pas d'argument pour déterminer le moment idéal où le questionnaire de satisfaction devait être rempli sachant que le taux de réponse était plus haut lorsque cette évaluation était réalisée avant la sortie de l'hôpital. De plus la relation avec la personne évaluant la satisfaction pouvait modifier les réponses avec plus de réponses positives quand cette personne était un soignant, par peur de déplaire, ce qui était souvent le cas dans les études évaluant plusieurs méthodes analgésiques. Devant un enquêteur indépendant, les patientes s'exprimaient plus, surtout concernant leurs opinions négatives. Ce mode était plutôt utilisé dans les études descriptives de la satisfaction.

Les relations entre satisfaction par rapport à la naissance, analgésie et douleur étaient complexes :

- Les femmes les plus satisfaites étaient celles qui n'avaient pas recours à une analgésie médicamenteuse.
- Les femmes étaient moins satisfaites quand elles ne se sentaient pas responsables des décisions prises.

- **Aucune association significative n'avait été retrouvée entre le soulagement de la douleur et la satisfaction.**
- Absence de corrélation entre le taux de soulagement de la douleur et celui de la satisfaction vis-à-vis de ce soulagement.
- Les études étaient également contradictoires concernant la corrélation entre intensité de la douleur et satisfaction en fonction de la connaissance ou non du traitement reçu par les parturientes.

Contrairement à d'autres domaines de soins, les critères démographiques dans le contexte de la naissance (âge, éducation, paramètres socio-économiques, le statut marital, l'ethnie, la culture, une préparation à la naissance...) ne semblaient pas influencer la satisfaction. En général les multipares étaient plus satisfaites que les primipares. L'environnement autour de la naissance semblait avoir un faible impact sur la satisfaction maternelle, contrairement au rôle des soignants.

Huit des études descriptives de la satisfaction des parturientes retrouvaient l'importance de l'adéquation entre les attentes maternelles et la réalité. De même beaucoup d'études mettaient en évidence la relation entre la satisfaction maternelle et le comportement des soignants (écoute, information, prise en compte de l'avis des parturientes), ainsi qu'avec la participation des patientes dans la prise de décision.

Certaines études montraient une relation inverse entre la satisfaction maternelle et les interventions médicales (déclenchement, travail dirigé), alors que dans d'autres l'influence de ces interventions était beaucoup plus faible par rapport à celle du comportement des soignants.

D'autres études soulignaient que les femmes qui étaient anxieuses à propos de la douleur obstétricale étaient globalement moins satisfaites après la naissance.

Il a également été remarqué que les femmes qui avaient vécu une meilleure expérience de la naissance par rapport à ce à quoi elles s'attendaient, étaient globalement plus satisfaites. De plus, les femmes qui avaient des attentes élevées étaient globalement plus satisfaites que celles qui avaient moins d'attentes.

Un biais de sélection a été mis en évidence, en effet, les femmes avec un travail plus long, plus difficile, avec plus de complications, étaient plus susceptibles d'avoir une analgésie péridurale.

En 2006, en France, à la demande du Ministère de la Santé, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a réalisé une enquête de satisfaction à l'intention des usagères de maternité, dont les résultats ont été publiés en 2008 [23]. Par interview téléphonique, 2656 parturientes avaient évalué leur satisfaction vis-à-vis de différents paramètres du suivi de leur grossesse et de leur accouchement sur une échelle de Likert en quatre points (« pas du tout satisfaite », « plutôt pas satisfaite », « plutôt satisfaite », « tout à fait satisfaite »). La satisfaction globale vis-à-vis de l'accouchement était bonne, avec 94 % de femmes « plutôt » ou « tout à fait satisfaites ». Toutefois la satisfaction était moins bonne sur certains points plus ciblés ou dans certains contextes, notamment :

- Concernant les informations données sur les actes médicaux réalisés.
- Concernant les parturientes les moins diplômées et les primipares.
- En cas de césarienne ou d'épisiotomie.
- Ou lorsque les patientes n'avaient pas eu d'analgésie péridurale.

Dans cette optique, Howell et Concato en 2004 ont cherché à développer une taxonomie afin de classifier les différents déterminants de la satisfaction maternelle [24]. Un interrogatoire semi-dirigé a été réalisé chez 67 parturientes en suite de couches. Ces questions leur étaient posées :

- « *Qu'est-ce que vous avez aimé ?* »
- « *Qu'est-ce que vous n'avez pas aimé ?* »
- « *Qu'est-ce que vous laisseriez à l'identique ?* »
- « *Qu'est-ce que vous changeriez ?* »
- « *Y a-t-il des choses importantes pour vous qui étaient bien ou mal traitées ?* »

La taxonomie globale a retrouvé 51 items répartis en six thèmes :

- L'équipe médicale, avec dix items portant sur le professionnalisme, la disponibilité, le style personnel, l'uniformité de l'équipe.
- L'équipe infirmière avec trois items (professionnalisme, disponibilité, et style personnel).
- Le reste de l'équipe paramédicale (trois items).
- Les services spécifiques avec 13 items portant sur l'analgésie obstétricale et post accouchement, les soins du nouveau-né et l'allaitement.



- Les attributs hospitaliers avec :
  - Dix items portant sur les services administratifs, le confort de la patiente et de son conjoint, le parking, la nourriture.
  - Sept items concernant le ressenti personnel (douleur, contrôle personnel de l'accouchement, intimité, sentiment d'être bien comprise...).

Un score de satisfaction globale était aussi évalué, sur une échelle numérique de zéro à dix avec une moyenne à 9,2/10. Le but de cette étude était surtout de montrer quels étaient les facteurs intervenant dans la satisfaction maternelle et non de l'évaluer. Elle a mis en évidence l'importance de certains facteurs (allaitement, soins du nouveau-né, ressenti personnel) d'ordinaire peu ou pas pris en compte dans les études qui évaluent la satisfaction dans les autres secteurs de soins. Les auteurs suggéraient qu'il faudrait d'autres études afin d'évaluer l'importance relative de tous ces facteurs dans la satisfaction globale.

#### 4. Satisfaction maternelle et analgésie

L'analgésie pour le travail obstétrical est en constante amélioration et constitue le sujet de nombreux travaux par des essais cliniques comparatifs dont les résultats suggèrent des techniques innovantes, tant sur le mode d'administration que sur les mélanges analgésiques.

Actuellement, on peut dire que la généralisation en France de la pratique de l'analgésie péridurale, avec une administration sécurisée d'un mélange d'anesthésique local à concentration modérée (0,125% (bupivacaïne ou ropivacaïne ou levobupivacaïne)) et d'un opioïde fentanyl ou sufentanil), au mieux par un dispositif d'auto-administration : (*Patient-Controlled Epidural Analgesia* (PCEA) ou *Programmed Intermittent Epidural Bolus* (PIEB)) a permis d'améliorer considérablement la qualité de la prise en charge.

L'évolution de la prise en charge vise toujours à améliorer le déroulement du travail et à s'approcher le plus possible de la physiologie. Actuellement, de nombreuses équipes étudient la déambulation au cours du travail. Le risque majeur est une chute de la parturiente, lié au bloc sensitivomoteur et à l'hypotension artérielle, induits par l'analgésie péridurale. Cependant, du fait de l'absence de compression aorto-cave en cas de déambulation, la tension artérielle est plus stable dans ce contexte qu'en décubitus prolongé. Le bénéfice clairement démontré de la déambulation concerne la satisfaction maternelle, significativement augmentée dans ce contexte, et également une diminution significative de la nécessité de sondage urinaire [25].

La question essentielle qui persiste et qui justifie notamment ce projet est : une analgésie performante suffit-elle à satisfaire les parturientes ?

Les résultats des essais comparatifs randomisés sont souvent présentés de manière emphatique, évoquant l'excellence du traitement innovant. Or, la description des valeurs absolues des scores de douleur est rarement faite, au profit de présentations «raccourcies» (par exemple moyenne +/- écart-type) dont le but est d'illustrer l'effet thérapeutique comparatif. Dans un travail récemment publié par Tixier et al., il a été décrit les scores de douleur sous la forme d'un diagramme en bulles [26]. Il en ressort que malgré une analgésie «globalement efficace» (quelle qu'elle soit), un nombre non négligeable de patientes avaient des scores de douleur excédant 3/10, qui est la borne usuellement

retenue pour définir l'indication d'analgésie. On peut nuancer en ajoutant que certaines mesures étaient faites à un moment d'attente d'un complément analgésique (il s'agissait d'auto-administration par PCEA). Toutefois, comme les mesures étaient réalisées à des horaires fixes et de manière systématique, il est peu probable que toutes ces douleurs aient été soulagées dans l'instant suivant.

Plus récemment, il a été réalisé un autre essai thérapeutique du même type publié par Bazin et al. [27]. La distribution des valeurs était un peu différente, mais le constat sur les valeurs excédant 3/10 était le même.

En revanche, dans cette étude, il a été mesuré la satisfaction maternelle vis-à-vis de l'analgésie, qui a été jugée partielle ou insuffisante pour 6,9% de l'effectif total (n = 115). De plus, 31,3% de l'effectif a déclaré l'analgésie «satisfaisante», et non «très satisfaisante». Il faut noter que tout ceci est observé dans un cadre d'analgésie «optimisée». En effet, l'encadrement des patientes est probablement amélioré par la recherche (notamment plus de procédures de recours en cas d'échec).

Angle et al. ont réalisé en 2009 une analyse qualitative des attentes des femmes enceintes concernant la qualité de l'analgésie pour le travail obstétrical dans l'objectif de développer un outil de mesure de cette qualité [28]. C'était la qualité de l'analgésie (et non la satisfaction par rapport à cette analgésie) qui était étudiée ici, ces deux paramètres n'étant pas tout à fait superposables. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés en tête à tête ou en petit groupe chez 28 femmes.

Les questions posées au cours de l'entretien étaient les suivantes :

- *«Qu'est-ce qui vous inquiétait lorsque vous avez décidé d'avoir une analgésie péri médullaire?»*
- *«Qu'est-ce que vous avez aimé et qu'est-ce qui vous a ennuyé par rapport à cette analgésie?»*
- *«Qu'est-ce que vous amélioreriez concernant cette analgésie, ou qu'est-ce que vous changeriez?»*
- *«Décrivez une analgésie de qualité pour le travail et l'accouchement.»*

L'analyse factorielle a identifié quatre axes :

- L'importance de la douleur au cours du travail et son retentissement (perte du contrôle de soi, absence d'adhésion aux consignes données par l'équipe obstétricale, épuisement physique et moral).
- La peur et l'anxiété associées au soulagement de cette douleur.
- Les apports positifs du soulagement de la douleur (restauration du contrôle de soi, de la capacité à se concentrer, à participer, préservation de la force et de la mobilité).
- La balance effets bénéfiques / effets indésirables de l'analgésie.

Toutes ces dimensions devraient donc être prises en compte si l'on veut développer un outil pertinent d'évaluation de la qualité de l'analgésie obstétricale. Les études de facteurs associés, voire prédictifs, à des situations cliniques pouvant relever de l'insatisfaction maternelle sont également des sources intéressantes d'informations.

## **5. Identification des déterminants de la douleur obstétricale et de la satisfaction maternelle concernant l'analgésie péridurale**

Partant de la notion que l'échec d'analgésie péridurale, estimé entre 0,9 % et 24 % selon les études, était associé à une moins bonne satisfaction maternelle Agaram et al. en 2009 ont recherché les facteurs associés à un échec d'analgésie péridurale [29]. Dans cette étude prospective, l'analgésie était évaluée par une échelle verbale numérique, 30 minutes après le bolus initial sur le cathéter de péridurale chez 275 parturientes. Un score supérieur à 10/100 traduisait un échec. Les facteurs associés statistiquement à un échec étaient : la multiparité, une dilatation cervicale supérieure à sept centimètres à la pose, l'usage d'un mandrin gazeux et un antécédent d'échec d'analgésie péridurale. Le modèle de régression logistique associait aussi à un échec un antécédent de tolérance aux opiacés et la réalisation de la péridurale par un anesthésiste en formation. La courbe ROC retrouvait une association entre l'échec d'analgésie et un volume de bolus inférieur à 12 millilitres. Les auteurs évoquaient l'intérêt de développer un score prédictif d'échec d'analgésie péridurale qui permettrait de modifier la pratique de la péridurale chez ces patientes afin d'améliorer l'analgésie et donc la satisfaction maternelle.

Cooper et al. en 2010 ont comparé la satisfaction maternelle avec trois types d'analgésie péri médullaire chez 1405 nullipares, à un groupe contrôle sans analgésie péri médullaire. La mesure était prise 24 heures et 12 mois après l'accouchement [30]. La satisfaction était similaire entre les groupes d'analgésie péridurale à haute dose, d'analgésie péridurale à faible dose et d'analgésie par rachi-péridurale combinée à faible dose, avec un soulagement de la douleur identique dans ces trois groupes. La satisfaction était en revanche significativement meilleure dans le groupe rachianesthésie avec péridurale combinée que dans le groupe péridurale faible dose à propos de la rapidité de soulagement de la douleur et la possibilité de mobilité. Parmi les femmes qui accouchaient spontanément par voie basse, le taux de parturientes ayant ressenti un contrôle total de leur accouchement était plus élevé chez celles bénéficiant d'une rachianesthésie avec péridurale combinée, que chez celles ayant reçu une analgésie péridurale à haute dose. La perception d'un bon contrôle de l'accouchement était plus importante pour les femmes accouchant spontanément par voie basse, que pour celles nécessitant une extraction instrumentale ou une césarienne. La satisfaction maternelle

évaluée à 12 mois était similaire entre les trois groupes d'analgésie péri médullaire. Par contre, parmi les femmes ayant accouché par voie basse spontanée, la satisfaction était plus élevée chez les parturientes du groupe contrôle. Cette étude montre donc l'importance du mode d'accouchement dans l'évaluation de la satisfaction maternelle.

Gil-Wey et al. en 2011 se sont intéressés à la recherche des facteurs influençant la satisfaction maternelle concernant la prise en charge anesthésique globale, et non pas simplement celle de la douleur [31]. Dans cette étude de cohorte rétrospective concernant 10 034 parturientes, la satisfaction maternelle était évaluée par une échelle verbale numérique de zéro à dix, dans les 24 heures suivant l'accouchement. L'insatisfaction était définie par un score inférieur ou égal à six et concernait 7,6% des femmes. La satisfaction était statistiquement diminuée par : des conditions d'accouchement difficiles, une inefficacité des techniques analgésiques, l'existence d'une complication de celles-ci, une souffrance néonatale ou un score d'Apgar bas. Les auteurs retrouvaient également une association entre la satisfaction et le vécu de l'intervention anesthésique sur le plan humain et technique, la coordination de la prise en charge avec notamment le retard à la réalisation de l'analgésie péri-médullaire, et enfin avec la survenue de complications anesthésiques et néonatales (mais pas obstétricales). **Cette étude semblait donc confirmer que le soulagement de la douleur n'était pas le seul facteur influençant la satisfaction maternelle concernant l'analgésie du travail**, ce qui était évoqué par certains auteurs qui pensaient qu'une bonne communication entre l'équipe soignante et les parturientes permettait de « récupérer une bonne satisfaction maternelle » malgré une analgésie insuffisamment efficace ou en cas de survenue de complications [32, 33].

Récemment, Dualé et al. ont réalisé une revue systématique reprenant l'objectif de Hodnett, à partir de la littérature publiée depuis 1999, dans un échantillon large de journaux influents sur la pratique clinique [34]. Cette revue systématique a identifié 116 articles, et 282 groupes différents de parturientes. Tous les articles possédaient une information sur la qualité de l'analgésie du travail et la satisfaction maternelle.

Les points suivants ont été relevés :

- Les méthodes de mesure de la satisfaction maternelle étaient très variables et il n'y avait pas de méthode de référence.
- En reclassant les critères de satisfaction maternelle de manière ordinale, il a été déterminé que celle-ci était mauvaise dans 17,8%, moyenne dans 21,8%, bonne dans 31,2% et excellente dans 29,3% des cas.
- Un effet statistique intergroupe pour l'analgésie était associé à un effet statistique intergroupe pour la satisfaction maternelle, mais seulement la valeur prédictive négative était bonne (0,87). En d'autres termes, une non-différence pour l'analgésie impliquait très souvent une non-différence pour la satisfaction maternelle, mais l'inverse était faux.
- Les essais cliniques étaient en général peu puissants pour montrer un effet statistique intergroupe pour la satisfaction maternelle.
- Les facteurs expliquant la satisfaction maternelle étaient : la masse corporelle, le taux de primipares, la dilatation cervicale initiale, et la technique d'analgésie.
- La satisfaction maternelle apparaissait stable entre les 24 heures et les 72 heures postpartum.

La prise en charge de la douleur obstétricale repose donc sur l'identification de facteurs prédictifs de douleur sévère lors du travail et de l'accouchement, et d'insatisfaction, afin d'adapter ultérieurement la prise en charge antalgique des parturientes. Ces facteurs ont pour certains d'entre eux fait l'objet d'études, réalisées le plus souvent pour rechercher les facteurs de risque de douleur postopératoire. La variabilité interindividuelle de la douleur s'explique en partie par des facteurs génétiques (par exemple polymorphisme des récepteurs opioïdiques, à l'interleukine-1,...) mais surtout par des facteurs neuropsychiques. La question est de savoir si les résultats de ces études sont transposables au domaine obstétrical.

Concernant les outils psychométriques, ils sont extrêmement nombreux et développés dans des domaines dépassant largement celui de la médecine. On constate que la consommation d'antalgiques et l'intensité de la douleur postopératoire sont en général corrélées à deux facteurs préopératoires, l'anxiété et le catastrophisme [35]. De plus,

l'anxiété et l'intensité de la douleur attendue ont été identifiées comme prédicteurs de la douleur après césarienne [36].

L'anxiété est évaluable en tant que trait de personnalité avec de nombreux outils validés dont la HADS : *Hospital Anxiety and Depression Scale*, qui explore aussi l'état dépressif. Le questionnaire HADS se compose de 14 questions et donne un résultat global entre 0 et 21 pour l'anxiété et pour la dépression [37].

Un autre outil, le *Mental Health Inventory* (MHI) peut être interprété en étant soit sous divisé en six parties (anxiété, dépression, contrôle de soi, effets positifs, liens affectifs et la satisfaction générale dans la vie), soit en deux sous-parties (détresse psychologique et bien-être psychologique) ou enfin sous forme de score global de la santé mentale. Cet outil se compose de 36 items. Il en existe une version abrégée qui ne comprend que cinq items (MHI 5) [38].

Le catastrophisme (également évaluable par une échelle validée, le *Catastrophizing Pain Scale* de Sullivan et al. [39]) pose le problème du champ d'application : en effet, la plupart des questions ne s'adressent pas à quelqu'un en bonne santé.

Enfin, il a été démontré que l'effet analgésique du placebo était fortement influencé par, outre l'anxiété, l'optimisme de la personne traitée. L'optimisme était évalué par le *Revised Life Orientation Test* (LOT-R), un trait connu pour être indépendant du névrosisme (qui inclut l'anxiété et la dépression) [40], dont la version française est validée (Échelle d'Orientation de Vie [41]). Cette échelle comporte, outre des leurres ne comptant pas dans la note finale, des items fortement évocateurs de contrôle interne et de catastrophisme. Ce questionnaire est neutre vis-à-vis de la maladie.

Au total, un lien évident existe entre la qualité de l'analgésie obstétricale et la satisfaction maternelle. **Schématiquement, la satisfaction peut être bonne, même en cas de douleur persistante malgré l'analgésie, mais une patiente insatisfaite l'est quasiment toujours du fait d'une analgésie jugée insuffisante.** L'objectif raisonnable en termes de santé publique est donc plus de résoudre les cas d'insatisfaction, que de supprimer totalement la douleur.



# **MATERIEL ET METHODE**

## **1. Objectif principal**

L'objectif principal de ce mémoire était de déterminer quels étaient les critères prédictifs d'insatisfaction maternelle concernant l'analgésie péridurale.

## **2. Critère de jugement principal**

La première question du questionnaire du post-partum (Annexe IV : Questionnaire du post-partum), a servi à évaluer la satisfaction globale des patientes grâce à une échelle numérique de zéro à dix. : « *D'une façon générale, quelle est votre satisfaction vis-à-vis de la prise en charge de la douleur pour votre accouchement ?* » Zéro signifiait « pas du tout satisfaite » et dix « extrêmement satisfaite ». Il s'agissait de l'indice de satisfaction. Une limite a été fixé à sept pour classer les femmes : les patientes avec un score strictement supérieur à sept étaient considérées comme satisfaites, et celles avec un score inférieur ou égal à sept comme insatisfaites.

## **3. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude observationnelle étiologique transversale mono centrique.

## **4. Durée de l'étude**

L'étude s'est étendue du 4 novembre 2013 au 24 avril 2015 avec 3 périodes d'inclusion :

- Du 4 novembre 2013 au 7 avril 2014 par les étudiants infirmiers anesthésistes (étudiants IADE).
- Du 1<sup>er</sup> au 31 juillet 2014 par l'auteur de ce travail dans le cadre de la réalisation du stage recherche en master I santé.
- Du 19 janvier au 24 avril 2015 par un autre groupe d'étudiants IADE.

## **5. Lieu de l'étude**

L'étude s'est déroulée dans la maternité de niveau III de la région Auvergne. Cette maternité est composée de 9 salles d'accouchement dont une dans laquelle se trouve une baignoire de dilatation, et d'une salle physiologique. Le bloc opératoire obstétrical est composé de 2 salles, à proximité immédiate des salles d'accouchement.

## **6. Contexte de l'étude / Partenaires du projet**

Cette étude s'inscrit plus largement dans le cadre du projet AOMHE. Ce projet a débuté avec les inclusions des étudiants IADE en novembre 2013 et a vocation à se poursuivre.

L'étude AOMHE se déroule au sein de la maternité de niveau III de la région Auvergne. Il est conduit par le Pôle d'Anesthésie-Réanimation en Gynécologie-Obstétrique et présente plusieurs objectifs :

- Développer un outil systématique afin d'évaluer la qualité de l'analgésie du travail obstétrical et utiliser cet outil à des fins d'amélioration de la qualité des soins et des pratiques professionnelles.
- Générer une cohorte prospective à finalité de recherche afin :
  - D'étudier les rapports entre les scores de douleur recueillis de façon longitudinale au cours du travail par une Echelle Numérique (EN), et la satisfaction maternelle au décours.
  - D'identifier des critères prédictifs de la douleur lors du travail et de l'accouchement, et de l'insatisfaction maternelle au décours.

Les partenaires du projet sont :

- Médecine péri-opératoire (Gynécologie-Obstétrique), CHU de Clermont-Ferrand : Dr Storme et Dr Bonnin.
- Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), Section Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat : Mme Genès.
- Centre de Pharmacologie Clinique, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), CHU de Clermont-Ferrand : Dr Dualé.
- Pôle de Santé Publique, CHU de Clermont-Ferrand : Pr Gerbaud, Mme Belgacem et Mme Auclair, M Breysse.
- Pôle Femme Et Enfant (FEE), CHU de Clermont-Ferrand : Dr Vendittelli.

## **7. Population cible**

Il s'agissait des parturientes devant bénéficier d'une analgésie péri-partum par analgésie péridurale.

## **8. Population source**

Il s'agissait des parturientes devant bénéficier d'une analgésie péri-partum par analgésie péridurale du lundi au vendredi inclus, sur des horaires de journée (de 8h à 18h), au sein de la maternité de niveau III de la région Auvergne et ayant accepté de participer à l'étude AOMHE.

## **9. Critères de sélection des sujets**

### **9.1. Critères d'inclusion**

Il s'agissait des parturientes, majeures, parlant français, et ayant bénéficié de l'analgésie péridurale.

## 9.2. Critères d'exclusion

Il s'agissait des parturientes incapables majeures, ou qui présentaient des troubles de la communication / compréhension, ou une anomalie du fœtus dépistée in utero.

## 10. Recueil des données

### 10.1. Variables recueillies

Trois temps de recueils de données étaient identifiés pour nous permettre de créer une cartographie :

- **Pré-partum** (Annexe II : Formulaire d'information et questionnaire du pré-partum) : Un questionnaire était proposé aux femmes lors de leur consultation d'anesthésie, ou lors de leur consultation obstétricale de terme, ou en service de Grossesse à Haut Risque (GHR : femme ayant rompu la poche des eaux, déclenchements, ...) ou lors de leur admission en salle d'accouchement. Ce questionnaire avait plusieurs vocations.

Tout d'abord évaluer un état anxio-dépressif chez ces femmes, ce qui constituerait peut être un frein à leur satisfaction. Cette évaluation était faite grâce aux tests HADS divisé en deux échelles « anxiété » et « dépression », et MIH5 qui donnait un score final sur 100 (plus le score était élevé, plus le niveau de qualité de vie était important).

La dernière partie du questionnaire, quant à elle, évaluait :

- La douleur supposée ressentie lors de l'accouchement,
- Le positionnement face à la médicalisation de l'accouchement,
- Le choix préalable de l'analgésie péridurale (pour ou contre),
- L'existence d'un antécédent d'analgésie péridurale et si oui la satisfaction concernant cette dernière.

- **Per-partum** (Annexe III : Questionnaire du péri-partum). Différentes données concernant les parturientes étaient recueillies : données socio démographiques, médicales, obstétricales, anesthésiques, évaluation de la douleur via une EN au cours du travail, de l'accouchement et dans le post-partum. Ce questionnaire était

rempli à l'aide du dossier obstétrical informatisé ICOS®, des feuilles de surveillance anesthésique et de la participation des femmes depuis leur admission en salle de naissance jusqu'à leur départ de la maternité.

- **Post-partum** (Annexe IV : Questionnaire du post-partum) : Ce questionnaire était proposé aux accouchées, lors de leur séjour en maternité. Ce dernier comportait huit questions dont pour sept les modalités de réponse étaient une échelle numérique, une question pour savoir si la parturiente avait été déclenchée et si oui comment, et enfin un item « commentaires ».
  - La question évaluait la satisfaction globale grâce à une échelle de zéro à dix où zéro signifiait « pas du tout satisfaite » et dix « extrêmement satisfaite ». Il s'agissait de l'indice de satisfaction. Une limite a été fixée à sept pour classer les femmes : les patientes avec un score strictement supérieur à sept étaient considérées comme satisfaites, et celles avec un score inférieur ou égal à sept comme insatisfaites.
  - Les questions suivantes évaluaient la rapidité du soulagement (question n°2), le soulagement lors des efforts de poussée (question n°3), la possibilité de bouger pendant le travail (question n°4), le sentiment de contrôler l'accouchement (question n°5), l'écoute de la part des soignants (question n°6) et la douleur ressentie lors de la ponction péridurale (question n°7). La même échelle de zéro à dix a été utilisée.
  - Enfin à la fin de ce questionnaire se trouvait une partie « commentaires ».

## **10.2. Mode de recueil des données / Circuit des données**

Les données étaient recueillies en complétant les différents questionnaires papier pré, per et post-partum (Annexes II, III et IV). Ces questionnaires papier sont actuellement stockés au sein du pôle Anesthésie-Réanimation en Gynécologie-Obstétrique au sein de la maternité de niveau III de la région Auvergne.

Les données étaient collectées à différents moments. Tout d'abord lors des inclusions des femmes avec le remplissage du questionnaire pré-partum (en consultation d'anesthésie, en consultation de terme, en service de GHR, ou à l'admission en salle de naissance). Les questionnaires étaient laissés dans le dossier médical de la patiente ou à la patiente elle-

même qui devait le rapporter le jour de l'accouchement. L'accord oral de non opposition était recueilli à ces moments-là.

Un certain nombre d'informations étaient retranscrites à partir du dossier obstétrical informatisé ICOS® et de la feuille de surveillance anesthésique. La douleur via l'EN était évaluée auprès des parturientes lors du travail, de l'accouchement et dans le post-partum. Enfin les informations relatives au questionnaire du post-partum étaient relevées en suites de couches.

Les données concernant la pose de l'analgésie péridurale ou la cotation de la douleur via l'EN au cours du travail étaient recueillies sur le temps de stage des étudiants, c'est-à-dire en semaine et uniquement sur la journée. Les professionnels de la salle de naissance ont parfois pris le relai sur les horaires de nuit, pour terminer l'évaluation de la douleur au cours du travail, chez des femmes qui auraient commencé à être suivies sur la journée.

## 11. Informatisation

### 11.1. Codage des données

Différentes variables ont été créées ou recodées à partir des variables initiales :

- L'« âge » a été calculé à partir de la différence entre la « *date de l'accouchement* » et la « *date de naissance de la mère* ».
- La variable « *jour de l'accouchement semaine / week-end* » a été créée à partir de la variable « *jour de l'accouchement* ».
- A partir de la « *parité* », deux classes ont été faites : nullipare et primipare / multipare
- L'« *Indice de Masse Corporelle* » (IMC en kg/m<sup>2</sup>) a été calculé à partir du « *poids avant la grossesse en kilogramme* » et de la « *taille en mètre* ». Il a ensuite été stratifié en 4 classes : <18,5 ; [18,5-24,9[ ; [25-29,9[ ; ≥30 (respectivement maigreur, poids normal, surpoids, obésité) [42].
- Le « *terme* » de l'accouchement a également été réparti en différentes catégories : < 37 Semaines d'Aménorrhée (SA) ; de 37 à 41SA ; ≥ 41SA (respectivement prématurité, terme, grossesse prolongée).
- Le questionnaire HADS est divisé en deux échelles, « *anxiété* » et « *dépression* », chacune composée de sept questions auxquelles un score est attribué de zéro à

trois selon la sévérité du symptôme. L'addition des scores de chaque échelle, « *anxiété* » et « *dépression* », donnait un résultat global entre 0 et 21 dont l'interprétation était pour chaque échelle : 0-7 normal, 8-10 modéré, 11-14 moyen, 15-21 sévère.

- Les questions 2 à 4 du questionnaire pré-partum ont été recodées pour obtenir une variable numérique discrète :
  - « *Non, pas du tout* » équivaut à 1.
  - « *Plutôt non* » équivaut à 2.
  - « *Ni oui, ni non* » équivaut à 3.
  - « *Plutôt oui* » équivaut à 4.
  - « *Oui, tout à fait* » équivaut à 5.
- La « *dilatation du col à l'induction* » de l'analgésie a été recodée sous forme binaire :  $> 7\text{cm}$  et  $\leq 7\text{cm}$  (borne supérieure retenue dans la littérature facteur potentiel d'échec d'analgésie péridurale [29]).
- La « *concentration de levobupivacaine* » est présentée en différentes sous classes : 0,625 ; 1 ; 1,25 mg/ml et « *autre* ».
- L'« *heure de l'accouchement* » nous permet de présenter les résultats sous la forme « *jour* » ou « *nuit* ».
- L'« *Apgar à 5 minutes* » a été stratifié en 3 classes :  $\leq 3$ , [4-6],  $\geq 7$  (respectivement normal, souffrance néonatale modérée, souffrance néonatale sévère)
- Enfin la question 1 du post-partum est présentée sous forme binaire « *satisfaite* » ou « *insatisfaite* » comme précédemment décrit.

## 11.2. Saisie des données

Une base de données informatique Access® (AOMHE), à accès sécurisé, a été créée lors du stage « douleur » du premier groupe d'étudiants IADE, par un interne en santé publique, au sein du pôle de santé publique de la maternité de niveau III de la région Auvergne, qui reprenait tous les différents critères présents sur les questionnaires papier pré, per et post-partum. Cette base de données est actuellement hébergée sur le serveur de la maternité de niveau III de la région Auvergne. Chaque femme était anonymisée par recours à l'identifiant d'hospitalisation seul « I2000 ». Les données relatives aux



parturientes étaient saisies sur les questionnaires papier, puis retranscrites sur cette base informatique.

### **11.3. Contrôle qualité**

Les questionnaires étaient remplis puis retranscrits sur la base informatique Access® par les interviewers après relecture afin d'éviter la présence d'erreurs ou de doublons.

## **12. Analyse des données**

Les données brutes concernant l'ensemble des femmes incluses ont été fournies sous format Excel par l'interne en santé publique.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec l'aide d'un biostatisticien du CHU de la région Auvergne. Toutes les analyses ont été réalisées en formulation bilatérale pour un risque d'erreur de première espèce de 5% sous le logiciel Stata® (version 13, StataCorp, College Station US). Une différence a été considérée comme statistiquement significative quand le degré de signification ( $p$ ) était inférieur à 0,05 (risque  $\alpha = 5\%$ ). La population est décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles et par la moyenne (+/- écart-type associé) ou la médiane (et intervalle interquartile) pour les variables quantitatives, au regard de leur distribution statistique (normalité étudiée par le test de Shapiro-Wilk). Les comparaisons entre groupes indépendants (patientes satisfaites/patientes insatisfaites définis selon l'échelle de satisfaction quantitative) ont été réalisées par test t de Student ou test de Mann-Whitney si les conditions de réalisation du t-test n'étaient pas respectées ((1) normalité et (2) homoscedasticité<sup>2</sup> étudiée par le test de Fisher-Snedecor) pour les variables quantitatives. Les comparaisons entre groupes concernant des paramètres de nature catégorielle ont été réalisées par le test du Chi2 ou par le test exact de Fisher. Concernant les données répétées longitudinales (plus particulièrement l'évaluation de la douleur), l'analyse statistique a considéré des modèles à effets aléatoires permettant d'étudier les effets dits fixes : groupe, temps et leur

---

<sup>2</sup> Homoscédasticité signifie égalité des variances.

interaction tout en prenant en compte la variabilité inter et intra patient (effet aléatoire sujet). Ont été incluses dans le modèle de régression logistique pour l'analyse multivariée : toutes les variables avec une p-value inférieure à 0,2 dans l'analyse univariée (seuil de significativité retenu pour l'inclusion dans le modèle), ainsi que celles ayant une forte signification clinique. Ces variables apparaissent surlignées en jaune dans la présentation des résultats. Les variables ont ensuite été retirées une à une pour aboutir à deux modèles finaux tentant d'expliquer l'insatisfaction maternelle.

### **13. Budget**

L'impression des questionnaires papier était faite au sein du Centre de Pharmacologie Clinique du CHU de la région Auvergne.

### **14. Aspects éthique et réglementaire**

#### **14.1. Comité d'éthique indépendant**

Un avis favorable du comité d'éthique des centres d'investigation clinique de l'inter région Rhône-Alpes-Auvergne a été obtenu en date du 31 janvier 2014 (Annexe V : Avis favorable du comité d'éthique des centres d'investigation clinique de l'inter région Rhône-Alpes-Auvergne).

#### **14.2. Information du patient**

Les femmes étaient informées de façon complète et loyale, en des termes compréhensibles, des objectifs de l'étude, de la nature des informations recueillies et de leur droit de s'opposer à tout moment à l'exploitation de ces données. Ces informations figuraient sur le formulaire d'information qui était remis aux parturientes en même temps que le questionnaire pré-partum (Annexe II : Formulaire d'information et questionnaire du pré-partum). S'agissant d'une étude observationnelle, il n'a pas été nécessaire de

recupérer un consentement écrit auprès de ces femmes. Il était simplement recherché un accord de non opposition. Ce document a été approuvé par le comité d'éthique des centres d'investigation clinique de l'inter région Rhône-Alpes-Auvergne.

#### **14.3. Prise en charge relative à la recherche**

Le renseignement des différents questionnaires n'entraînait pas de visite supplémentaire, ou de prolongation d'hospitalisation ou de risques supplémentaires pour les parturientes. La prise en charge des femmes enceintes ou des accouchées ne différait pas de la pratique habituelle des soins.

#### **14.4. Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL)**

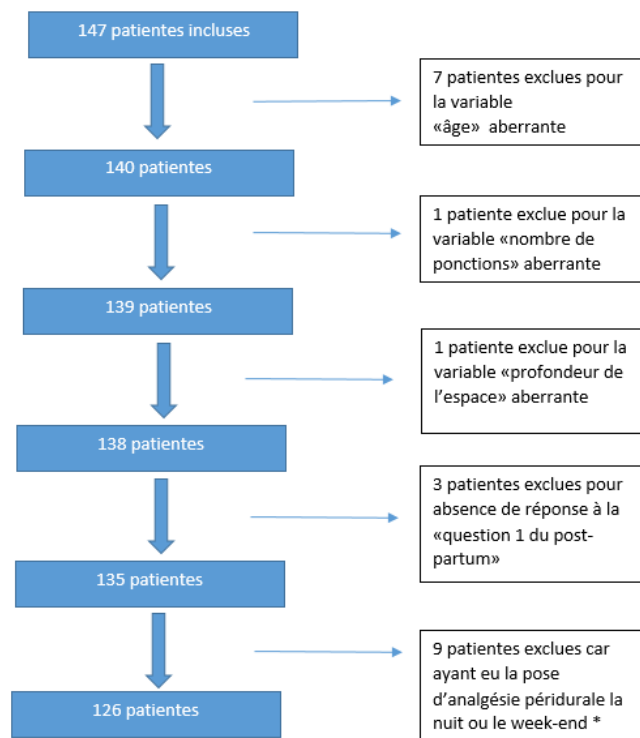
Pour cette présente étude, la recherche n'étant pas incluse dans le champ d'application de la «Méthodologie de Référence» (MR-001), une déclaration nominative a été réalisée auprès de la CNIL, un avis favorable du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) ayant été obtenu en date du 12 février 2014 : dossier n°14.092 (Annexe VI : Avis favorable du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS)).

# **RESULTATS**

## 1. Description de l'échantillon

### 1.1. Diagramme de flux

Le diagramme de flux ci-dessous explique comment à partir de la population de départ qui était de 147 femmes, la population finale s'est retrouvée à 126 femmes.



\*Permet d'avoir une population plus homogène

**Figure 1 : Diagramme de flux expliquant les différents motifs d'exclusion des patientes de l'étude**

## 2. Analyse univariée

Au total, sur les 126 patientes, on note 17,46% de patientes insatisfaites (n=22), et 82,54% de patientes satisfaites (n=104).

Pour rappel, la question 1 du questionnaire du post-partum (Q1) était : « *D'une façon générale, quelle est votre satisfaction vis-à-vis de la prise en charge de la douleur pour votre accouchement ?* »

## 2.1. Données sociodémographiques

Le tableau ci-dessous décrit les caractéristiques sociodémographiques de la population. La moyenne d'âge des femmes de l'échantillon est de 30,67 ans (+/- 5,27 ans). Les femmes satisfaites ont en moyenne 30,25 ans (+/- 5,15 ans) et les insatisfaites 32,69 ans (+/- 5,51ans) et cette différence est statistiquement significative ( $p < 0,05$ ).

**Tableau I : Données sociodémographiques de la population (exprimées en pourcentage ou avec la moyenne (écart-type))**

Variables	Cohorte n=126	Q1 * > 7 n=104	Q1 ≤ 7 n=22	p value du test statistique utilisé
<b>Age</b> moyenne (écart-type)	n=126 30,67 (5,27)	n=104 30,25 (5,15)	n=22 32,69 (5,51)	<b>0,048</b> (1)
<b>Situation maritale</b>	n=126	n=104	n=22	
Célibataire	28,57	28,85	27,27	
Concubinage	25,40	25,00	27,27	
Mariée	31,75	30,77	36,36	0,865 (2)
Pacsée	14,29	15,38	9,09	
<b>Couverture sociale</b>	n=125**	n=104	n=21	
Autre	0,80	0,96	0,00	
Couverture Maladie Universelle (CMU)	12,80	11,54	19,05	0,589 (2)
Sécurité Sociale	86,40	87,50	80,95	
<b>IMC avant la grossesse (kg/m<sup>2</sup>)</b>	n=126	n=104	n=22	
< 18,5	6,35	7,69	0,00	
[18,5-24,9[	58,73	60,58	50,00	<b>0,090</b> (2)
[25-29,9[	22,22	22,12	22,73	
≥ 30	12,70	9,62	27,27	
<b>Catégorie d'IMC avant la grossesse (kg/m<sup>2</sup>)</b>	n=126	n=104	n=22	
< 30	87,30	90,38	72,73	<b>0,035</b> (2)
≥ 30	12,70	9,62	27,27	
<b>Anxiété</b> moyenne (écart-type)	n=125** 8,38 (3,62)	n=104 8,17 (3,34)	n=21 9,38 (4,74)	<b>0,164</b> (1)
<b>Anxiété catégories</b>	n=125**	n=104	n=21	
< 8	44,80	47,12	33,33	
[8-11[	24,80	25,96	19,05	
[11-15[	23,20	21,15	33,33	0,266 (2)
[15-21[	7,20	5,77	14,29	
<b>Dépression</b> moyenne (écart-type)	n=123** 4,68 (3,43)	n=103 4,51 (3,33)	n=20 5,55 (3,87)	0,218 (1)
<b>Dépression catégories</b>	n=123**	n=103	n=20	
< 8	84,55	84,47	85,00	
[8-11[	6,50	6,80	5,00	
[11-15[	8,13	8,74	5,00	0,257(2)
[15-21[	0,81	0,00	5,00	
<b>Score MIH5</b> moyenne (écart-type)	n=126 68,25 (18,18)	n=104 69,35 (17,88)	n=22 63,09 (19,12)	<b>0,169</b> (1)

\* Q1 : Question 1 du post-partum

\*\* : Données manquantes

(1) : Test de Student ou de Mann-Whitney

(2) : Test du Chi2 ou de Fisher

■ : Variables qui seront incluses dans le modèle ( $p < 0,2$ )

## 2.2. Données obstétricales

Le tableau ci-dessous décrit les caractéristiques obstétricales de la population. Dans cet échantillon, les primipares/multipares sont plus insatisfaites que les nullipares (59,09 % versus 40,91 %) et cette différence n'est statistiquement pas significative ( $p > 0,05$ ).

**Tableau II : Données obstétricales de la population (exprimées en pourcentage, ou avec la moyenne (écart-type) ou la médiane [1er quartile - 3ème quartile])**

Variables	Cohorte n=126	Q1 * > 7 n=104	Q1 ≤ 7 n=22	p value du test statistique utilisé
<b>Gestité</b> moyenne (écart-type)	n=126 2,25 (1,39)	n=104 2,16 (1,25)	n=22 2,68 (1,91)	0,112 (1)
<b>Parité</b> Nullipare Primipare / Multipare	n=126 52,38 47,62	n=104 54,81 45,19	n=22 40,91 59,09	0,236 (2)
<b>Terme</b> < 37SA [37-41SA[ ≥ 41SA	n=126 3,17 71,43 25,40	n=104 2,88 73,08 24,04	n=22 4,55 63,64 31,83	0,440 (2)
<b>Antécédent de césarienne</b> Non Oui	n=125** 88,80 11,20	n=103 88,35 11,65	n=22 90,91 9,09	0,730 (2)
<b>Grossesse obtenue par Procréation Médicalement Assistée (PMA)</b> Non Oui	n=126 3,17 96,83	n=104 2,88 97,12	n=22 4,55 95,45	0,541 (2)
<b>Rédaction d'un projet de naissance</b> Non Oui	n=125** 98,40 1,60	n=103 98,06 1,94	n=22 100,00 0,00	1,000 (2)
<b>Nombre de fœtus</b> 1 2	n=126 97,62 2,38	n=104 99,04 0,96	n=22 90,91 9,09	0,079 (2)
<b>Pathologie de la grossesse</b> Non Oui	n=123** 79,67 20,33	n=101 79,21 20,79	n=22 81,82 18,18	1,000 (2)
<b>Présentation du fœtus si unique</b> Céphalique Siège	n=123** 98,37 1,63	n=103 98,06 1,94	n=20 20,00 0,00	1,000 (2)
<b>Présence du père de l'enfant pendant la grossesse</b> Non Oui	n=126 3,97 96,03	n=104 4,81 95,19	n=22 0,00 100,00	0,294 (2)
<b>Présence du père de l'enfant pendant l'accouchement</b> Non Oui	n=123** 6,50 93,50	n=102 5,88 94,12	n=21 9,52 90,48	0,538 (2)
<b>Type d'accouchement :</b> Provoqué Spontané	n=126 34,92 65,08	n=104 33,65 66,35	n=22 40,91 59,09	0,623 (2)
<b>Accouchement provoqué</b> <b>dinoprostonr-Propess®</b> Non Oui	n=44 52,27 47,73	n=35 54,29 45,71	n=9 44,44 55,56	0,716 (2)
<b>ocytocine-Syntocinon®</b> Non Oui	n=44 43,18 56,82	n=35 40,00 60,00	n=9 55,56 44,44	0,467 (2)
<b>ballonet</b> Non Oui	n=44 95,45 4,55	n=35 94,29 5,71	n=9 100,00 0	1,000 (2)

\* Q1 : Question 1 du post-partum

\*\* : Données manquantes

(1) : Test de Student ou de Mann-Whitney

(2) : Test du Chi2 ou de Fisher

■ : Variables qui seront incluses dans le modèle ( $p < 0,2$ )

**Tableau III : Données obstétricales de la population (exprimées en pourcentage, ou avec la moyenne (écart-type) ou la médiane [1er quartile - 3ème quartile]), (suite)**

Variables	Cohorte n=126	Q1* > 7 n=104	Q1 ≤ 7 n=22	p value du test statistique utilisé
<b>Durée du travail en heures</b>	n=117**	n=95	n=22	
moyenne (écart-type)	473,06 (249,35)	473,63 (252,33)	470,59 (241,71)	
médiane [1er quartile - 3ème quartile]	300,00 [420,00 - 600,00]	420,00 [300,00 - 600,00]	530,00 [350,00 - 600,00]	0,622 (1)
<b>Perfusion d'ocytocine pendant le travail</b>	n=123**	n=101	n=22	
Non	28,46	26,73	36,36	0,364 (2)
Oui	71,54	73,27	63,64	
<b>Complications pendant le travail</b>	n=122**	n=100	n=22	
Non	77,87	81,00	63,64	0,076 (2)
Oui	22,13	19,00	36,36	
<b>Accouchement</b>	n=126	n=104	n=22	
Jour	66,67	65,38	72,73	0,507 (2)
Nuit	33,33	34,62	27,27	
<b>Type d'expulsion</b>	n=125**	n=103	n=22	
Césarienne	10,40	9,71	13,64	0,754 (2)
Instrumentale	15,20	14,56	18,18	
Spontanée	74,40	75,73	68,18	
<b>Etat périnéal</b>	n=117**	n=97	n=20	
Déchirure	58,12	79,41	20,59	0,492 (2)
Episiotomie	18,80	90,91	9,09	
Intact	23,08	82,91	14,81	
<b>Suture périnéale</b>	n=94**	n=78	n=16	
Non	5,32	6,41	0,00	0,584 (2)
Oui	94,68	93,59	100,00	
<b>Mode de délivrance</b>	n=126	n=104	n=22	
Artificiel	5,56	5,77	4,55	0,877 (2)
Spontané	84,92	83,65	90,91	
Dirigé	9,52	10,58	5,55	
<b>Complications du post-partum immédiat</b>	n=126	n=104	n=22	
Non	93,65	93,27	95,45	1,000 (2)
Oui	6,35	6,73	4,55	
<b>Complications du post-partum tardif</b>	n=97**	n=82	n=15	
Non	98,97	98,78	100,00	1,000 (2)
Oui	1,03	1,22	0,00	
<b>Poids du nouveau-né</b>	n=126	n=104	n=22	
moyenne (écart-type)	3348,33 (538,86)	3332,02 (503,79)	3425,46 (689,94)	0,305 (1)
médiane [1er quartile - 3ème quartile]	3267,50 [3025,00 - 3765,00]	3260,00 [3025,00 - 3710,00]	3450,00 [3025,00 - 4040,00]	
<b>Apgar à 5 mn</b>	n=124**	n=103	n=21	
> 7	96,77	98,06	90,48	0,133 (2)
≤ 7	3,23	1,94	9,52	

\*Q1 : Question 1 du post-partum

\*\* : Données manquantes

(1) : Test de Student ou de Mann-Whitney

(2) : Test du Chi2 ou de Fisher

■ : Variables qui seront incluses dans le modèle (p < 0,2)



### 2.3. Données anesthésiques

Le tableau ci-dessous décrit les caractéristiques anesthésiques de la population. La moyenne de la dilatation cervicale à l'induction de l'analgésie péridurale dans l'échantillon est de 4,23 cm (+/- 1,57 cm). Les femmes satisfaites ont en moyenne une dilatation initiale à l'induction de 4,15 cm (+/- 1,61 cm) et les insatisfaites 4,64 cm (+/- 1,33 cm) et cette différence n'est statistiquement pas significative ( $p > 0,05$ ).

**Tableau IV : Données anesthésiques de la population (exprimées en pourcentage, ou avec la moyenne (écart-type) ou la médiane [1er quartile - 3ème quartile])**

Variables	Cohorte n=126	Q1* > 7 n=104	Q1 ≤ 7 n=22	p value du test statistique utilisé
<b>Consultation anesthésique réalisée</b>	n=125**	n=103	n=22	
Non	0,81	0,97	0,00	–
Oui	99,20	99,03	100,00	
<b>Questionnaire pré-anesthésique rempli</b>	n=124**	n=102	n=22	
Non	1,61	0,00	9,09	–
Oui	98,39	100,00	90,91	
<b>Lieu de consultation</b>	n=126	n=104	n=22	
GHR	3,17	3,85	0,00	0,485 (2)
Juste avant déclenchement	5,56	4,81	9,09	
Salle de consultation	91,27	91,35	90,91	
<b>nalbuphine-Nubain® avant déclenchement</b>	n=91**	n=75	n=16	
Non	91,20	94,67	75,00	0,030 (2)
Oui	8,79	5,33	25,00	
<b>Qualification du médecin intervenant</b>	n=126	n=104	n=22	
Interne	74,60	75,96	68,18	0,446 (2)
Senior	25,40	24,04	31,82	
<b>Personnes présentes :</b>				
<b>Médecin Anesthésiste Réanimateur (MAR)</b>	n=124**	n=102	n=22	
Non	53,23	54,90	45,45	0,421 (2)
Oui	46,77	45,10	54,55	
<b>IADE</b>	n=125**	n=103	n=22	
Non	72,80	71,84	77,27	0,604 (2)
Oui	27,20	28,16	22,73	
<b>Sage-femme (SF)</b>	n=125**	n=103	n=22	
Non	9,60	10,68	4,55	0,375 (2)
Oui	90,40	89,32	95,45	
<b>Etudiant IADE</b>	n=125**	n=103	n=22	
Non	25,60	25,24	27,27	0,843 (2)
Oui	74,40	74,76	72,73	
<b>Etudiant SF</b>	n=125**	n=103	n=22	
Non	52,00	53,40	45,45	0,498 (2)
Oui	48,00	46,60	54,55	
<b>Type d'analgésie</b>	n=126	n=103	n=22	
Péridurale	99,21	99,04	100,00	–
Rachi-Péridurale	0,79	0,96	0,00	
<b>Concentration levobupivacaïne (mg/ml)</b>	n=123**	n=101	n=22	
0,625	1,63	1,98	0,00	0,833 (2)
1	3,25	2,97	4,55	
1,25	95,12	95,05	95,45	
<b>Nombre de ponctions péridurales</b>	n=124**	n=102	n=22	
moyenne (écart-type)	1,25 (0,59)	1,23 (0,54)	1,36 (0,79)	0,473 (1)
médiane [1er quartile - 3ème quartile]	1,00 [1,00 - 1,00]	1,00 [1,00 - 1,00]	1,00 [1,00 - 1,00]	
<b>Profondeur de l'espace (cm)</b>	n=121**	n=100	n=21	
moyenne (écart-type)	5,52 (1,24)	5,51 (1,28)	5,55 (1,06)	0,846 (1)
médiane [1er quartile - 3ème quartile]	5,00 [5,00 - 6,00]	5,00 [4,75 - 6,00]	5,00 [5,00 - 6,00]	

\* Q1 : Question 1 du post-partum

\*\* : Données manquantes

(1) : Test de Student ou de Mann-Whitney

(2) : Test du Chi2 ou de Fisher

■ : Variables qui seront incluses dans le modèle ( $p < 0,2$ )

**Tableau V : Données anesthésiques de la population (exprimées en pourcentage, ou avec la moyenne (écart-type) ou la médiane [1er quartile - 3ème quartile]), (suite)**

Variables	Cohorte n=126	Q1* > 7 n=104	Q1 ≤ 7 n=22	p value du test statistique utilisé
<b>Douleur induite par la ponction péridurale (EN)</b>	n=118**	n=98	n=20	
moyenne (écart-type)	3,36 (2,52)	3,15 (2,30)	4,35 (3,31)	0,136 (1)
<b>Dilatation cervicale à l'induction par catégorie</b>	n=125**	n=103	n=22	
> 7cm	4,80	5,83	0,00	0,246 (2)
≤ 7cm	95,20	94,17	100	
<b>Dilatation cervicale à l'induction (cm)</b>	n=125**	n=103	n=22	
moyenne (écart-type)	4,23 (1,57)	4,15 (1,61)	4,64 (1,33)	0,139 (1)
<b>Volume bolus induction (ml)</b>	n=123**	n=101	n=22	
moyenne (écart-type)	16,24 (3,29)	16,31 (3,44)	15,95 (2,50)	0,451 (1)
médiane [1er quartile - 3ème quartile]	15,00 [15,00- 20,00]	15,00 [15,00 - 20,00]	15,00 [15,00 - 16,00]	
<b>Délai entre déclenchement et analgésie (mn)</b>	n=45**	n=38	n=7	
moyenne (écart-type)	661,51 (818,47)	689,84 (853,70)	507,71 (620,97)	0,987 (1)
médiane [1er quartile - 3ème quartile]	225,00 [5,00 - 1260,00]	217,50 [5,00 - 1260,00]	310,00 [5,00 - 1320,00]	
<b>Mode d'entretien de l'analgésie</b>	n=123**	n=101	n=22	
PCEA	90,24	89,11	95,45	0,691 (2)
PIEB	9,76	10,89	4,55	
<b>Délai entre induction analgésie et EN &lt; 3 (mn)</b>	n=118**	n=98	n=20	
moyenne (écart-type)	29,34 (35,32)	26,66 (29,37)	42,45 (55,31)	0,124 (1)
médiane [1er quartile - 3ème quartile]	20,00 [15,00 - 30,00]	20,00 [10,00 - 30,00]	24,00 [20,00 - 30,00]	
<b>Volume total perfusé (ml)</b>	n=98**	n=81	n=17	
moyenne (écart-type)	64,34 (36,13)	65,70 (36,56)	57,85 (34,29)	0,385 (1)
médiane [1er quartile - 3ème quartile]	56,90 (41,70 - 82,50]	56,90 [42,75 - 85,00]	56,00 [37,60 - 65,00]	

\* Q1 : Question 1 du post-partum

\*\* : Données manquantes

(1) : Test de Student ou de Mann-Whitney

(2) : Test du Chi2 ou de Fisher

■ : Variables qui seront incluses dans le modèle (p < 0,2)

## 2.4. Douleur maternelle au cours de l'accouchement

Pour l'ensemble de la population de l'étude, tous les différents temps comparés au temps de référence (EN à l'admission) ont une différence statistiquement significative ( $p < 0,05$ ). Tous temps confondus, les femmes satisfaites ne sont significativement pas moins algiques que les femmes insatisfaites ( $p = 0,131$ ).

Le tableau ci-dessous évalue la douleur des femmes via une EN (de zéro à dix) à différents moments du travail, de l'accouchement ou du post-partum.

**Tableau VI : Evaluation de la douleur de la population (exprimées avec la médiane [1er quartile - 3ème quartile])**

Variables	Cohorte n=126	Q1* > 7 n=104	Q1 ≤ 7 n=22	p value du test statistique utilisé
<b>EN à l'admission</b> médiane [1 <sup>er</sup> quartile - 3 <sup>ème</sup> quartile]	n=96** 5,50 [0,50 - 8,00]	n=81 5,00 [0,00 - 8,00]	n=15 6,00 [4,00 - 8,00]	0,333 (1)
<b>EN juste avant induction de l'analgésie</b> médiane [1 <sup>er</sup> quartile - 3 <sup>ème</sup> quartile]	n=126 8,00 [6,50 - 9,00]	n=104 8,00 [5,50 - 9,00]	n=22 8,00 [6,00 - 9,00]	0,787 (1)
<b>EN 30 mn après analgésie</b> médiane [1 <sup>er</sup> quartile - 3 <sup>ème</sup> quartile]	n=124** 1,00 [0,50 - 4,00]	n=103 1,00 [0,00 - 4,00]	n=21 1,00 [0,00 - 5,00]	0,525 (1)
<b>EN entre 6 et 8 cm de dilatation</b> médiane [1 <sup>er</sup> quartile - 3 <sup>ème</sup> quartile]	n=62** 1,00 [0,50 - 3,00]	n=54 1,00 [0,00 - 3,00]	n=8 1,50 [0,00 - 2,50]	0,653 (1)
<b>EN à dilatation complète</b> médiane [1 <sup>er</sup> quartile - 3 <sup>ème</sup> quartile]	n=60** 2,00 [0,00 - 5,50]	n=50 2,00 [0,00 - 4,00]	n=10 3,50 [0,00 - 6,00]	0,793 (1)
<b>EN à l'expulsion si voie basse</b> médiane [1 <sup>er</sup> quartile - 3 <sup>ème</sup> quartile]	n=110** 1,00 [0,50 - 5,00]	n=92 1,00 [0,00 - 5,00]	n=18 1,50 [0,00 - 6,00]	0,614 (1)
<b>EN lors de la délivrance si voie basse</b> médiane [1 <sup>er</sup> quartile - 3 <sup>ème</sup> quartile]	n=105** 0,00 [0,00 - 1,00]	n=87 0,00 [0,00 - 1,00]	n=18 0,00 [0,00 - 3,00]	0,604 (1)
<b>EN lors de la suture</b> médiane [1 <sup>er</sup> quartile - 3 <sup>ème</sup> quartile]	n=85** 0,00 [0,50 - 2,00]	n=69 0,00 [0,00 - 2,00]	n=16 0,00 [0,00 - 1,50]	0,406 (1)
<b>EN le lendemain matin</b> médiane [1 <sup>er</sup> quartile - 3 <sup>ème</sup> quartile]	n=98** 3,00 [1,50 - 5,00]	n=82 3,00 [0,00 - 5,00]	n=16 3,50 [2,00 - 5,00]	0,824 (1)
<b>EN le surlendemain matin</b> médiane [1 <sup>er</sup> quartile - 3 <sup>ème</sup> quartile]	n=75** 1,00 [0,50 - 5,00]	n=63 1,00 [0,00 - 4,00]	n=12 1,00 [0,00 - 2,50]	0,160 (1)

\* Q1 : Question 1 du post-partum

\*\* : Données manquantes

(1) : Test de Student ou de Mann-Whitney

(2) : Test du Chi2 ou de Fisher

■ : Variables qui seront incluses dans le modèle ( $p < 0,2$ )

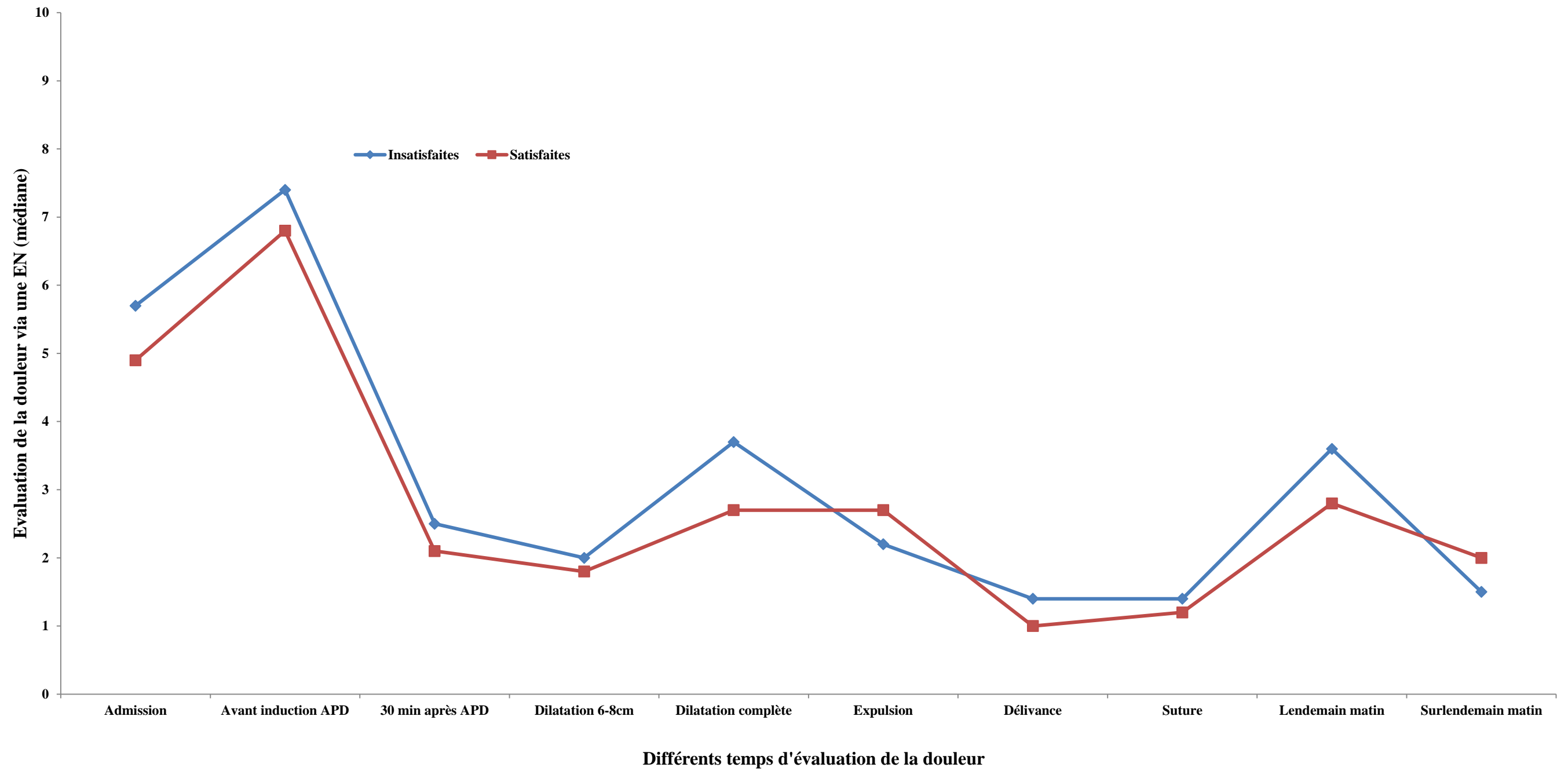


Figure 2 : Evolution de la douleur dans le temps

## 2.5. Questions du pré-partum

Le tableau ci-dessous présente les réponses aux différentes questions du questionnaire pré-partum. Dans l'échantillon, 18,18% des patientes insatisfaites sont plutôt d'accord avec le fait qu'un soulagement efficace de la douleur puisse gêner ou nuire au déroulement de l'accouchement (question 3 du pré-partum), contre 11,11% chez les patientes satisfaites, et cette différence est statistiquement significative ( $p < 0,05$ ).

**Tableau VII : Questions du pré-partum dans la population (exprimées en pourcentage ou avec la moyenne (écart-type))**

Variables	Cohorte n=126	Q1* > 7 n=104	Q1 ≤ 7 n=22	p value du test statistique utilisé
<b>Question 1 pré-partum :</b> « A quel niveau de douleur vous attendez-vous lors de l'accouchement ? »	n=121**	n=99	n=22	
moyenne (écart-type)	7,74 (2,01)	7,71 (2,04)	7,86 (1,88)	0,731 (1)
<b>Question 2 pré-partum :</b> « Pensez-vous qu'un soulagement efficace de la douleur puisse améliorer le déroulement de l'accouchement ? »	n=120**	n=99	n=21	
2 : Plutôt non	1,67	1,01	4,76	
3 : Ni oui, ni non	5,00	5,05	4,76	0,255 (2)
4 : Plutôt oui	32,50	30,30	42,86	
5 : Oui, tout à fait	60,83	63,64	47,62	
<b>Question 3 pré-partum :</b> « Pensez-vous qu'un soulagement efficace de la douleur puisse gêner ou avoir des effets indésirables sur le déroulement de l'accouchement ? »	n=121**	n=99	n=22	
1 : Non, pas du tout	31,40	33,33	22,73	
2 : Plutôt non	37,19	41,41	18,18	0,002 (2)
3 : Ni oui, ni non	16,53	14,14	27,27	
4 : Plutôt oui	12,40	11,11	18,18	
5 : Oui, tout à fait	2,48	0,00	13,64	
<b>Question 4 pré-partum :</b> « Etes-vous d'accord avec l'idée d'être médicalement soulagée pour la douleur de l'accouchement (péridurale par exemple) ? »	n=121**	n=99	n=22	
2 : Plutôt non	3,31	3,03	4,55	
3 : Ni oui, ni non	0,83	1,01	0,00	0,372 (2)
4 : Plutôt oui	23,97	21,21	36,36	
5 : Oui, tout à fait	71,90	74,75	59,09	

\* Q1 : Question 1 du post-partum

\*\* : Données manquantes

(1) : Test de Student ou de Mann-Whitney

(2) : Test du Chi2 ou de Fisher

■ : Variables qui seront incluses dans le modèle ( $p < 0,2$ )

## 2.6. Questionnaire du post-partum

Le tableau ci-après présente les réponses aux différentes questions du questionnaire post-partum sous forme d'un score via une EN. La médiane de la satisfaction des femmes de l'échantillon concernant leur sentiment de contrôler leur accouchement (question 5 du post-partum) dans l'échantillon est de 8 (1<sup>er</sup> quartile = 6 ; 3<sup>ème</sup> quartile = 10).

**Tableau VIII : Questions du post-partum dans la population (exprimées avec la médiane [1er quartile - 3ème quartile])**

Variables	Cohorte n=126
<b>Question 1 post-partum :</b> « D'une façon générale, quelle est votre satisfaction vis-à-vis de la prise en charge de la douleur pour votre accouchement ? »	n=126
médiane [1 <sup>er</sup> quartile - 3 <sup>ème</sup> quartile]	9,00 [8,00 - 10,00]
<b>De façon plus précise, quelle est votre satisfaction vis-à-vis des points suivants :</b>	
<b>Question 2 post-partum :</b> « Rapidité du soulagement ? »	n=126
médiane [1 <sup>er</sup> quartile - 3 <sup>ème</sup> quartile]	9,00 [7,00 - 10,00]
<b>Question 3 post-partum :</b> « Soulagement de la douleur lors des efforts de poussée ? »	n=117**
médiane [1 <sup>er</sup> quartile - 3 <sup>ème</sup> quartile]	9,00 [7,00 - 10,00]
<b>Question 4 post-partum :</b> « Possibilité de bouger pendant le travail ? »	n=119**
médiane [1 <sup>er</sup> quartile - 3 <sup>ème</sup> quartile]	8,00 [6,00 - 10,00]
<b>Question 5 post-partum :</b> « Sentiment de contrôler votre accouchement ? »	n=118**
médiane [1 <sup>er</sup> quartile - 3 <sup>ème</sup> quartile]	8,00 [6,00 - 10,00]
<b>Question 6 post-partum :</b> « Ecoute de la part des soignants ? »	n=125**
médiane [1 <sup>er</sup> quartile - 3 <sup>ème</sup> quartile]	10,00 [9,00 - 10,00]
<b>Question 7 post-partum :</b> « Si vous avez eu une péridurale, pouvez-vous coter la douleur ressentie à cause de la piqûre ? »	n=117**
médiane [1 <sup>er</sup> quartile - 3 <sup>ème</sup> quartile]	3,00 [1,00 - 6,00]

\*\* : Données manquantes

### 3. Analyse multivariée

Ont été retenues pour l'analyse multivariée les variables suivantes à intégrer dans le modèle de régression logistique :

- Âge
- Catégorie d'IMC avant la grossesse
- Anxiété
- Score MIH5
- Gestité
- Complications pendant le travail
- Apgar à 5 mn
- EN induite par la ponction péridurale
- Dilatation cervicale à l'induction (cm)
- Délai entre induction analgésie et EN < 3 (mn)
- Question 3 pré-partum (« *Pensez-vous qu'un soulagement efficace de la douleur puisse gêner ou avoir des effets indésirables sur le déroulement de l'accouchement ?* »)
- Parité (variable qui ressort dans la littérature)

Les variables ont ensuite été retirées une à une pour arriver aux deux modèles qui suivent.

### 3.1. Premier modèle

**Tableau IX : Analyse multivariée des facteurs associés à l'insatisfaction**

Facteurs	OR*	p value	Points
Complications pendant le travail	3,50	0,046	3
Question 3 pré-partum**	2,10	0,002	2
Parité	3,27	0,043	3
Dilatation cervicale à l'induction (cm)	1,41	0,049	1
Catégorie d'IMC avant la grossesse	4,14	0,053	4

\*OR : Odd Ratio

\*\* « Pensez-vous qu'un soulagement efficace de la douleur puisse gêner ou avoir des effets indésirables sur le déroulement de l'accouchement ? »

Il en ressort un score final sur 13 (total des points). Si on place le cut-off à la moitié du score (cut-off entre 6 et 7) pour prédire les patientes susceptibles d'insatisfaction, il y aurait 82,91% de chance que le score ait raison.



**Tableau X : Validité du score issu du premier modèle**

	<b>Insatisfaite</b>	<b>Satisfaite</b>	<b>Total</b>
<b>Score prédictif +</b>	5	3	8
<b>Score prédictif -</b>	17	92	109
<b>Total</b>	22	95	117

	<b>Pourcentage</b>
<b>Sensibilité<sup>3</sup></b>	22,73
<b>Spécificité</b>	96,84
<b>Valeur prédictive positive</b>	62,50
<b>Valeur prédictive négative</b>	84,40

Vrais positifs = Patientes dont le score a prédit qu'elles seraient insatisfaites et qui sont effectivement insatisfaites.

Vrais négatifs = Patientes dont le score a prédit qu'elles seraient satisfaites et qui sont effectivement satisfaites.

Ce score a une très bonne spécificité, c'est-à-dire qu'il prédit très bien les patientes susceptibles d'être satisfaites.

Par contre, ce score a une très mauvaise sensibilité, il prédit de manière médiocre les patientes susceptibles d'insatisfaction.

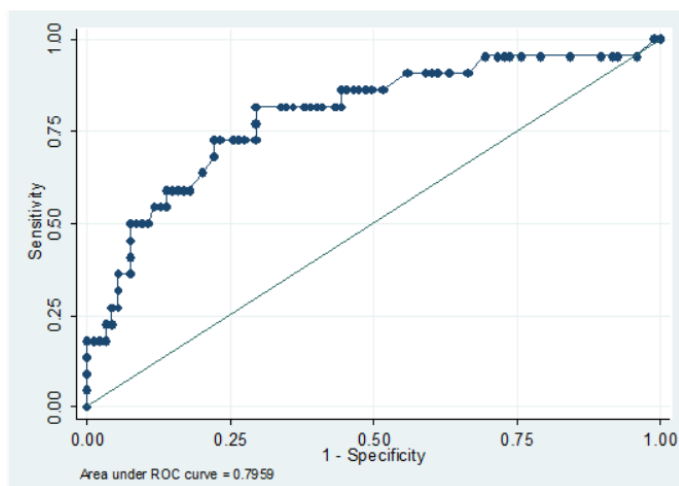
---

<sup>3</sup> Sensibilité = Vrais positifs / (Vrais positifs + Faux négatifs)

Spécificité = Vrais négatifs / (Vrais négatifs + Faux positifs)

Valeur prédictive positive = (Vrais positifs / (Vrai positifs + Faux positifs))

Valeur prédictive négative = (Vrais négatifs / (Vrais négatifs + Faux négatifs))



**Figure 3 : Courbe ROC, modèle prédictif de l'insatisfaction maternelle**

Ce modèle présente une bonne validité ( $P=0,83$ ) et une bonne capacité prédictive (Area Under ROC Curve (AUC) = 0,80).

### 3.2. Second modèle

Ce second modèle a pour objectif de créer un score prédictif d'insatisfaction maternelle **avant** la pose de l'analgésie péridurale.

**Tableau XI : Analyse multivariée des facteurs associés à l'insatisfaction avant la pose de l'analgésie péridurale**

Facteurs	OR*	p	Points
Question 3 pré-partum**	1,91	0,04	2
Parité	2,61	0,63	3
Catégorie d'IMC avant la grossesse	4,41	0,25	4

\*OR : Odd Ratio

\*\* « Pensez-vous qu'un soulagement efficace de la douleur puisse gêner ou avoir des effets indésirables sur le déroulement de l'accouchement ? »

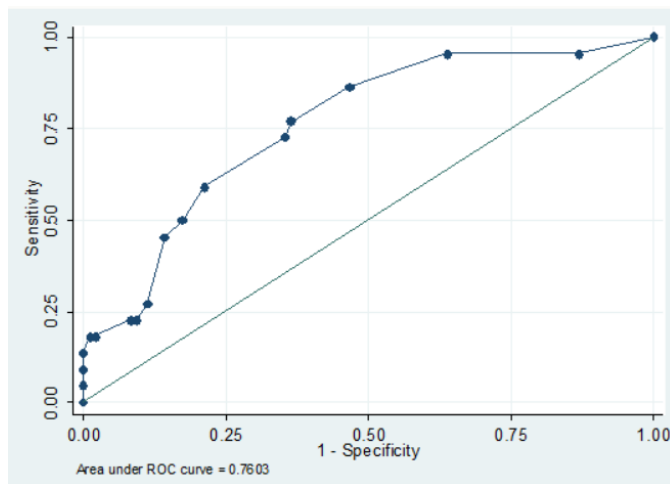
Il en ressort un score final sur 9 (total des points). Si on place le cut-off à la moitié du score (cut-off entre 4 et 5) pour prédire les patientes susceptibles d'insatisfaction, il y aurait 84,30% de chance que le score ait raison.

**Tableau XII : Validité du score issu du second modèle**

	<b>Insatisfaite</b>	<b>Satisfaite</b>	<b>Total</b>
<b>Score prédictif +</b>	4	1	5
<b>Score prédictif -</b>	18	98	116
<b>Total</b>	22	99	121
<b>Pourcentage</b>			
<b>Sensibilité</b>		18,18	
<b>Spécificité</b>		98,99	
<b>Valeur prédictive positive</b>		80,00	
<b>Valeur prédictive négative</b>		84,48	

Ce score a encore une meilleure spécificité, c'est-à-dire qu'il prédit très bien les patientes susceptibles d'être satisfaites.

Par contre, ce score a une sensibilité encore plus mauvaise que le précédent, il prédit de manière médiocre les patientes susceptibles d'insatisfaction.



**Figure 4 : Courbe ROC, modèle prédictif de l'insatisfaction maternelle avant pose de l'analgésie péridurale**

Ce modèle présente une bonne validité ( $P=0,84$ ) et une bonne capacité prédictive ( $AUC=0,76$ ). Cependant, la capacité prédictive est inférieure à celle du précédent modèle.

# **DISCUSSION**

## 1. Réponse à l'objectif principal

L'objectif principal de ce mémoire était de déterminer quels étaient les critères prédictifs d'insatisfaction maternelle concernant l'analgésie péridurale. Le deuxième modèle multivarié a permis de faire ressortir 3 variables prédictives d'insatisfaction maternelle avant la pose de l'analgésie péridurale :

- Les patientes avec un IMC  $\geq 30\text{kg/m}^2$ .
- Les multipares.
- Les patientes avec un score élevé à la question 3 du pré-partum (« *Pensez-vous qu'un soulagement efficace de la douleur puisse gêner ou avoir des effets indésirables sur le déroulement de l'accouchement ?* »)

## **2. Résultats**

### **2.1. Données de la maternité de niveau III du CHU de la région Auvergne sur 2014**

En 2014, ont été recensés 3794 accouchements. Au total, 91,70% de femmes ont bénéficié d'une analgésie péridurale (n = 3 479), soit 90,73% pour les voies basses (n = 2 828) et 96,16% pour les césariennes (n = 651). Le taux de péridurales est légèrement plus important que celui rapporté par l'enquête périnatale de 2010 en France qui constatait que 70% des femmes avaient accouché avec une péridurale [43].

### **2.2. Représentativité de l'échantillon**

L'âge médian de notre échantillon (30,67ans) semble correspondre à l'âge moyen auquel les femmes accouchaient quel que soit le rang de naissance de l'enfant d'après les données de l'INSEE de 2010 [44].

On a pu également constater que le taux de patientes anxieuses dans notre échantillon d'après le questionnaire HADS (55,20%) était en accord avec ce que retrouvaient les travaux de Lee et al. qui ont mis en évidence que plus de la moitié des femmes enceintes présentaient un état d'anxiété pendant leur grossesse et plus d'un tiers un état dépressif [45]. Cependant seulement 15,44% de patientes déprimées (questionnaire HADS) ont été retrouvées dans notre cohorte.

La proportion de femmes en surpoids et obèses dans notre essai (22,22% et 12,70%) était similaire avec les résultats de l'étude ObEpi réalisée en 2012 qui retrouvait près d'un tiers des Français en surpoids, ainsi que 15 % d'entre eux en obésité [46].

Le pourcentage de grossesses obtenues par procréation médicalement assistée dans notre cohorte correspondait à celui de l'Inserm en France en 2010 (3,17% versus 2,7%) [47].

Les résultats étaient également semblables concernant le taux de grossesses gémellaires, soit 2,38% dans l'étude AOMHE et 1,56% d'après le CNGOF en France en 2008 [48].

Le taux de présentation fœtale en siège était de 1,63% dans l'échantillon, ce qui était légèrement plus faible que les taux retrouvés dans la population générale (entre 3 et 4%) [49].

Le poids moyen des nouveau-nés de notre cohorte (3348,33g +/- 538,86g) était proche de celui des enquêtes nationales périnatales de 1995-2010 en France métropolitaine (3254g +/- 568g en 2010) [43].

A côté de cela, 3,17% de femmes ayant accouché prématurément ont été retrouvées dans notre cohorte (7,4% dans les enquêtes nationales périnatales en 2010 en France métropolitaine), ce qui est sûrement lié à l'exclusion des femmes qui présentaient une pathologie fœtale.

Cette même enquête retrouvait 43,4% de primipares en 2010, contre 51,85% dans notre échantillon.

D'après le CNGOF, 15 à 20% des parturientes seraient en situation de grossesse prolongée [50], c'est-à-dire au-delà de 41SA en France, alors que dans notre étude, cela représentait 25,40% des femmes. On a donc retrouvé un taux légèrement plus élevé qui pouvait entre autres s'expliquer par le fait que beaucoup de femmes étaient incluses à leur consultation de terme ou en service de GHR, notamment lorsque ces dernières étaient déclenchées pour terme dépassé.

Le pourcentage de femmes déclenchées dans l'étude était supérieur à celui de la maternité de niveau III du CHU de la région Auvergne sur 2014 (34,92% versus 22,35%). Cette différence était notamment liée au fait qu'il était beaucoup plus facile de distribuer le questionnaire du pré-partum aux femmes déclenchées en service de GHR, qui n'étaient pas encore en travail et donc peu algiques, plutôt qu'aux femmes déjà en travail arrivant en salle de naissance. Ce taux plus important devait sans doute également expliquer le taux plus élevé de parturientes ayant reçu de l'ocytocine au cours du travail dans notre cohorte (71,54%) par rapport à ce que retrouvait l'enquête nationale périnatale de 2010 qui s'est intéressée à l'administration d'ocytocine pendant le travail (64%) [51].

Dans l'étude, les césariennes représentaient 10,40% des naissances, les voies basses instrumentales 15,20% et les épisiotomies 18,80%. Le taux de césariennes sur la maternité de niveau III du CHU de la région Auvergne en 2014 était plus élevé, soit 17,84%, sans doute parce qu'aucune patiente pour césarienne programmée n'a été incluse dans notre échantillon ainsi que celles qui présentaient une pathologie fœtale. Le pourcentage de voies basses instrumentales était légèrement plus élevé dans l'étude (15,20% versus 10,30%), sûrement lié au fait que davantage de femmes en GHR étaient incluses (plus d'extractions pour les macrosomes, les anomalies du rythme cardiaque fœtal...). Le taux d'épisiotomies était lui comparable entre notre étude et les résultats de



l'hôpital en 2014 (respectivement 18,80% versus 18,09%). Cependant, dans une étude conduite dans une maternité de niveau III ayant pour objectif de mettre en évidence les résultats concernant une politique restrictive de l'utilisation de l'épisiotomie (d'après les recommandations du CNGOF), leur taux n'était que de 1,3% en 2010, et on retrouvait 37,5 % de périnées intacts (23,08% dans notre échantillon) [52]. On peut se demander ce qui explique le pourcentage plus élevé d'épisiotomies au sein de la maternité de niveau III du CHU de la région Auvergne. Le taux de périnées intacts plus faible dans l'étude AOMHE s'explique sûrement par le taux plus important d'épisiotomies.

On a pu constater que la médiane de l'évaluation de la douleur via une EN le lendemain de l'accouchement était à 3/10 (Quartile 1 = 1,5 et Quartile 3 = 5). C'est une douleur non négligeable puisque la borne de 3/10 est habituellement retenue pour l'indication de la mise en place d'un antalgique. Peut-être que le relais avec les antalgiques (type paracétamol 1 g) n'était pas réalisé assez rapidement après le retour en chambre de l'accouchée.

Au total, dans l'échantillon de l'étude AOMHE, il a été recensé 17,46% de patientes insatisfaites de l'analgésie péridurale (score < 7), ce qui est en accord avec l'étude de Dualé et al. qui retrouvait une satisfaction maternelle mauvaise dans 17,80% [34].

L'échantillon apparaît comme étant assez proche de la population obstétricale générale concernant les caractéristiques sociodémographiques. A côté de cela, l'échantillon semble avoir plus de primipares, de grossesses prolongées, de déclenchements, de voies basses instrumentales et utiliser plus largement l'ocytocine. En contrepartie, il semble y avoir moins de pathologies fœtales, moins de césariennes et moins de prématurité.

### **2.3. Analyse univariée**

L'âge est la seule variable qui ressort comme étant statistiquement significative ( $p < 0,05$ ). Plus les femmes sont âgées et moins elles semblent être satisfaites. Pourtant, d'après la revue de littérature réalisée par Hodnett en 2002 sur la satisfaction maternelle vis-à-vis de la naissance, les critères démographiques et notamment l'âge ne semblaient pas influencer sur la satisfaction [20].

Les variables qui vont suivre ne sont pas statistiquement significatives mais ont été incluses dans le modèle de régression logistique car la p-value était inférieure à 0,2. Cette borne a été choisie afin d'éviter de juger trop rapidement des variables non significatives, pouvant parfois s'expliquer par un nombre de sujets inclus insuffisant. Trop peu de femmes ont été incluses jusqu'à présent dans l'échantillon et particulièrement trop peu de patientes insatisfaites pour pouvoir mettre en évidence des différences statistiquement significatives.

On remarque que plus les femmes sont obèses, moins elles sont satisfaites. Cette différence est encore plus flagrante lorsque qu'on sépare les femmes avec d'un côté celles avec un IMC  $< 30\text{kg/m}^2$  et de l'autre celles avec un IMC  $\geq 30\text{kg/m}^2$ . Cela s'explique sans doute par le fait qu'il est plus difficile de réaliser une péridurale chez une femme obèse, et que le cathéter a davantage de risque de se déplacer après la pose [53]. Comme le soulignait Agaram et al., un échec d'analgésie péridurale peut être associé à une moins bonne satisfaction maternelle ce qui a sûrement été le cas ici [29]. Dualé et al. retrouvaient également l'IMC comme un facteur pouvant expliquer la satisfaction maternelle [34].

Les femmes anxieuses sont globalement moins satisfaites que les non anxieuses. On remarque cependant que les femmes satisfaites ont un niveau d'anxiété modéré (moyenne à 8,17 +/- 3,34). Hodnett a constaté que les femmes qui étaient anxieuses à propos de la douleur obstétricale étaient globalement moins satisfaites après la naissance [20].

Plus les femmes ont eu de grossesses, moins elles sont satisfaites. On peut alors se demander pourquoi la parité ne ressort statistiquement pas. Cependant, la parité décrit ici la même chose que la gestité. On retrouve des controverses dans la littérature à propos du lien entre la satisfaction maternelle en général et la parité. En 2002, Hodnett constate que les multipares sont généralement plus satisfaites que les primipares vis-à-vis de la naissance [20], et une enquête de la DRESS en 2006 vis-à-vis des usagères de maternité fait le même constat [23]. A côté de cela, Dualé et al. constatent que les primipares sont davantage satisfaites de l'analgésie péridurale [34]. On peut également supposer que les multipares savent davantage à quoi s'attendre concernant l'analgésie péridurale et sont alors plus exigeantes. Peut-être également que les multipares arrivent à la maternité à des dilatations plus avancées que les nullipares, l'analgésie a alors plus de mal à s'installer (douleur plus importante) et elles seraient alors moins satisfaites. Il existe sans doute un lien entre la variable dilatation et parité.

Les femmes ayant eu des complications au cours du travail, un délai d'attente important entre la réalisation de l'analgésie péridurale et un réel soulagement (délai entre induction analgésie et EN < 3 (mn)) et un nouveau-né qui présentait un Apgar à cinq minutes inférieur ou égal à sept ont tendance à être moins satisfaites. Gil-Wey et al. en 2011 ont également constaté que ces facteurs intervenaient dans la satisfaction maternelle concernant la prise en charge anesthésique [31].

Plus les femmes évaluaient leur douleur comme étant élevée au moment de la ponction péridurale (via une EN), plus elles étaient insatisfaites. Il s'agissait ici sans doute des patientes avec un niveau de douleur plus important que la population globale. Certes la littérature retrouve que la douleur n'est pas l'unique facteur qui participe à la satisfaction des patientes concernant l'analgésie péridurale, mais il participe cependant à cette dernière.

Les femmes avec une dilatation cervicale importante au moment de la pose de l'analgésie péridurale, étaient insatisfaites. La significativité ressortait davantage lorsque l'on considérait la dilatation cervicale comme une variable numérique continue plutôt que catégorielle ( $> 7\text{cm}$  ou  $\leq 7\text{cm}$ ). En effet, plus il existe de sous classe pour une variable, plus on perd en significativité. Selon Agaram et al., une dilatation cervicale supérieure à sept centimètres au moment de la pose était associée à un échec d'analgésie péridurale. Comme souligné plus haut par cet auteur, un échec d'analgésie péridurale serait associé à une moins bonne satisfaction maternelle [29].

Les parturientes qui s'attendaient à ce que l'analgésie péridurale puisse gêner ou avoir des effets indésirables sur le déroulement de l'accouchement (question 3 du pré-partum) étaient davantage insatisfaites. Ces femmes avaient donc peu d'attentes sur l'analgésie péridurale dès le départ. Hodnett, toujours dans la revue de littérature concernant la satisfaction maternelle à propos de la naissance réalisée en 2002, soulignait que les femmes qui avaient des attentes élevées étaient globalement plus satisfaites que celles qui avaient moins d'attentes [20].

## 2.4. Analyse multivariée

Les variables « nalbuphine-Nubain® avant déclenchement », « EN le surlendemain matin » et « Nombre de fœtus » n'ont pas été gardées dans le modèle de régression logistique bien que la p value fût inférieure à 0,2. Pour les deux premières, elles comportaient trop de données manquantes, et pour la dernière la répartition des patientes étaient trop inégales (seulement 2 patientes présentaient une grossesse multiple).

Cette étude semble confirmer que les attentes maternelles par rapport à la prise en charge analgésique durant l'accouchement sont principalement : l'accord avec leurs attentes, l'absence de retard dans la prise en charge et l'absence de complication. Interviennent également comme ayant un rôle dans la satisfaction finale des parturientes, la parité et l'IMC avant la grossesse.

Deux modèles de régression logistique ont été présentés plus haut. L'un a pris en compte toutes les variables avec une p value inférieure à 0,2 ou les variables qui ressortaient dans la littérature pour expliquer l'insatisfaction maternelle. L'autre modèle, qui avait pour objectif d'établir un score prédictif d'insatisfaction maternelle concernant l'analgésie péridurale, a inclus les variables avec une p value inférieure à 0,2 et celles qui ressortaient dans la littérature avant la pose de l'analgésie péridurale. Les deux modèles présentent donc des résultats différents en fonction du moment où l'on se place pour expliquer l'insatisfaction maternelle.

Ces deux modèles de régression logistique ont en commun une très bonne spécificité et une sensibilité médiocre. La mauvaise sensibilité du score (capacité à prédire les patientes insatisfaites) s'explique en partie par le manque de patientes incluses et particulièrement de patientes insatisfaites incluses. Pour espérer améliorer la sensibilité, il faudrait augmenter le nombre de femmes dans l'échantillon.

### 3. Limites et biais de l'étude

#### 3.1. Données manquantes

A côté de ces résultats, on a pu mettre en évidence un certain nombre de données manquantes dans notre échantillon (une limite de données manquantes à 5% par rapport à la population de l'étude a été retenue) :

- Pour plusieurs variables, le nombre manquant paraissait assez inexplicable puisqu'il s'agissait d'informations inscrites dans le dossier informatique ICOS® : « état périnéal », « suture périnéale », « complications du post-partum tardif », « durée du travail », « nalbuphine-Nubain® avant déclenchement », « délai entre déclenchement et analgésie (mn) ». Peut-être était-ce dû au manque d'expérience des personnes chargées de remplir le logiciel informatique ICOS®.
- Aucune justification n'a été retrouvée à propos des données manquantes concernant les « EN lors de la ponction péridurale ». En effet, notre présence était requise au moment de la pose et il était tout à fait possible de récupérer cette information auprès des patientes.
- Concernant « le volume total perfusé » d'analgésique, le nombre de données manquantes est lié aux situations où les pompes étaient éteintes par d'autres membres que ceux de l'équipe d'anesthésie.
- A propos du « délai entre l'induction de l'analgésie et une EN < 3 », il était très difficile de récupérer cette information si une personne de l'équipe soignante ne restait pas en permanence auprès de la patiente, ce qui était impossible en pratique.
- Le manque de dossiers sur « EN à l'admission » de la parturiente s'est justifié par le fait que la première personne à prendre en charge la patiente lors son admission était la sage-femme qui réalisait bien souvent à ce moment-là un toucher vaginal. Il était donc délicat d'aller visiter les femmes au moment de leur admission.
- Les « EN entre 6 et 8 cm de dilatation » et « EN à dilatation complète » étaient fréquemment non renseignées. Cela pouvait s'expliquer par le déroulement d'un travail rapide chez la parturiente. Cependant, en cas d'absence de l'évaluateur pour faire coter la douleur de la femme à cette dilatation, l'information devait être retrouvable dans le partogramme du dossier informatique ICOS® rempli par la sage-femme.

- Les données manquantes concernant la douleur « EN à l'expulsion », « EN lors de la suture si voie basse », « EN lors de la délivrance si voie basse », « EN le lendemain matin », et « EN le surlendemain matin », étaient la plupart du temps collectées auprès des accouchées dans leur chambre à la maternité. Il était assez difficile de récupérer ces informations juste après l'accouchement, tout d'abord lié au temps de réinstallation de la femme (suture, mise au sein...), mais aussi parce qu'il s'agissait d'un moment très intime de découverte entre la mère et son nouveau-né. Recueillir ces informations en maternité n'a pas été non plus évident puisqu'il fallait réussir à les collecter sans gêner le bon déroulement quotidien des soins (passage du pédiatre, bain du nouveau-né, visite de la sage-femme, visites personnelles...).
- Enfin, les données absentes de certaines questions du post-partum s'expliquaient sans doute par une modalité de réponse inadaptée. En effet, certaines femmes entouraient les bornes de l'échelle au lieu d'entourer le chiffre approprié à leur évaluation.

### **3.2. Les questionnaires**

Les différents questionnaires ont été choisis ou créés lors de la rédaction du protocole de recherche AOMHE. Des améliorations ont été apportées à ces différents questionnaires. Ceux présentés en Annexes sont donc légèrement différents de ceux utilisés par le premier groupe d'interviewers. Cependant la trame de la base informatique Access® n'a, elle, pas été modifiée depuis le début des inclusions. Les informations présentées dans ce mémoire sont donc les mêmes pour toutes les patientes incluses depuis le début de l'étude.

#### **3.2.1. Pré-partum**

Au début du travail, les questionnaires pré-partum étaient distribués directement en salle de naissance, juste avant la pose de l'analgésie péridurale auprès des patientes. Or, le questionnaire devait évaluer l'anxiété / les émotions de la patiente au cours de la semaine et du mois passé. Afin d'être sûre de recueillir les bonnes informations et de ne

pas surévaluer leur niveau d'anxiété, il a été choisi de privilégier la distribution de ces questionnaires au moment de la consultation d'anesthésie ou de la consultation obstétricale du terme, en GHR ou en salle de naissance uniquement lorsque les patientes n'étaient pas trop algiques. De plus, distribuer ces questionnaires à différents moments a permis d'augmenter le nombre d'inclusions. Afin d'éviter au maximum un biais de mesure non différentiel (il s'agit d'une erreur dans le recueil de l'information et donc dans la classification des sujets qui touche tous les groupes de la même manière), l'idéal serait de distribuer ces questionnaires uniquement au moment de la consultation d'anesthésie.

La présentation des modalités de réponse sous forme d'échelle numérique avait également été modifiée puisque cette dernière portait à confusion. En effet, certaines patientes entouraient « pas de douleur du tout » à la place du « zéro » ou « la pire douleur imaginable » à la place du « dix ».

Toujours concernant ce questionnaire, une question supplémentaire a été ajoutée dans la troisième partie, renseignant sur l'existence d'un antécédent d'analgésie péridurale chez la patiente. En effet, selon Agaram et al., un antécédent d'échec d'analgésie péridurale augmenterait le risque d'un nouvel échec [29].

A propos de l'évaluation de l'état psychologique de la femme enceinte, il faut savoir que cela reste quelque chose de difficile. L'utilisation d'échelles psychométriques adaptées est impérative. Une étude s'est justement intéressée aux différentes échelles qui pouvaient être utilisées chez la femme enceinte [37].

L'échelle HADS paraît la plus adaptée pour évaluer un état anxio dépressif. Cette échelle a été traduite et validée en français, cependant, elle n'a pas été validée dans un contexte obstétrical.

L'*Edinburgh Prenatal Depression Scale* (EPDS) est fréquemment utilisée en obstétrique. Cette dernière s'intéresse à repérer spécifiquement les symptômes dépressifs. Elle est composée de dix items, a été traduite et validée en français.

Une autre, le *State Trait Anxiety Inventory Y* (STAI-Y) évalue l'anxiété maternelle. Cette échelle a été validée en français. Elle est composée de 40 items, ce qui est un bémol à son utilisation, puisqu'on sait qu'un questionnaire trop long sera trop souvent rempli de façon erronée et peu concentrée.

On sait que d'autres échelles validées en obstétrique existent, mais elles ne s'intéressent pas spécifiquement à l'anxiété et à la dépression.

Quant au questionnaire MHI-5, issu du questionnaire qualité de vie SF-36, il s'intéresse plus particulièrement à la détresse psychologique. Il est composé de cinq items et a été validé comme outil diagnostique. Cependant, il n'a pas été validé dans un contexte obstétrical.

En conclusion, pour ce questionnaire il serait intéressant :

- Pour les échelles d'évaluation de l'anxiété et de la dépression de conserver le questionnaire HADS, mais peut-être de substituer le MHI5 par un autre (le EPDS par exemple).
- De réaliser un diagramme de flux de manière à connaître le nombre exact de patientes refusant de participer à l'étude, ainsi que le nombre de patientes ayant rempli le questionnaire pré-partum et qui ont été perdues de vue. Cela n'a pas été réalisé dans ce mémoire car à l'époque où les données de ce travail ont été recueillies, les patientes qui refusaient de participer à l'étude, ou les femmes qui remplissaient uniquement le questionnaire pré-partum, ou celles qui ne pouvaient pas être incluses n'ont pas été comptabilisées.
- Enfin, à propos de la dernière question récemment ajoutée, qui nous renseignait sur un antécédent d'analgésie péridurale et sur la satisfaction qui en avait découlé, il serait pertinent de l'évaluer grâce à une échelle de Likert. En effet, cette modalité de réponse semble la plus adaptée pour évaluer la satisfaction [20].

### **3.2.2. Per-partum**

Concernant ce questionnaire, il a été jugé que l'évaluation de la douleur via l'EN toutes les heures au cours du travail était quelque chose de difficilement réalisable et de moyennement pertinent. Il a donc été décidé d'évaluer la douleur à des moments clés du travail, à savoir 30 minutes après l'induction de l'analgésie péridurale, entre six et huit centimètres de dilatation, à dilatation complète et enfin lors de l'expulsion. Afin de faciliter le recueil de ces données, un tampon à apposer sur les feuilles de surveillance d'anesthésie a été créé, permettant de recueillir ces différentes informations. Ces tampons étaient complétés par l'équipe d'anesthésie en collaboration avec l'équipe obstétricale, l'objectif étant que cela devienne une habitude de service.



Les premiers interviewers avaient également fait part d'une autre problématique rencontrée au cours de leur stage, celle de la difficulté à recueillir le volume total perfusé lors d'une analgésie péridurale. En effet, ce paramètre figure sur les pompes d'analgésie péridurale mais les professionnels de la salle de naissance se chargeaient la plupart du temps d'arrêter les pompes une fois l'accouchement terminé et cette information était bien souvent perdue. Il s'agit pourtant d'une information essentielle qui devrait pouvoir être tracée chez toutes les patientes ayant bénéficié d'une analgésie péridurale. D'autres données également pertinentes n'ont jamais pu être relevées pour la même raison. Il a donc été décidé avec l'équipe d'anesthésie de créer un deuxième tampon qui a, lui aussi, été apposé sur les feuilles de surveillance d'anesthésie et qui a permis de relever les données suivantes : le volume total perfusé, le volume des bolus, le nombre de bolus demandés, le nombre de bolus administrés et le nombre de bolus additionnels. Afin de faciliter le recueil de ces informations, il avait été demandé aux professionnels de la salle de naissance de prévenir les professionnels en charge de l'anesthésie avant d'arrêter les pompes d'analgésie péridurale. Depuis mai 2015, de nouvelles pompes ont été installées dans les salles de naissance de la maternité de niveau III du CHU de la région Auvergne avec une mémoire conservant différentes informations relatives à l'analgésie péridurale.

De plus, quelques données supplémentaires à recueillir ont été ajoutées à ce questionnaire, dans le cadre d'un travail antérieur réalisé durant l'été 2014 : grossesse désirée, suivi d'une préparation à la naissance, modalité de déclenchement par le gel de dinoprostone 2mg (Prostines E2®), la régularité des contractions du travail, l'existence d'une hypercinesie, la prise d'antalgique dans les deux premiers jours du post-partum (dénomination commune internationale, spécialité et dosage).

Enfin d'autres modifications concernant ce questionnaire pourraient de nouveau être apportées :

- Réorganiser les différents chapitres du questionnaire : « données démographiques », « données anesthésiques du pré-partum », « antécédents », « grossesse actuelle », « travail », « analgésie du travail », « douleur », « accouchement », « nouveau-né », « post-partum »
- Ajouter comme modalité de réponse à « situation maritale » : « seule »

- Limiter la rubrique « situation socioprofessionnelle » de la parturiente et de son conjoint aux différentes catégories définies par l'INSEE en 2003 [54], plutôt que de donner la profession du conjoint et de la parturiente.
- Reprendre la trame ICOS® pour proposer des modalités de réponse aux différents antécédents : médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux
- Proposer l'intitulé « césarienne » comme modalité de réponse dans « antécédents obstétricaux»
- Supprimer l'intitulé « complications », celles-ci pourront figurer dans la partie « Antécédents »
- Déplacer la rubrique « antécédent de péridurale pour le travail ou pour une césarienne » dans le chapitre « antécédents »
- Reprendre la trame ICOS® pour proposer des modalités de réponses en cas de « pathologie de la grossesse »
- Proposer différentes modalités de réponses dans la rubrique « préparation à la naissance » : « classique », « yoga », « piscine », « sophrologie », « haptonomie », « autre », « non »
- Renommer « type d'accouchement » par « type de début de travail »
- Donner les dénominations communes internationales à Syntocinon© (ocytocine), Propess© (dinoprosone)
- Déplacer l'intitulé « analgésie préalable type nalbuphine » qui figure dans le chapitre « déclenchement » au chapitre «Analgésie du travail »
- Supprimer un intitulé « concentration AL » qui est répété
- Remplacer l'intitulé « clonidine péridurale et dose » par « recours » avec comme modalités de réponse « clonidine » ou « lidocaïne » ou « autre »
- Supprimer un intitulé « douleur à l'expulsion » qui est répété
- Préciser lors de l'évaluation des EN s'il s'agit de la douleur lors de contractions ou de la douleur expulsive
- Proposer comme modalité de réponse à « douleur le lendemain matin » et « douleur le surlendemain matin » : « douleur périnéale » ou « tranchées » et faire évaluer la douleur grâce à l'EN
- Préciser en cas de « manœuvres instrumentales » ou de « césarienne » si c'est pour une cause maternelle ou fœtale

- Préciser le degré de la déchirure périnéale (préciser premier, deuxième, troisième ou quatrième degré)
- Ajouter comme intitulé « percentile de croissance du nouveau-né », « allaitement », « hospitalisation du nouveau-né » (maternité, nurserie, unité kangourou, néonatalogie, soins intensifs, réanimation)
- Garder uniquement « Apgar à 5 minutes » puisque c'est celui qui est le plus utilisé dans les études, et supprimer celui à une et dix minutes
- Proposer dans la rubrique « prise d'antalgique » plusieurs modalités de réponse : « paracetamol », « ibuprofène », « nefopam », « autre » avec l'heure de prise du dernier antalgique

Ces différentes suggestions de modifications permettraient de faciliter le remplissage des questionnaires papier par les interviewers. En effet, les propositions ci-dessus respectent davantage la trame du logiciel informatique ICOS®. Elles rendraient également la lecture des questionnaires papier plus aisée (réorganisation des différentes parties, utilisation des dénominations communes internationales pour les médicaments...). De plus, les modifications de certaines modalités de réponse permettraient de faciliter leur analyse (cocher une réponse plutôt que de fournir une réponse libre par exemple). Enfin, certaines informations qui ressortent dans la littérature ne figuraient pas dans ces questionnaires. Il paraît donc indispensable de les ajouter (allaitement maternel, hospitalisation du nouveau-né...).

### **3.2.3. Post-partum**

Les premiers interviewers se sont questionnés sur l'influence de leur présence auprès des accouchées, concernant leurs réponses au questionnaire de satisfaction du post-partum. Il a alors été décidé de laisser ces femmes remplir ce questionnaire seules de manière à éviter toute influence sur leurs réponses. En effet, un plus grand nombre de réponses positives sont généralement retrouvées lorsque la personne évaluant la satisfaction est un soignant, par peur de déplaire. Une question a été également ajoutée à ce questionnaire pour nous renseigner sur un éventuel déclenchement de l'accouchement et de quel type (cette question a été ajoutée dans le cas où le questionnaire du post-partum serait utilisé seul pour une autre étude).

Certains changements pourraient encore être apportés à ce questionnaire :

- La question sept<sup>4</sup> pourrait également être supprimée puisque la même question figure déjà dans le questionnaire per-partum.
- Il serait souhaitable de modifier la présentation des modalités de réponse sous forme d'échelle numérique tout comme cela a été fait pour le questionnaire pré-partum. En effet, certaines patientes entouraient ici aussi « pas du tout satisfaite» à la place du « zéro » ou « extrêmement satisfaite» à la place du « dix ».

Pour conclure de façon générale sur l'ensemble du questionnaire, le problème majeur reste qu'il a été et qu'il continue d'être modifié régulièrement au cours de son utilisation (absence de pré test), bien que pour l'instant la base informatique n'ait toujours pas été actualisée. Toutes les données recueillies qui ont été analysées dans ce mémoire ont donc été les mêmes pour toutes les patientes. Une nouvelle version des différents questionnaires est proposée en annexe avec les différentes modifications suggérées ci-dessus :

- Annexe VII : Suggestions de modifications du questionnaire pré-partum
- Annexe VIII : Suggestions de modifications du questionnaire per-partum
- Annexe IX : Suggestions de modifications du questionnaire post-partum

### **3.3. Autres limites et biais**

Dans les critères d'inclusion de l'étude, il était spécifié que les patientes devaient parler français, de manière à pouvoir répondre aux différents questionnaires. Cependant, un grand nombre de patientes qui ne parlent pas français sont des patientes dans une situation précaire (réfugiée, immigrée...). Ce critère exclut donc de l'étude une bonne partie de patientes en difficultés socioéconomiques. Bien que selon Hodnett, les

---

<sup>4</sup> Si vous avez eu une péridurale, pouvez-vous coter la douleur ressentie à cause de la piqûre ?

paramètres socio-économiques semblent sans influence sur la satisfaction, on peut se demander l'impact que cela a pu avoir dans le cadre du projet AOMHE [20].

D'un point de vue statistique, une majorité des analyses étaient de nature exploratoire et, de ce fait, manquaient de puissance statistique. Comme discuté par Feise en 2002, une attention particulière a été portée à l'amplitude des différences et non uniquement aux résultats en termes de significativité statistique [55]. Dans ce sens, aucune correction du risque d'erreur de première espèce n'a été apportée.

A côté de cela, cette étude semble manquer de puissance, 147 patientes ont pu être incluses pour n'en garder que 126 suite à l'élimination de plusieurs d'entre elles. Au final, seulement 22 patientes ont jugé leur analgésie péridurale comme étant non satisfaisante. Lors de la réalisation du protocole de recherche AOMHE, il avait été précisé qu'il fallait un minimum de 573 sujets pour avoir une bonne puissance, et encore plus pour travailler uniquement sur les cas d'insatisfaction. Davantage de variables auraient pu ressortir lors des analyses univariées et multivariées si l'étude avait pu inclure plus de parturientes.

Concernant la pose des péridurales, on a constaté qu'elles étaient quasiment toutes réalisées le jour. En effet, les patientes étaient incluses et suivies par les interviewers sur les horaires de stage de la journée. Certains professionnels ont pu terminer de recueillir les informations la nuit pour les parturientes qui avaient eu leur pose d'analgésie péridurale en journée. Cela a pu être à l'origine d'un biais de sélection majeur puisqu'on sait que l'exercice diurne est plus propice à la réalisation de blocs périduraux de qualité. C'est pourquoi les quelques femmes ayant eu leur pose d'analgésie la nuit ou le weekend ont été exclues, afin d'avoir une population homogène. On sait que les soignants ont tendance à être plus anxieux et moins vigilants la nuit, les capacités de résistance étant plus réduites [56]. On s'attend également à retrouver un niveau d'anxiété plus important chez les patientes hospitalisées la nuit. En effet, la nuit, l'hôpital prend un autre aspect, les sollicitations sont moins fréquentes, la lumière et les bruits sont moins présents, ce qui amène le patient à se concentrer davantage sur son propre corps, sur ses angoisses, sa douleur... [57].

Par ailleurs, l'échantillon de patientes ne semble pas représentatif de la population obstétricale. Tout d'abord, il s'agit d'une maternité de niveau III avec par conséquent, plus de grossesses à haut risque. De plus, comme expliqué plus haut, beaucoup de patientes ont été incluses en service de GHR. Ces patientes étaient en effet plus disponibles pour répondre au premier questionnaire préalable à l'analgésie péridurale.

L'échantillon semble comporter plus de patientes à haut risque que la population obstétricale d'une maternité de niveau III et que la population obstétricale en général.

D'autre part, le questionnaire ayant été réalisé initialement par une équipe anesthésiste, un certain nombre de variables plutôt obstétricales n'ont pas été ajoutées au questionnaire (cf. la partie « 3.2. Les questionnaires » ci-dessus). Certaines de ces variables auraient pu ressortir en univarié et auraient pu modifier le modèle de régression logistique.

## **4. Evolution du projet / Axe d'amélioration**

### **4.1. Saisie des données / Recueil des patientes**

Depuis le début de l'étude AOMHE, toutes les données relatives aux femmes ont été saisies sur une base informatique Access® stockée sur le serveur informatique du CHU de la région Auvergne. Il serait intéressant de créer une nouvelle base de données en ligne (type Redcap® [58]) pour stocker les informations propres aux patientes, qui pourrait être accessible depuis n'importe quel poste informatique. Cela permettrait notamment d'exporter le projet AOMHE dans d'autres centres et d'agrandir l'échantillon.

De plus, à partir des suggestions faites plus haut sur les différents questionnaires, un nouveau questionnaire a été élaboré (celui utilisé actuellement présente plusieurs défauts qui ont déjà décrits plus haut). Il serait également intéressant de commencer par tester ce nouveau questionnaire avant de réactualiser la base Access®, de manière à redémarrer une cohorte avec des données de meilleure qualité et plus facilement exploitables.

Par ailleurs, afin de pouvoir inclure des patientes sur l'ensemble de la journée et de la semaine, il serait pertinent d'envisager une modification des horaires des étudiants en stage, peut être en envisageant des gardes de 12 heures.

### **4.2. Améliorer le repérage des femmes susceptibles d'insatisfaction concernant l'analgésie péridurale**

Un certain nombre de tests basés sur des stimulations environnementales, se révèlent être des facteurs prédictifs de douleur.

Une équipe finlandaise a démontré que la tolérance à un test nociceptif de réalisation simple, le cold pressure test (immersion de la main dans l'eau froide) réalisé chez des femmes enceintes un mois avant l'accouchement, différait selon que les femmes appréhendaient ou non leur accouchement [59].

Une méta-analyse de 15 études prédictives associant mesures psychophysiques préopératoires et recueil de données d'analgésie postopératoire, a montré le caractère prédictif de l'intensité de la douleur à la stimulation chaude supraliminaire. La consommation d'antalgiques était inversement corrélée au seuil douloureux thermique chaud et au seuil de tolérance mécanique (pression) [60].

Une étude réalisée chez 192 femmes avant césarienne programmée sous rachianesthésie, a montré le caractère prédictif d'une batterie de tests préopératoires associant une mesure de l'anxiété et de la douleur attendue, et une mesure des seuils de tolérance audiométrique [37].

Une étude associant mesures psychophysiques pré-partum et recueil de données d'analgésie du travail, a montré le caractère prédictif de l'intensité de la douleur à la stimulation chaude supraliminaire, du seuil de tolérance mécanique (pression), et de l'intensité de la douleur lors de la ponction de la voie veineuse périphérique [61].

Il pourrait ainsi être envisagé dans la suite du projet AOMHE, dans le cadre d'une recherche biomédicale règlementée, l'ajout d'explorations fonctionnelles (par exemple, sensibilité des femmes enceintes lorsqu'elles plongent leur main dans l'eau froide), le but étant d'améliorer la prédiction de la qualité de l'analgésie et de la satisfaction maternelle.

Enfin, lorsque le nombre de femmes incluses dans l'échantillon sera plus important, il serait intéressant de refaire une analyse multivariée avec un score prédictif d'insatisfaction avant analgésie péridurale, en espérant avoir une meilleure sensibilité.

### **4.3. Personnalisation de l'analgésie péridurale**

La qualité de l'analgésie du travail tend actuellement à «plafonner». La puissance de l'analgésie péridurale est dépendante de la concentration d'anesthésique, et est génératrice d'effets secondaires [62]. On peut envisager utile d'identifier des profils de parturientes selon leur besoins en analgésie. Les patientes étant toutes vues au cours de leur grossesse par un médecin anesthésiste, celles à risque d'insatisfaction pourraient être repérées par un score prédictif d'insatisfaction ou par le cold pressure test décrit ci-dessus. Ainsi, on pourrait espérer adapter leur prise en charge en salle de naissance en leur proposant :

- Soit une analgésie plus forte d'emblée.
- Soit une analgésie déambulatoire, moins forte, mais qui permet de continuer à se mobiliser. Cela est actuellement mis en place depuis cet été sur le CHU de la maternité de niveau III de la région Auvergne, un protocole est d'ailleurs en cours d'élaboration. Cela concerne les patientes à faible risque anesthésique et obstétrical, avec une dilatation cervicale initiale strictement inférieure à 4 cm. Les femmes sont surveillées par un monitoring le temps de la mise en place de



l'analgésie. La déambulation devient autorisée lorsque plusieurs conditions sont réunies : la présence d'une analgésie suffisante, l'absence de bloc moteur, de trouble de l'équilibre ou d'hypotension orthostatique. Le monitoring de la patiente est alors retiré, la voie veineuse périphérique est bouchée, seul le monitoring du rythme cardiaque fœtal et de la dynamique utérine, ainsi que le cathéter de péridurale sont reliés à la patiente. La déambulation est alors limitée à la salle d'accouchement et par les fils qui relient la parturiente. Cette dernière doit être accompagnée. Cette méthode est un excellent compromis puisqu'elle permet à la fois aux femmes d'être soulagées pendant le travail, de rester actrices de leur accouchement en se mobilisant, et d'avoir une voie péridurale de sûreté en cas de complications. Cependant, cette méthode n'est à priori pas envisageable pour les patientes les plus susceptibles d'insatisfaction (obésité, dilatation cervicale importante à l'induction, complications pendant le travail).

- Soit la recherche d'un état plus « naturel » de l'accouchement, avec une sensation de contrôle associée à un maintien des sensations. Il est attendu d'augmenter la satisfaction malgré une analgésie « limite ». Le troisième plan de lutte contre la douleur 2006-2010 avait, entre autres, pour objectif d'améliorer l'utilisation des méthodes de soulagement non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité [63]. Certaines femmes préfèrent éviter les méthodes analgésiques médicamenteuses puisque ces dernières ne sont pas dénuées de tout effet secondaire. Les femmes qui bénéficient d'une analgésie péridurale ont plus d'extractions instrumentales et plus de césariennes pour souffrance fœtale. Ces dernières sont également plus susceptibles de présenter une hypotension artérielle, un bloc moteur ainsi qu'une rétention urinaire [64].

Parmi les méthodes de gestion naturelle de la douleur, on connaît la méthode Bonapace qui consiste à contrôler le système nerveux central à travers la respiration et la relaxation, à utiliser des stimuli non douloureux comme décrit dans la théorie du Gate Control (massage dans le bas du dos pendant une contraction par exemple), et à activer les voies descendantes inhibitrices (Contrôle Inhibiteur Diffus Nociceptif) en stimulant des points d'acupression créant une seconde douleur[65] . Cette méthode Bonapace nécessite l'intervention d'une tierce personne (le conjoint, la sage-femme...).

La relaxation, le yoga, les massages pourraient être essayés chez les parturientes dans le but d'améliorer leur gestion de la douleur. Un essai mené par Smith et al. en 2011, avait pour objectif de comparer les effets des méthodes de relaxation sur la gestion de la douleur du travail et sur la morbidité maternelle et périnatale [66]. Il s'agissait d'un essai randomisé comparant des méthodes de relaxation avec des soins standard, ou une absence de traitement ou des méthodes non pharmacologiques de gestion de la douleur. Onze études ont été incluses (n = 1374 femmes). Dans le groupe relaxation, on a pu noter une diminution de la douleur au cours de la phase de latence et de la phase active du travail. La même constatation a été faite concernant le yoga. Par contre, aucune différence n'a été démontrée pour la musique ou pour l'audio-analgésie.

Une autre étude réalisée par Chuntharapat et al. en 2008, portant sur l'intérêt du yoga pendant la grossesse [67], a cherché à déterminer entre autres, son impact sur le confort et sur la douleur maternelle pendant le travail, ainsi que sur l'issue de l'accouchement. Cet essai incluait 74 femmes primipares thaïlandaises.

Dans le groupe yoga :

- Les femmes avaient un niveau de confort plus élevé pendant le travail et dans les deux heures de post-partum immédiat.
- Les femmes avaient un moins haut niveau de douleur par rapport au groupe contrôle.
- Les femmes avaient une première partie du travail et une durée totale du travail plus courte.

Le massage semblerait également avoir un rôle dans la réduction de la douleur du travail et dans le ressenti qu'ont les femmes de leur expérience de l'accouchement [68]. Une méta analyse conduite par Smith et al. en 2012, qui incluait six essais comparatifs randomisés (n = 326) comparant le massage pendant le travail aux soins standard, ou à l'absence de traitement, ou au placebo, ou à d'autres formes non pharmacologiques de gestion de la douleur a constaté que les femmes massées par rapport aux femmes bénéficiant des soins habituels présentaient une plus faible douleur et moins d'anxiété pendant la première partie du travail.

Une autre étude menée par Cluett et al. en 2008, s'est intéressée aux effets du travail et de la naissance en immersion dans l'eau sur la mère et l'enfant [69]. Un groupe « travail et naissance en immersion » a été comparé à un groupe « sans immersion ». Cette

étude incluait 11 essais (n = 3146) dont huit s'intéressaient à la première partie du travail, un à la première et seconde partie du travail, un qui comparait l'immersion précoce à l'immersion tardive pendant la première partie du travail, et enfin un qui s'intéressait à la seconde partie du travail.

On a constaté que dans le groupe immersion au cours de la première partie du travail, il y avait une diminution du recours à l'analgésie péridurale par rapport au groupe contrôle. Il n'y avait pas d'informations concluantes concernant la seconde partie du travail.

Concernant les Stimuli électriques transcutanés (TENS) [70], il s'agit de légères décharges électriques envoyées à basse fréquence et à basse intensité, généralement dans le bas du dos, mais également sur des points d'acupression. Les TENS peuvent être utilisés pour soulager la douleur au cours du travail d'accouchement. Un essai contrôlé randomisé conduit par Dowswell et al. en 2008, incluant 19 études a comparé le soulagement de cette douleur avec les TENS versus les soins de routine, ou des méthodes de soulagement non pharmacologique ou avec un placebo. Une légère différence était notable entre le groupe TENS et le groupe contrôle. Cependant, de faibles preuves ont été retrouvées concernant l'efficacité des TENS sur la douleur du travail. Les TENS ne semblent avoir aucun effet positif ou négatif sur le devenir des mères et des nouveau-nés.

Le biofeedback [71] est une méthode dont le but est d'apprendre à contrôler les différentes réponses du corps (par exemple le rythme cardiaque). Le biofeedback cherche à agir sur les centres de commande pour réguler une activité dérégulée. Cette méthode a été utilisée en tant que thérapie comportementale dans de nombreux domaines de la santé, y compris celui de la douleur. Une étude réalisée par Barragán Loayza et al. en 2011, avait pour objectif d'évaluer si le biofeedback enseigné en préparation à la naissance et à la parentalité avait un impact sur le soulagement de la douleur au cours du travail. Cette étude a inclus 4 essais (n = 186). Les essais ont été jugés comme ayant un risque élevé de biais lié à un manque de données. Aucune différence n'a été retrouvée entre le groupe biofeedback et le groupe contrôle concernant l'utilisation de méthode de soulagement médicamenteuse de la douleur. Le biofeedback électromyographie semblerait avoir des effets positifs sur le début du travail, mais plus le travail avancerait, plus le recours à une méthode d'analgésie médicamenteuse augmenterait. Il n'y a donc pas assez de preuve

pour mettre en évidence l'efficacité du biofeedback dans la gestion de la douleur au cours travail.

Un autre essai mené par Derry et al. en 2011, a porté son attention sur le soulagement de la douleur du travail via l'injection cutanée d'eau stérile [72]. L'objectif était de comparer les effets de l'injection d'eau stérile sur les douleurs de contractions et les douleurs dorsales au cours du travail versus placebo ou des méthodes non pharmacologiques d'analgésie. Plusieurs essais randomisés contrôlés en double aveugle ont été inclus utilisant des injections d'eau stérile intra cutanée ou sous cutanée. Pour cette étude, sept essais (n = 766) ont été inclus : quatre utilisaient des injections intra cutanées, deux sous cutanées et une les deux méthodes. La qualité méthodologique était bonne mais quatre études étaient à risque de biais dues à la petite taille du groupe « injection d'eau ». Les groupes avec les injections d'eau stérile ont présenté de plus faible douleurs dorsales et de travail.

Une étude conduite par Hjelmstedt et al. en 2010, s'est spécifiquement intéressée à l'effet de l'acupression sur la douleur du travail chez les nullipares. Cet essai randomisé s'est déroulé dans un hôpital public en Inde. Ont été randomisées 71 femmes dans le groupe acupression (stimulation du point d'acupuncture rate 6 sur les deux jambes pendant les contractions sur une période de 30 minutes), 71 autres femmes ont été randomisées dans le groupe « touché » (légère stimulation cutanée du point d'acupuncture rate 6 sur les deux jambes pendant les contractions sur une période de 30 minutes), et enfin 70 femmes ont reçu des soins standard. La douleur était évaluée à l'aide d'une échelle visuelle analogique avant le traitement puis, immédiatement après le traitement, 30, puis 60, puis 120 minutes après le traitement. Une diminution de la douleur a été constatée dans le groupe acupression et ce particulièrement juste après la réalisation du traitement. L'acupression semblerait réduire la douleur pendant la phase active du travail chez les nullipares accouchant dans un contexte avec un faible support social, et où l'analgésie péridurale n'est pas disponible [73].

Dans les pays médicalisés, la majorité des femmes accouchent sur le dos. Une étude menée par Lawrence et al. en 2013, incluant des essais randomisés et quasi randomisés a comparé l'impact des positions plus verticales [74] (debout, déambulation,

assis, à genoux) aux positions couchées (couchée, semi-couchée, latérale) sur la durée de la première partie du travail, le type de naissance, et sur d'autres paramètres. Les femmes adoptant une position plus verticale :

- Avaient une durée d'une heure et 22 minutes plus courte concernant la première partie du travail par rapport aux femmes couchées.
- Étaient moins susceptibles d'avoir recours à une analgésie péridurale.

Les femmes à bas risque obstétrical devraient être informées des avantages des positions plus verticales et devraient être encouragées à adopter la position de leur choix.

Un autre essai réalisé par Hodnett et al. en 2013, a voulu montrer l'intérêt du soutien continu des parturientes pendant le travail par rapport aux pratiques habituelles [75].

Au total, 22 essais ont été inclus portant sur 15 288 femmes. Les femmes avec un soutien continu pendant le travail étaient moins susceptibles d'avoir recours à une analgésie locorégionale.

Une étude conduite par Smith et al. en 2011, avait pour objectifs d'étudier les effets de l'aromathérapie sur la gestion de la douleur pendant le travail ainsi que sur la morbidité périnatale [76]. Un essai randomisé a été réalisé comparant l'aromathérapie avec un placebo, ou avec une absence de traitement ou avec d'autres méthodes non pharmacologiques de gestion de la douleur. Deux études ont été incluses dans l'analyse et aucune différence n'a été constatée entre les deux groupes concernant la gestion de la douleur. Il n'existe pas assez d'études concernant le rôle de l'aromathérapie dans la gestion de la douleur du travail obstétrical. Il faudrait davantage d'études afin de pouvoir émettre des recommandations.

L'hypnose apparaîtrait comme étant bénéfique au cours de la grossesse et de l'accouchement. L'hypnose est un état naturel de la conscience qui se situe entre l'état de veille et de sommeil. Le niveau d'anxiété des femmes serait diminué et la perception des sensations corporelles douloureuses serait atténuée. De plus, cette méthode permet à la parturiente de participer activement à son accouchement. L'hypno-relaxation peut être proposée au cours des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Plusieurs études relatées dans un article rédigé par Bienvenu et al. en 2013 à propos de l'hypnose

pour accompagner la grossesse et l'accouchement, ont montré que l'hypnose diminuerait le recours aux antalgiques au cours du travail, la douleur ressentie pendant les contractions utérines et la durée du travail [77].

Pour conclure sur les méthodes de soulagement naturel de la douleur au cours du travail d'accouchement, voici quelques pistes qui pourraient ou qui sont déjà mises en pratique.

En amont de l'accouchement, notamment lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, les femmes pourraient se former, seules ou en couple, à différentes méthodes de gestion de la douleur (la sophrologie, le yoga, la respiration, la relaxation, la méthode Bonapace, les massages, l'acupression, l'hypnose...). Cela est bien sûr déjà le cas chez certaines femmes enceintes qui bénéficient alors de bases dans différentes techniques pour se relaxer et in fine pour se soulager.

Pour les femmes ne souhaitant pas, ou ne pouvant pas avoir recours à l'analgésie péridurale, la déambulation et le changement de position (utilisation du ballon, salle physiologique, suspension...) semblent vivement conseillés pour les soulager. De plus, l'immersion dans l'eau (uniquement possible en l'absence d'analgésie péridurale) aurait des effets très positifs dans la gestion de la douleur chez ces patientes. La baignoire de dilatation semblerait alors être une alternative idéale.

Enfin, pour toutes les femmes, avec ou sans analgésie péridurale, le soutien continu aurait un rôle essentiel dans l'appréhension de la douleur. Ce soutien pourrait être apporté à la fois par un proche de la parturiente, mais aussi par les membres de l'équipe soignante (étudiants, sages-femmes, IADE, médecins...), qui se relaieraient pour aller au chevet de ces femmes. Aider les parturientes à adopter une respiration calme et profonde les aiderait également à se soulager. Enfin, ces femmes pourraient se voir proposer le mécanisme de la seconde douleur via les Contrôle Inhibiteur Diffus Nociceptif :

- Poche de glace à serrer dans la main pendant la contraction.
- Massage douloureux à différents endroits au moment des contractions : au niveau du métacarpien de l'index, quatre doigts au-dessus de la malléole interne, au niveau lombaire...
- Injection de petites quantités d'eau stérile ou de sérum physiologique en sous cutané dans le bas du dos à l'acmé de la contraction.

#### **4.4. Projet d'action**

De plus en plus de professionnels de santé, notamment les sages-femmes sont formées à ces différentes méthodes pour appréhender la douleur du travail de manière plus naturelle.

Malgré la préparation à la naissance et à la parentalité, toutes les parturientes ne sont pas informées sur ces différentes techniques alternatives ou complémentaires à l'analgésie péridurale.

Afin de mieux informer ces femmes, une plaquette a été créée (Annexe X : Plaquette d'information à destination des patientes concernant la gestion de la douleur de l'accouchement). Elle explique brièvement les différentes techniques décrites plus haut, et la possibilité pour les femmes d'y avoir recours le jour de l'accouchement. Ces plaquettes pourraient être mises à disposition des femmes enceintes dans les salles d'attente des différents professionnels de la périnatalité à la fois libéraux et hospitaliers. De plus, trop de femmes souhaitant opter pour la péridurale ne se sentent pas concernées par ces différentes méthodes. Or, dans la majorité des cas, les femmes ont des contractions douloureuses avant d'avoir une modification cervicale suffisante pour poser l'analgésie péridurale. Chez d'autres, le travail est tellement rapide que l'analgésie péridurale n'a pas le temps de s'installer. Ces différentes méthodes sont donc pour toutes les femmes.

Il me semble important d'insister sur le fait que les sages-femmes ne travaillent pas en opposition avec les anesthésistes mais en étroite collaboration. Cependant, ces techniques nécessitent de passer du temps auprès des parturientes, ce qui est malheureusement parfois incompatible avec la charge de travail présente en salle de naissance. On revient alors toujours au souhait d'un accompagnement plus optimal des parturientes en travail, entre autres pour les aider à mieux gérer leur douleur, et cela passerait notamment par la présence d'une sage-femme pour chaque femme.

## 5. Conclusion

Les sages-femmes qui exercent en salle de naissance sont constamment confrontées à la douleur obstétricale des parturientes. Elles sont également des actrices dans le cadre de l'analgésie péridurale (soutiennent la femme lors de la pose, possibilité de réinjecter dans la voie mise en place par le médecin anesthésiste réanimateur, retrait du dispositif...). Elles sont donc entièrement concernées par la satisfaction des femmes concernant l'analgésie péridurale.

Cette dernière n'est pas toujours bonne et fait intervenir de nombreux paramètres. Ce travail a essayé de mettre en évidence plusieurs critères prédictifs d'insatisfaction maternelle chez les femmes : la multiparité, les femmes avec un IMC > 30kg/m<sup>2</sup>, un score élevé à la question 3 du pré-partum<sup>5</sup>, la présence de complications pendant le travail, une dilatation cervicale importante à l'induction de l'analgésie. Le score établi dans ce travail pour repérer les femmes susceptibles d'insatisfaction en amont de l'analgésie péridurale présente une très bonne spécificité mais une sensibilité médiocre (repère bien les patientes susceptibles d'être satisfaites, mais pas celles susceptibles d'être insatisfaites). Pour améliorer la sensibilité de ce score, l'échantillon devra comprendre davantage de patientes. Cela sera possible puisque de nouvelles inclusions sont toujours en cours sur le CHU.

Enfin la mise en place récente de l'analgésie déambulatoire sur la maternité de niveau III du CHU de la région Auvergne, permettra peut-être d'accroître la satisfaction d'un certain nombre de femmes, notamment en jouant sur le fait de devenir davantage actrice de leur accouchement. Cette forme d'analgésie permettra également de rendre la sage-femme beaucoup plus présente dans la prise en charge de ces parturientes en leur proposant différentes postures, exercices, de manière à faciliter le travail d'accouchement. Cette analgésie semblerait donc pouvoir rapprocher davantage la sage-femme de la physiologie et tout cela en collaborant avec les équipes anesthésiques.

---

<sup>5</sup> « Pensez-vous qu'un soulagement efficace de la douleur puisse gêner ou avoir des effets indésirables sur le déroulement de l'accouchement ? »



**REFERENCES**  
**BIBLIOGRAPHIQUES**

1. HAS - Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. 2005 [cité 14 févr 2016]. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation\\_naissance\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf)
2. Journal officiel de la république française. Code de la santé publique - Article R4127-318. Décret n°2012-881, 17 juill 2012.
3. Journal officiel de la république française. Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires. Code de la santé publique, JORF n°0244, 20 oct 2011 p. 17768.
4. Ministère de la santé et des solidarités. Charte de la personne hospitalisée [Internet]. 2006 [cité 30 janv 2016]. Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte\\_a4\\_couleur.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf)
5. Journal officiel de la république française. Code de la santé publique - Article L1110-5. Loi n°2016-87, 2 févr 2016.
6. Journal officiel de la république française. Code de la santé publique - Article L1112-4. Ordonnance n°2010-177, 23 févr 2010.
7. Ministère de la santé et des solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 [Internet]. 2006 [cité 30 juin 2016]. Disponible sur : [http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/plan\\_d\\_amelioration\\_de\\_la\\_prise\\_en\\_charge\\_de\\_la\\_douleur\\_2006-2010\\_.pdf](http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf)
8. Morel M-F. Histoire de la douleur dans l'accouchement. Réalité en gynécologie obstétrique. 2002;67:31-4.
9. Akrich M. La péridurale, un choix douloureux. Cahiers du genre. 26 juin 2006;(25):17-48.

10. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care : a literature review and analysis. *Eval Program Plann* 1983; 6(3-4):185-210.
11. Bramadat IJ, Driedger M. Satisfaction with childbirth : theories and methods of measurement. *Birth* 1993; 20(1):22-29.
12. Hudak PL, Wright JG. The characteristics of patient satisfaction measures. *2000;25(24):3167-77.*
13. Wu AW, Snyder C, Clancy CM, Steinwachs DM. Adding The Patient Perspective To Comparative Effectiveness Research. *Health Aff.* 10 janv 2010;29(10):1863-71.
14. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction : II--Designing a questionnaire and conducting a survey. *BMJ.* 11 mai 1991;302(6785):1129-32.
15. IGAS - Inspection Générale des Affaires Sociales. Vingt recommandations sur les enquêtes de satisfaction et l'amélioration de la qualité de service aux assurés du régime général de sécurité sociale [Internet]. Inspection Générale des Affaires Sociales; 2011 déc [cité 30 janv 2016]. Report No.: RM2011-098P. Disponible sur : [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2011-098P\\_-\\_DEF\\_sans\\_signature.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2011-098P_-_DEF_sans_signature.pdf)
16. Journal officiel de la république française. Code de la santé publique - Article L710-1-1. Loi n°99-1140, 29 déc 1999.
17. Auquier P, Pernoud N, Bruder N, Simeoni M-C, Auffray J-P, Colavolpe C, et al. Development and Validation of a Perioperative Satisfaction Questionnaire. *Anesthesiology.* 1 juin 2005;102(6):1116-23.
18. SFAR - Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. ASA Physical Status Classification System [Internet]. SFAR - Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. [cité 30 janv 2016]. Disponible sur : <http://www.sfar.org/scores/asa.php>
19. Harvey S, Rach D, Stainton MC, Jarrell J, Brant R. Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery.* déc 2002;18(4):260-7.

20. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth : A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. mai 2002;186(5, Supplement) :S160-72.
21. Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 26 oct 2007;7(1):26.
22. Waldenström U. Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*. nov 1999;47(5):471-82.
23. DREES - Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. L'enquête auprès des usagères des maternités en 2006 [Internet]. 2009 [cité 30 janv 2016]. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriesource-method06.pdf>
24. Howell EA, Concato J. Obstetric patient satisfaction : asking patients what they like. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190(1):175-182.
25. Burg Y, Bonnet M-P. Maintenir une analgésie péridurale de qualité au cours du travail obstétrical (podcast). *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*. juin 2014;18(3):151-7.
26. Tixier S, Bonnin M, Bolandard F, Vernis L, Lavergne B, Bazin JE, et al. Continuous patient-controlled epidural infusion of levobupivacaine plus sufentanil in labouring primiparous women : effects of concentration. *Anaesthesia*. 1 juin 2010;65(6):573-80.
27. Bazin M, Bonnin M, Storme B, Bolandard F, Vernis L, Lavergne B, et al. Addition of clonidine to a continuous patient-controlled epidural infusion of low-concentration levobupivacaine plus sufentanil in primiparous women during labour. *Anaesthesia*. 1 sept 2011;66(9):769-79.

28. Angle P, Landy CK, Charles C, Yee J, Watson J, Kung R, et al. Phase 1 development of an index to measure the quality of neuraxial labour analgesia : exploring the perspectives of childbearing women. *Can J Anaesth.* mai 2010;57(5):468-78.
29. Agaram R, Douglas MJ, McTaggart RA, Gunka V. Inadequate pain relief with labor epidurals : a multivariate analysis of associated factors. *Int J Obstet Anesth.* janv 2009;18(1):10-4.
30. Cooper GM, MacArthur C, Wilson MJA, Moore PAS, Shennan A. Satisfaction, control and pain relief : short- and long-term assessments in a randomised controlled trial of low-dose and traditional epidurals and a non-epidural comparison group. *International Journal of Obstetric Anesthesia.* janv 2010;19(1):31-7.
31. Gil-Wey B, Savoldelli GL, Kern C, Haller G. Risk factors associated with maternal satisfaction during childbirth : a retrospective cohort study. *Can J Anaesth.* oct 2011;58(10):936-43.
32. Chanthong PM., Abrishami AMD, Wong JFRCPC, Herrera FMD, Chung FFRCPC. Systematic Review of Questionnaires Measuring Patient Satisfaction in Ambulatory Anesthesia. *Anesthesiology* May 2009. 2009;110(5):1061-7.
33. Jamison RN, Ross MJ, Hoopman P, Griffin F, Levy J, Daly M et al. Assessment of postoperative pain management : patient satisfaction and perceived helpfulness. *Clin J Pain* 1997; 13(3):229-236.
34. Dualé C, Nicolas-Courbon A, Gerbaud L., ... Maternal Satisfaction as an Outcome Criterion in Research on Labour Analgesia : Data Analysis from the Recent Literature. *Clin J Pain.* 2014 Apr 6. [Epub ahead of print]
35. Ip HYV, Abrishami A, Peng PWH, Wong J, Chung F. Predictors of Postoperative Pain and Analgesic Consumption : A Qualitative Systematic Review. *Anesthesiology.* sept 2009;111(3):657-77.

36. Pan PH, Tonidandel AM, Aschenbrenner CA, Houle TT, Harris LC, Eisenach JC. Predicting Acute Pain after Cesarean Delivery Using Three Simple Questions. *Anesthesiology*. mai 2013;118(5):1170-9.
37. Bocquet C, Deruelle P. Quelles échelles psychométriques utiliser pour évaluer l'état psychologique de la femme enceinte ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. oct 2014;43(8):587-92.
38. Watson R, Wang W, Thompson DR, Meijer RR. Investigating invariant item ordering in the Mental Health Inventory : An illustration of the use of different methods. *Personality and Individual Differences*. août 2014;66:74-8.
39. Sullivan MJ, Bishop S, Pivik J. The pain catastrophizing scale : development and validation. *Psychol Assessment* 1995; 7:524-532.
40. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem) : a reevaluation of the Life Orientation Test. *J Pers Soc Psychol*. déc 1994;67(6):1063-78.
41. Trottier C, Trudel P, Mageau G, Halliwell W. Validation de la version canadienne-française du Life Orientation Test-Revised. 2008. 40:238-43.
42. HAS - Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. 2011 [cité 14 févr 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011\\_09\\_30\\_obesite\\_adulte\\_argumentaire.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_30_obesite_adulte_argumentaire.pdf)
43. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. *La Revue Sage-Femme*. juin 2012;11(3):128-43.
44. Davie E. Un premier enfant à 28 ans. *INSEE Première* [Internet]. oct 2012 [cité 30 janv 2016];(1419). Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1419/ip1419.pdf>

45. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CSY, Chui HW, Fong DYT. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol.* nov 2007;110(5):1102-12.
46. Eschwege E, Basdevant A, Crine A, Moisan C, Charles M-A. Type 2 diabetes mellitus in France in 2012 : results from the ObEpi survey. *Diabetes Metab.* févr 2015;41(1):55-61.
47. Grynberg M. Assistance Médicale à la Procréation [Internet]. Inserm - Institut national de la santé et de la recherche médicale; 2013 [cité 30 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/biologie-cellulaire-developpement-et-evolution/dossiers-d-information/assistance-medicale-a-la-procreation>
48. CNGOF. Texte des recommandations-Grossesses gemellaires. *La Revue Sage-Femme.* févr 2010;9(1):50-3.
49. Lansac L, Marret H Oury JF, 2006, *Pratique de l'accouchement*, 4<sup>ème</sup> édition, Paris, MASSON, p 553.
50. CNGOF - Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique : Grossesse prolongée et terme dépassé [Internet]. 2011 [cité 30 janv 2016]. Disponible sur : [http://www.cngof.fr/component/rsfiles/aperçu?path=Clinique/RPC/RPC%20COLLEGE/RPC\\_gr\\_prolongee\\_2011.pdf](http://www.cngof.fr/component/rsfiles/aperçu?path=Clinique/RPC/RPC%20COLLEGE/RPC_gr_prolongee_2011.pdf)
51. Belghiti J, Coulm B, Kayem G, Blondel B, Deneux-Tharoux C. Administration d'ocytocine au cours du travail en France. Résultats de l'enquête nationale périnatale 2010. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* nov 2013;42(7):662-70.
52. Chehab M, Courjon M, Eckman-Lacroix A, Ramanah R, Maillet R, Riethmuller D. Influence d'une forte diminution du recours à l'épisiotomie sur le taux global de périnée intact et peu lésionnel dans une population d'une maternité de niveau III. *La Revue Sage-Femme.* déc 2014;13(6):278-84.

53. Boulay G, Mercier FJ. Gestion d'une péridurale inefficace. MAPAR [Internet]. 2000 [cité 18 oct 2015]; Disponible sur : <http://www.icarweb.fr/IMG/pdf/12-17.pdf>
54. INSEE - Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, DARES - Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité. Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles des emplois salariés d'entreprise, PCS-ESE 2003 [Internet]. 2003 [cité 30 janv 2016]. Disponible sur : [http://www.insee.fr/fr/methodes/nomenclatures/pcse/pcse2003/doc/Brochure\\_PCS\\_ESE\\_2003.pdf](http://www.insee.fr/fr/methodes/nomenclatures/pcse/pcse2003/doc/Brochure_PCS_ESE_2003.pdf)
55. Feise RJ. Do multiple outcome measures require p-value adjustment? BMC Medical Research Methodology 2002, 2:8.
56. Ministère du travail, de l'emploi et du dialogue social. Le travail de nuit en 2012. DARES Analyses. août 2014;(062).
57. Pierron J-P. Quand vient la nuit. Les imaginaires de la nuit à l'hôpital. Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique. juin 2010;9(3):157-62.
58. Harvard Catalyst. REDCap (Research Electronic Data Capture) [Internet]. The Harvard clinical and translational science center. [cité 6 sept 2015]. Disponible sur : <https://catalyst.harvard.edu/services/redcap/>
59. Saisto T, Kaaja R, Ylikorkala O, Halmesmäki E. Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. Pain. août 2001;93(2):123-7.
60. Abrishami A, Chan J, Chung F, Wong J. Preoperative Pain Sensitivity and Its Correlation with Postoperative Pain and Analgesic Consumption : A Qualitative Systematic Review. Anesthesiology. févr 2011;114(2):445-57.
61. Carvalho B, Zheng M, Tagaloa LA-L. Evaluation of experimental pain tests to predict labour pain and epidural analgesic consumption. Br J Anaesth. 4 janv 2013;110(4):600-6.



62. Hawkins J, Arens J, Bucklin B. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia : An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology*. avr 2007;106(4):843-63.
63. Plans douleur [Internet]. SFETD - Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. [cité 30 janv 2016]. Disponible sur : <http://www.sfetd-douleur.org/plans-douleur>
64. Jone L, Othman M, Dowswell T. Pain management for women in labour : an overview of systematic reviews. 31 oct 2011;3.
65. Bonapace J, Savoie, Chaillet, Gaumond I, Marchand S. Evaluation of the Bonapace Method : a specific educational intervention to reduce pain during childbirth. *Journal of Pain Research*. sept 2013;653.
66. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowthe CA. Relaxation techniques for pain management in labour. 19 mai 2011;12.
67. Chuntharapat S, Petpichetchian W, Hatthakit U. Yoga during pregnancy : Effects on maternal comfort, labor pain and birth outcomes. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. mai 2008;14(2):105-15.
68. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. In : *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cité 30 janv 2016]. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/sicd.clermont-universite.fr/doi/10.1002/14651858.CD009290.pub2/abstract>
69. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. 2009. 19 nov 2008;2.
70. Dowswell T, Bedwel C, Lavender T, Neilson JP. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain relief in labour. 29 nov 2008;2.

71. Barragán Loayza I, Solà I, Juandó Prats C. Biofeedback for pain management during labour. 2011. 3 avr 2011;6.
72. Derry S, Straube S, Moore RA. Intracutaneous or subcutaneous sterile water injection compared with blinded controls for pain management in labour. 13 oct 2011;1.
73. Hjelmstedt A, Shenoy ST, Stener-Victorin E, Lekander M, Bhat M, Balakumaran L, et al. Acupressure to reduce labor pain : a randomized controlled trial. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 1 nov 2010;89(11):1453-9.
74. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. In : *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [cité 30 janv 2016]. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/sicd.clermont-universite.fr/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub4/abstract>
75. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. In : *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [cité 30 janv 2016]. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/sicd.clermont-universite.fr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub5/abstract>
76. Smith CA, Collins CT, Crowther CA. Aromatherapy for pain management in labour. 29 avr 2011;8.
77. Bienvenu M, Roger L, Andreu-Gallien J, Thiollier A-F, Ignace I, Oury J-F, et al. L'hypnose pour accompagner la grossesse et l'accouchement : travail hospitalier de préparation à la naissance. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*. oct 2013;14(5):250-4.

# **ANNEXES**

## Annexe I : Questionnaire de satisfaction des patientes hospitalisées au sein de la maternité de niveau III du CHU de la région Auvergne



### ETES-VOUS SATISFAITE DE LA MATERNITE du CHU Estaing ?

C'est ce que nous cherchons à savoir.

Pour cela nous avons besoin que vous acceptiez de consacrer quelques minutes au questionnaire suivant, qui est **totalelement anonyme**.

#### COMMENT REpondre ?

Les questions qui suivent portent sur le suivi de votre grossesse, votre accouchement, votre séjour à la maternité et votre retour à domicile, **tels que vous les ressentez**. Ces informations nous permettront de savoir comment vous percevez les soins que nous effectuons afin de les améliorer.

Vous verrez que ce questionnaire comporte 5 parties : la grossesse, l'accouchement, l'hospitalisation, le retour à domicile et une série de questions sur l'ensemble de la prise en charge.

**Veillez répondre** à toutes les questions **en cochant la case correspondant à la réponse choisie**, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez **la réponse la plus proche de votre situation**.

Attention ! Ce questionnaire est **recto verso**.

**Nous vous remercions d'avance pour votre collaboration.**

Questionnaire élaboré par : L'ASSOCIATION DES SAGES-FEMMES CADRES D'Auvergne et  
L'UNITE D'EVALUATION MEDICALE du service de Santé Publique du CHU de Clermont-Ferrand  
Contact : 04 73 75 03 55 lgerbaud@chu-clermontferrand.fr

/

## PREAMBULE

Les 3 questions qui suivent nous permettent de mieux comprendre vos réponses aux autres questions.

**a - Quel âge (en semaines) a votre bébé aujourd'hui ?** \_\_\_\_\_ semaines

**b - Quel âge avez-vous ?**

20 ans ou moins  
Entre 21 et 25 ans  
Entre 26 et 30 ans

Entre 31 et 35 ans  
Entre 36 et 39 ans  
40 ans ou plus

**c - Cet accouchement était votre :**

Premier accouchement  
Second accouchement  
Troisième accouchement

Quatrième accouchement  
Cinquième accouchement ou plus

---

## VOICI MAINTENANT LE QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

**1 - J'ai accouché dans l'établissement de mon choix :**

oui .....

non .....

je n'avais pas de préférence .....

---

Vous avez la possibilité de faire des commentaires : \_\_\_\_\_

-----

-----

-----

## PENDANT LA GROSSESSE

**2 – Pour vous rendre à la maternité en transports en commun (horaires, arrêt de bus ...) ou en voiture (stationnement, fléchage...) vous avez rencontré des difficultés :**

toujours .....  
 souvent .....  
 quelquefois .....  
 jamais .....

**3 - Les démarches administratives sont faites sans attente et avec amabilité :**

plutôt oui .....  
 ni oui ni non .....  
 plutôt non .....

**4 - Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :**

(entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Totalement vraie	Plutôt vraie	Ni vraie ni fausse	Plutôt fausse	Totalement fausse	Non concernée
4.a – J’ai pu me repérer facilement dans la maternité.						
4.b – Lorsque j’ai téléphoné à la maternité, j’ai obtenu rapidement la personne ou l’information utile.						

**5 – Le suivi de ma grossesse a été fait :**

à l’hôpital .....  
 en dehors de l’hôpital .....  
 les deux .....  
 je n’ai pas été suivie .....

***Si votre grossesse n’a pas été suivie à l’hôpital, ne répondez pas aux 7 questions suivantes et passez directement à la question n°13 , chapitre accouchement.***

Vous avez la possibilité de faire des commentaires : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**6.a – A l'hôpital, j'ai pu choisir la ou les personnes que je souhaitais pour suivre ma grossesse :**

oui .....  
je n'avais pas de préférence .....  
non .....

**6.b - Si non :**

cela n'a pas eu d'importance .....  
je l'ai regretté .....

**7 – Je trouve que mes rendez-vous (échographie, médecin, sage-femme, anesthésiste...) auraient dû être mieux regroupés :**

oui .....  
ni oui ni non .....  
non, je préfère des rendez-vous espacés .....  
non, mes rendez-vous étaient très bien regroupés .

**8 - Les horaires de rendez-vous sont respectés :**

toujours .....  
souvent .....  
quelquefois .....  
jamais .....

**9 – Lorsque vous avez dû attendre en consultation, le temps d'attente est resté acceptable :**

toujours .....  
souvent .....  
quelquefois .....  
jamais .....

Vous avez la possibilité de faire des commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**10 - Dans la salle d'attente ou au secrétariat, il vous est arrivé d'être gênée par :**

(entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Toujours	Souvent	Quelquefois	Jamais
10.a - le manque de discrétion du personnel				
10.b - le manque de confort.				

**11 – Les conditions des consultations ont permis de respecter votre intimité :**

toujours .....  
souvent .....  
quelquefois .....  
jamais .....

**12 – Indiquez pour les phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :**

**12.a- Pendant ma grossesse, lorsque j'ai eu mal (au dos, aux jambes...), je trouve que mes douleurs ont été soulagées par des conseils ou un traitement :**

totalelement vraie .....  
plutôt vraie .....  
ni vraie ni fausse.....  
plutôt fausse .....  
totalelement fausse.....  
je n'ai eu aucune douleur (ou légères douleurs passagères).

**12.b - J'ai été informée et aidée pour adapter mon alimentation pendant la grossesse**

totalelement vraie .....  
plutôt vraie .....  
ni vraie ni fausse.....  
plutôt fausse .....  
totalelement fausse.....

Vous avez la possibilité de faire des commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## L'ACCOUCHEMENT

### 13 - La préparation à l'accouchement :

(entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Oui	En partie	Non
13.a – J'ai été informée des différentes préparations proposées à la maternité.			
13.b – J'ai pu suivre une préparation à <u>la maternité</u>			
13.c – J'ai pu suivre une préparation à <u>l'extérieur de la maternité</u>			
13.d – J'ai été satisfaite de ma préparation.			

### 14 - Pour accoucher, je suis arrivée :

(entourez la bonne réponse, une seule dans le tableau)

	Entre 8 heures et 18 heures	Entre 18 heures et 8 heures
un lundi, mardi, mercredi, jeudi ou vendredi.		
un samedi ou dimanche (ou un férié).		

### 15 – Lorsque je suis arrivée pour accoucher, j'ai été bien accueillie :

totalement vrai .....  
 plutôt vrai .....  
 ni vrai ni faux .....  
 plutôt faux .....  
 totalement faux .....

### 16 – J'ai trouvé la salle d'accouchement confortable :

plus que je ne le souhaitais .....  
 comme je le souhaitais .....  
 moins que je ne le souhaitais .....

Vous avez la possibilité de faire des commentaires : \_\_\_\_\_

-----  
 -----  
 -----

**17 - Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas.**

(entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

<b>En salle de naissance (ou salle d'accouchement) :</b>	Totalement vraie	Plutôt vraie	Ni vraie ni fausse	Plutôt fausse	Totalement fausse	Ne sais pas ou non concernée
17.a - Je me suis sentie bien surveillée <u>avant</u> la naissance.						
17.b - L'équipe était attentive aux préoccupations de mon conjoint.						
17.c - L'équipe a bien pris en compte ma douleur.						
17.d - Je me suis sentie bien prise en charge <u>au moment</u> de la naissance.						
17.e - Je me suis sentie bien prise en charge dans les heures <u>suivant</u> la naissance.						

**18.a - J'ai eu une péridurale (piqûre dans le dos contre la douleur) :**

oui et j'en souhaitais .....

oui alors que je n'en souhaitais pas .....

non je n'en souhaitais pas .....

non je n'en ai pas eu alors que j'en souhaitais .

**18.b - Si réponse 2 ou 4 :**

cela n'a pas eu d'importance .....

je l'ai regretté .....

**19 - Pour l'accouchement, ma prise en charge a été :**

très satisfaisante .....

assez satisfaisante .....

moyennement satisfaisante .....

assez insatisfaisante .....

très insatisfaisante .....

Vous avez la possibilité de faire des commentaires : \_\_\_\_\_

-----

-----

-----

## LE SEJOUR A LA MATERNITE

**20 - Pour chaque question, merci d'indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée :**

(entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Oui	Ni oui ni non	Non
20.a - J'ai trouvé ma chambre trop bruyante.			
20.b - J'ai trouvé ma chambre suffisamment intime.			
20.c - J'ai trouvé les sanitaires (douches, WC) toujours propres.			
20.d - Les horaires des repas me convenaient.			
20.e - On m'a demandé si j'avais des idées ou des souhaits précis sur l'alimentation, le sommeil pour moi-même ou pour mon bébé.			
20.f - Il m'est arrivé de manquer d'informations sur le fonctionnement du service .			

**21 - Pour chaque question, merci d'indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée :**

(entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Toujours	Souvent	Quelquefois	Jamais
21.a - J'ai été choquée par le ton ou des mots employés par le personnel soignant et/ou les médecins.				
21.b - J'ai pu dormir et me reposer autant que je le souhaitais.				

Vous avez la possibilité de faire des commentaires : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**22 - Pour chaque question, merci d'indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée :**

(entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Oui	Ni oui ni non	Non	Non concernée
22.a - J'ai pu avoir l'intimité que je souhaitais avec mon conjoint.				
22.b - Mon conjoint a été associé aux soins du bébé dans la mesure où il le souhaitait.				
22.c - J'ai pu faire garder mon bébé chaque fois que je le souhaitais.				
22.d - Dans le service, j'ai été séparée de mon bébé alors que j'aurais préféré rester avec lui (nuit, couveuse).				
22.e - Le pédiatre m'a toujours donné les explications utiles sur l'état de santé de mon bébé.				

**23 - En ce qui concerne l'alimentation de mon bébé (allaitement au sein ou au biberon), je me suis sentie soutenue par le personnel :**

- en permanence .....
- souvent .....
- quelquefois .....
- jamais .....

**24.a – Pendant le séjour à la maternité :**

- j'ai nourri mon bébé uniquement au biberon ...
- j'ai allaité mon bébé au sein .....

**24.b – Si réponse 2 :**

**J'ai pu allaiter mon bébé au sein d'une manière qui me convenait :**

- oui .....
- ni oui ni non .....
- non .....
- je ne voulais pas allaiter .....

**25 - Par rapport à mes besoins et à ceux de mon enfant, j'ai trouvé la durée d'hospitalisation :**

- trop courte .....
- correcte .....
- trop longue .....
- je ne sais pas .....

Vous avez la possibilité de faire des commentaires : \_\_\_\_\_

-----  
 -----  
 -----

## LE RETOUR A DOMICILE

**26 - Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :**

(entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Plutôt vraie	Ni vraie ni fausse	Plutôt fausse
26a - En rentrant à la maison, j'avais les informations utiles pour m'occuper du bébé comme je le souhaitais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26b - En rentrant à la maison, mon conjoint avait les informations utiles pour s'occuper du bébé comme il le souhaitait.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**27 - J'ai pu suivre les conseils et prescriptions que l'on m'a donnés pour :**

(entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Oui	Non	Je n'ai reçu ni conseil ni prescription	Je n'en n'avais pas besoin
27.a - effectuer les soins liés à mon état (épisiotomie, césarienne par exemple).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.b - adopter une contraception après l'accouchement adaptée à mes besoins.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.c - programmer une rééducation du périnée pour éviter les fuites urinaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.d - bien vivre mon retour à la maison (repos, détente, organisation...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**28.a - A la maison**

j'ai nourri mon bébé uniquement au biberon ...

j'ai allaité mon bébé au sein .....

**28.b - Si réponse 2 :**

**Je trouve que l'allaitement au sein de mon bébé s'est bien passé ou se passe bien :**

oui .....

ni oui ni non .....

non .....

je ne voulais pas allaiter .....

Vous avez la possibilité de faire des commentaires : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## SUR L'ENSEMBLE DE VOTRE SUIVI A L'HOPITAL :

**29 - Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :**

(entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Totalement vraie	Plutôt vraie	Ni vraie ni fausse	Plutôt fausse	Totalement fausse
29.a - J'ai eu suffisamment d'informations sur les conséquences du tabac sur la santé.					
29.b - J'ai toujours eu rapidement les explications que je souhaitais sur l'état de santé de mon bébé.					
29.c - Les informations que j'ai reçues de différentes personnes allaient dans le même sens.					
29.d - J'ai trouvé qu'il y avait une bonne coordination entre les différentes personnes qui m'ont prise en charge.					
29.e - Il m'est arrivé de trouver que le personnel manquait de discrétion quant aux informations médicales.					
29.f - Le médecin m'accordait autant d'attention que je le souhaitais.					
29.g - La sage-femme m'accordait autant d'attention que je le souhaitais.					
29.h - Dans l'ensemble, j'ai trouvé que le personnel faisait preuve de discrétion.					

Vous avez la possibilité de faire des commentaires : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**30 - Ma prise en charge par le service de la maternité a été :**

très satisfaisante .....  
assez satisfaisante .....  
moyennement satisfaisante .....  
assez insatisfaisante .....  
très insatisfaisante .....

**31 - Mon conjoint en est :**

très satisfait .....  
assez satisfait .....  
moyennement satisfait .....  
assez insatisfait .....  
très insatisfait .....

**32 - Je conseillerais à une amie de venir accoucher ici :**

oui tout à fait .....  
plutôt oui .....  
ni oui ni non .....  
plutôt non .....  
non absolument pas .....

***Merci de votre collaboration.***

**Si vous souhaitez nous laisser un commentaire, vous pouvez le faire en utilisant le reste de cette feuille :**

**Annexe II : Formulaire d'information et questionnaire du pré-partum**

**Analgésie Obstétricale de la  
Maternité de l'Hôpital Estaing :  
Base de données prospective**



**Etiquette patient :**

**Questionnaire avant accouchement**

*(Merci de le mettre dans le dossier d'anesthésie)*

**Identification n° :.....**

**Date: |\_\_| |\_\_| |\_\_|**

*Cadre réservé à l'enregistrement.*



## INFORMATION MEDICALE

### **Etude portant sur l'évaluation de la douleur lors de l'accouchement et la qualité de sa prise en charge**

Chère Madame,

L'équipe d'anesthésie obstétricale du CHU Estaing travaille sur l'évaluation de la douleur de l'accouchement et sur sa prise en charge. Elle a pour ceci organisé une étude qui consiste à recueillir un ensemble de données de santé puis à les analyser, à finalité d'amélioration de la qualité des soins et de recherche. Le but de la recherche est notamment d'identifier des facteurs prédictifs d'un soulagement insatisfaisant du travail, afin dans le futur d'adapter la pratique au profil du patient.

Cette étude comprend trois parties, la première est un questionnaire à remplir au moment de la consultation d'anesthésie ou avant l'accouchement, la seconde un recueil de données concernant la prise en charge de l'analgésie pendant votre accouchement, et la troisième un questionnaire à remplir dans le service de suites de couches. Le recueil des données est anonyme.

Vous êtes libre ou non de participer à l'enquête (questionnaire) avant accouchement, de même que, conformément à la loi Informatique et Libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification pour les informations vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant au Dr Storme, responsable du projet, dont les coordonnées sont en bas de ce document.

En aucun cas, votre refus à la participation ou à l'exploitation de ces données n'altèrera la qualité des soins qui vous sont prodigués.

Si vous acceptez de participer, pouvez-vous, s'il vous plait, remplir ce premier questionnaire et le remettre à l'anesthésiste lors de votre consultation ou à la sage-femme lors de votre admission en salle de naissance ?

En vous remerciant, cordialement.

*Dr Brigitte STORME*  
*Anesthésie-Réanimation en Gynécologie-Obstétrique (Pr Bazin)*  
*Service d'Obstétrique (Pr Lémery & Gallot)*  
*Pôles GORH & PRI*  
*CHU de Clermont-Ferrand (CHU Estaing)*  
*63058 Clermont-Ferrand Cedex 1*

## **Questionnaire n°1**

Les questions suivantes portent sur vos émotions. Lisez chaque question et cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

Votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

### 1- Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :

- La plupart du temps
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

### 2- Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- Oui, tout autant
- Pas autant
- Un peu seulement
- Presque plus

### 3- J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- Oui très nettement
- Oui, mais ce n'est pas trop grave
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- Pas du tout

### 4- Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- Autant que par le passé
- Plus autant qu'avant
- Vraiment moins qu'avant
- Plus du tout

### 5- Je me fais du souci :

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Très occasionnellement

6- Je suis de bonne humeur :

- Jamais
- Rarement
- Assez souvent
- La plupart du temps

7- Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :

- Oui, quoi qu'il arrive
- Oui, en général
- Rarement
- Jamais

8- J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- Presque toujours
- Très souvent
- Parfois
- Jamais

9- J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- Jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Très souvent

10- Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- Plus du tout
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- J'y prête autant d'attention que par le passé

11- J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- Oui, c'est tout à fait le cas
- Un peu
- Pas tellement
- Pas du tout

12- Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

- Autant qu'avant
- Un peu moins qu'avant
- Bien moins qu'avant
- Presque jamais

13- J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- Vraiment très souvent
- Assez souvent
- Pas très souvent
- Jamais

14- Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Très rarement

## Questionnaire n°2

Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, merci d'indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée.

Au cours de ces 4 dernières semaines, y-a-t-il eu des moments où :

1 - Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) :

- En permanence
- Très souvent
- Souvent
- Quelquefois
- Rarement
- Jamais

2 - Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral :

- En permanence
- Très souvent
- Souvent
- Quelquefois
- Rarement
- Jamais

3 - Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) :

- En permanence
- Très souvent
- Souvent
- Quelquefois
- Rarement
- Jamais

4 - Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) :

- En permanence
- Très souvent
- Souvent
- Quelquefois
- Rarement
- Jamais

5 - Vous vous êtes senti(e) heureux(se) :

- En permanence
- Très souvent
- Souvent
- Quelquefois
- Rarement
- Jamais

### Questionnaire n°3

Q1. A quel niveau de douleur vous attendez-vous lors de l'accouchement ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

—————→

<b>Pas de douleur du tout</b>	<b>La pire douleur imaginable</b>
-------------------------------	-----------------------------------

*Entourer le chiffre correspondant*

.....

Q2. Pensez-vous qu'un soulagement efficace de la douleur puisse améliorer le déroulement de l'accouchement ?

<b>Non, pas du tout</b>	<b>Plutôt non</b>	<b>Ni oui, ni non</b>	<b>Plutôt oui</b>	<b>Oui, tout à fait</b>
-------------------------	-------------------	-----------------------	-------------------	-------------------------

*Entourer la case correspondante*

.....

Q3. Pensez-vous qu'un soulagement efficace de la douleur puisse gêner ou avoir des effets indésirables sur le déroulement de l'accouchement ?

<b>Non, pas du tout</b>	<b>Plutôt non</b>	<b>Ni oui, ni non</b>	<b>Plutôt oui</b>	<b>Oui, tout à fait</b>
-------------------------	-------------------	-----------------------	-------------------	-------------------------

*Entourer la case correspondante*

.....

Q4. Etes-vous d'accord avec l'idée d'être médicalement soulagée pour la douleur de l'accouchement (péridurale, par exemple) ?

<b>Non, pas du tout</b>	<b>Plutôt non</b>	<b>Ni oui, ni non</b>	<b>Plutôt oui</b>	<b>Oui, tout à fait</b>
-------------------------	-------------------	-----------------------	-------------------	-------------------------

*Entourer la case correspondante*

.....

Q5. Avez-vous déjà eu une péridurale pour un accouchement ?

**OUI**       **NON**

Si OUI, en avez-vous été globalement satisfaite ?

**OUI**       **NON**

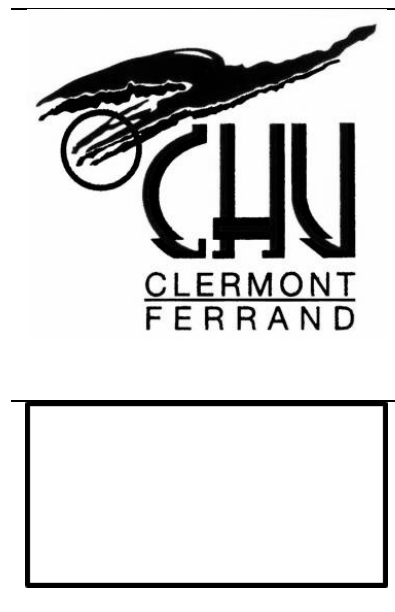
Ajoutez ci-dessous les commentaires que vous souhaitez exprimer sur ce point (motif d'insatisfaction, de satisfaction...):

**MERCI !**



**Annexe III : Questionnaire du péri-partum**

**Analgésie Obstétricale de la  
Maternité de l'Hôpital Estaing :  
Base de données prospective**



**Etiquette patient :**

**Données cliniques du péri-partum**

**Identification n° :.....**

**Date: |\_\_| |\_\_| |\_\_|**

*Cadre réservé à l'enregistrement.*

### Données démographiques

<b>Identifiant I2000</b>	
<b>Date de Naissance</b>	__ / __ / ____
<b>Date de l'accouchement</b>	__ / __ / ____
<b>Situation maritale</b>	célibataire <input type="checkbox"/> mariée <input type="checkbox"/> divorcée <input type="checkbox"/> veuve <input type="checkbox"/> concubinage <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/>
<b>Présence du père de l'enfant</b>	
<i>pendant la grossesse</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<i>le jour d'accouchement</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Situation socioprofessionnelle</b>	
<i>Parturiente</i>	
<i>Conjoint</i>	
<b>Sécurité sociale</b>	Normale <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/>

### Données cliniques pré-partum

<b>Consultation d'anesthésie réalisée ?</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Date de la consultation d'anesthésie</b>	-- / -- / -----
<b>Questionnaire pré-anesthésique rempli ?</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Lieu de consultation</b>	salle de consultation <input type="checkbox"/> GHR <input type="checkbox"/> juste avant déclenchement <input type="checkbox"/>

### Antécédents

**Médicaux**

**Chirurgicaux**

**Obstétricaux**

<b>Gestité</b>	
<b>Parité</b>	
<b>Césarienne</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Complications</b>	
<i>péridurale pour le travail</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<i>péridurale pour césarienne</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<i>autres antécédents notables</i>	
<b>Mécanisme de la grossesse actuelle</b>	spontanée <input type="checkbox"/> PMA <input type="checkbox"/>
<b>Grossesse désirée ?</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Préparation à la naissance</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Si oui de quel type ?</b>	
<b>Rédaction d'un projet de naissance (Si oui joindre la photocopie)</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Poids (kg)</b>	
<b>avant la grossesse</b>	
<b>juste avant l'accouchement</b>	
<b>Taille (cm)</b>	
<b>Terme de la grossesse (SA)</b>	
<b>Nombre de fœtus</b>	
<b>Présentation du fœtus, si unique</b>	céphalique <input type="checkbox"/> siège <input type="checkbox"/> transverse <input type="checkbox"/>
<b>Existence d'une pathologie de la grossesse</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<i>Si oui : préciser</i>	

### Déclenchement

<b>Type d'accouchement</b>	spontané <input type="checkbox"/>	provoqué <input type="checkbox"/>
<b>Si provoqué</b>		
<b>Syntocinon®</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Propess®</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Gel de Prostine®</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Ballonnet</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Durée du déclenchement entre induction de l'accouchement et induction de l'analgésie (min)</b>		
<b>Analgésie préalable type nalbuphine ?</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<i>Si oui : préciser</i>		

## Travail

<b>Durée du travail (min)</b>	
<b>Perfusion de Syntocinon®</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Complications pendant le travail</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<i>Si oui : préciser</i>	

### Analgésie du travail

<b>Dilatation cervicale à l'induction (cm)</b>	
<b>Qualification du médecin intervenant</b>	Sénior <input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/>
<b>Moment de l'induction</b>	jour ouvré <input type="checkbox"/> jour de garde <input type="checkbox"/> nuit = [18h – 8h] <input type="checkbox"/>
<b>Heure de l'induction (hh:mm)</b>	_ _ : _ _
<b>Personnes présentes</b>	
<i>Médecin AR ?</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<i>IADE ?</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<i>Sage-femme ?</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<i>Elève IADE ?</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<i>Elève Sage-femme ?</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Type d'analgésie</b>	péridurale <input type="checkbox"/> rachi-péridurale <input type="checkbox"/> systémique <input type="checkbox"/> inhalatoire <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>
<b>Délai écoulé entre induction et soulagement c.à.d. EN &lt; 3 (min)</b>	

### Si péridurale ou rachi-péridurale

<b>Nombre de ponctions nécessaires au total</b>	
<b>Profondeur de l'espace (cm)</b>	
<b>Anesthésique local péridural et concentration</b>	
<i>bupivacaïne</i>	<input type="checkbox"/> [ _ _ _ _ _ ] mg/ml
<i>ropivacaïne</i>	<input type="checkbox"/> [ _ _ _ _ _ ] mg/ml
<i>lévobupivacaïne</i>	<input type="checkbox"/> [ _ _ _ _ _ ] mg/ml

<b>Mode d'entretien péridural</b>	PCEA <input type="checkbox"/> PIEB <input type="checkbox"/>
<b>Concentration AL</b>	
<b>Volume bolus induction</b>	
<b>Volume total perfusé</b>	
<b>Opioïde péridural et dose</b>	
<i>fentanyl</i>	<input type="checkbox"/> [ _ _ _ _ _ ] µg/ml
<i>sufentanil</i>	<input type="checkbox"/> [ _ _ _ _ _ ] µg/ml
<b>clonidine péridurale et dose</b>	<input type="checkbox"/> [ _ _ _ _ _ ] µg
<b>Recours</b>	

**Si analgésie systémique, préciser produit et protocole :**

**Si autre, préciser :**



**Douleur [Echelle Numérique Simple de 0 à 10]**

<b>Douleur obstétricale (contractions)</b>		
	<b>EN</b>	<b>Commentaires (latéralisation point douloureux...)</b>
<b>A l'admission</b>		
<b>Juste avant l'induction de l'analgésie</b>		
<b>30 minutes après ALR</b>		
<b>A dilatation entre 6 et 8 cm</b>		
<b>A dilatation complète</b>		
<b>A l'expulsion</b>		
<b>Douleur induite par la ponction péridurale (dorsale)</b>		

**Régularité des contractions ?**

**Hypercinésies ?**

<b>En cas d'accouchement par voie basse, douleur</b>	
<b>A l'expulsion</b>	
<b>Lors de la délivrance (si voie basse)</b>	
<b>Lors de la suture d'épisiotomie ou de déchirure</b>	
<b>Le lendemain matin</b>	
<b>Le surlendemain matin</b>	
<b>Y a-t-il eu prise d'antalgiques depuis l'accouchement ? Si oui, lesquels, doses ?</b>	

## Accouchement

<b>Heure de l'accouchement (hh:mm)</b>	_ _ : _ _
<b>Type d'expulsion</b>	spontanée <input type="checkbox"/> manœuvres instrumentales <input type="checkbox"/> césarienne <input type="checkbox"/>
<b>Si manœuvres instrumentales : indication à préciser</b>	
<b>Si césarienne en cours de travail : indication à préciser</b>	
<b>Etat périnéal</b>	intact <input type="checkbox"/> épisiotomie <input type="checkbox"/> déchirure <input type="checkbox"/>
<b>Si épisiotomie ou déchirure, suture ?</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Durée du travail</b>	
<b>Poids du nouveau-né (g)</b>	
<b>Score d'Apgar du nouveau-né</b>	
<i>à 1 minute</i>	
<i>à 5 minutes</i>	
<i>à 10 minutes</i>	
<b>Mode de délivrance</b>	spontané <input type="checkbox"/> dirigé <input type="checkbox"/> artificiel <input type="checkbox"/>
<b>Heure de la délivrance (hh:mm)</b>	_ _ : _ _
<b>Complications du post-partum immédiat ?</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Si oui : préciser</b>	
<b>Complications du post-partum tardif ?</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Si oui : préciser</b>	

**Annexe IV : Questionnaire du post-partum**

**Analgésie Obstétricale de la  
Maternité de l'Hôpital Estaing :  
Base de données prospective**



**Etiquette patient :**

**Questionnaire post accouchement**

*(A remettre à l'étudiant qui vous l'a donné ou à la sage-femme du service avant votre sortie)*

**Identification n° :.....**

**Date: | \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ |**

*Cadre réservé à l'enregistrement.*

**Questionnaire bref post-partum à propos de l'analgésie du travail** (à remplir le lendemain ou le surlendemain de l'accouchement)

Avez-vous été déclenchée ?    Oui     Non

Si oui, comment ?

Q1. D'une façon générale, quelle est votre satisfaction vis-à-vis de la prise en charge de la douleur pour votre accouchement ?

<b>Pas du tout satisfaite</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>Extrêmement satisfaite</b>
-------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-------------------------------

*Entourer le chiffre correspondant*

De façon plus précise, quelle est votre satisfaction vis-à-vis des points suivants :

Q2. Rapidité du soulagement

<b>Pas du tout satisfaite</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>Extrêmement satisfaite</b>
-------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-------------------------------

*Entourer le chiffre correspondant*

Q3. Soulagement de la douleur lors des efforts de poussée

<b>Pas du tout satisfaite</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>Extrêmement satisfaite</b>
-------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-------------------------------

*Entourer le chiffre correspondant*

Q4. Possibilité de bouger pendant le travail

<b>Pas du tout satisfaite</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>Extrêmement satisfaite</b>
-------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-------------------------------

*Entourer le chiffre correspondant*

Q5. Sentiment de contrôler votre accouchement

<b>Pas du tout satisfaite</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>Extrêmement satisfaite</b>
-------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-------------------------------

*Entourer le chiffre correspondant*

Q6. Ecoute de la part des soignants

<b>Pas du tout satisfaite</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>Extrêmement satisfaite</b>
-------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-------------------------------

*Entourer le chiffre correspondant*

Q7. Si vous avez eu une péridurale, pouvez-vous coter la douleur ressentie à cause de la piqûre ?

<b>Aucune douleur</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>La pire douleur imaginable</b>
-----------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-----------------------------------

*Entourer le chiffre correspondant*

**Merci de signaler tout problème particulier non évoqué dans les précédentes questions :**

--

**MERCI !**

## Annexe V : Avis favorable du comité d'éthique des centres d'investigation clinique de l'inter région Rhône-Alpes-Auvergne

### Comité d'Ethique des Centres d'Investigation Clinique de l'inter-région Rhône-Alpes-Auvergne

Dr Jean-Luc Cracowski  
*Chair*  
 Centre de Grenoble  
 IRB n°0005921  
 cic@chu-grenoble.fr  
 Tél. 04 76 76 92 60  
 Fax 04 76 76 92 62

Dr Christian Dualé  
*Chair*  
 Centre de Clermont-Ferrand  
 IRB n°0005891  
 cduale@chu-clermontferrand.fr  
 Tél. 04.73.17.84.18  
 Fax 04.73.17.84.12

Dr Behrouz Kassai  
 CIC Lyon  
 bk@upel.univ-lyon1.fr  
 Tél. 04 72 35 72 31

Pr Hervé Decousus  
 CIC Saint Etienne  
 cic@chu-st-etienne.fr  
 Tél. 04 72 12 08 26  
 Fax 04 77 12 78 20



Grenoble, le 1/31/2014

Cher Confrère,

Nous vous prions de prendre connaissance de l'évaluation de votre projet présenté au Comité Technique du CIC en date du 1/31/2014. Cette décision a été rendue après revue de votre projet selon la loi Française sur la recherche biomédicale [1] et la Déclaration d'Helsinki de l'Association Médicale Mondiale [2].

[1] Chapitre Ier du titre II du livre Ier de la première partie du Code de la Santé Publique relatif aux recherches biomédicales.

[2] Déclaration d'Helsinki de l'Association Médicale Mondiale. Principes éthiques applicables aux recherches médicales sur des sujets humains [<http://www.wma.net/f/policy/b3.htm>].

Avec nos sentiments les meilleurs.

Dr Matthieu ROUSTIT – Pharmacien

Dr Jean-Luc CRACOWSKI - Médecin Délégué

Date de la réunion	1/31/2014
N° IRB	0005921
Membres du CT présents	Pr JL Bosson, Pr M Hommel, Pr JL Cacowski, Dr A Paris, Dr Roustit, Mme C Rolland, Mr N Gonnet, Mr C Mendoza, Mme S Rossignol,
Membres du CT excusés	Pr H Pelloux, Dr A Ego, Pr JF Payen, Dr G Bettega, Pr P Faure, Dr M Dematteis, Pr JL Pépin, Dr H Pelloux
Rapporteur du projet	Dr Anne EGO
Titre du projet soumis	AOMHE : Analgésie Obstétricale de la Maternité de l'Hôpital Estaing : Base de données prospective
Nom de l'investigateur principal	LEMERY
N° de dossier IRB	CE-CIC-GREN-CE-CIC-GREN-14-02
Service	CIC
CHU de rattachement	Grenoble
Autres destinataires du courrier	C Dualé

<b>Ethique concernant le projet : la recherche peut-elle être considérée comme observationnelle, c'est-à-dire réalisée strictement dans le cadre des soins usuels et recommandés ?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Commentaire</b> (détaillé ci-dessous)
Recueil des critères de jugement			
Utilisation des médicaments / dispositifs médicaux (AMM / marquage CE)			
Modalités de surveillance prévues (consultations, visites...)			
Autre pratique			
<b>Le renseignement en « non » d'un item conduit à un reclassement en RBM / RSC / CEB (cf. infra).</b>			

<b>Information du participant : le participant à l'étude est-il loyalement informé ?</b> <i>NB : pour les études reprenant des données issues du soin intra-hospitalier, une information informelle par affichage est possible.</i>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Commentaire</b> (détaillé ci-dessous)
Nature de la finalité de la recherche			
Méthode employée pour prendre contact avec lui			
Catégorie de données traitées			
Possibilité d'opposition à la participation ou à l'exploitation des données			
Garantie de qualité des soins en cas de refus à la participation ou à l'exploitation des données			
Droit d'accès et de rectification pour les informations le concernant			

<b>Protection des données : l'étude est-elle conforme à la loi Informatique et Libertés ?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Commentaire</b> (détaillé ci-dessous)
Un transfert de données inter-établissement est-il prévu ?			
Le fichier original contenant l'information nominative est-il protégé selon une procédure décrite ?			
L'anonymisation des données sur le fichier d'exploitation est-elle prévue selon une procédure décrite ?			
La protection du secret médical est-elle garantie ?			
Y a-t-il des données sensibles au sens de la loi ?			



**Commentaires d'ordre méthodologique (facultatif) :**

- Il vaudrait mieux parler de critères d'inclusion, d'exclusion et de sorties d'étude, plutôt que de critères d'inclusion, non inclusion et exclusion
- Les perdues de vue ne doivent pas être exclues de l'analyse, même si analgésie et satisfaction ne pourront être mesurées chez ces patientes. Leurs caractéristiques initiales doivent être comparées à celles des femmes suivies, l'attrition de l'échantillon pouvant être source de biais.
- Le type d'analgésie obstétricale n'apparaît pas clairement dans la liste des variables recueillies (paragraphe D) alors que c'est un facteur important
- Le tirage au sort des patientes pour l'enquête de satisfaction n'est pas détaillé

<b>Recommandations « Informatique et Libertés »</b>	
Non applicable : autorisation déjà obtenue et conforme	
Pas de nécessité de déclaration de fichier nominatif	
Déclaration simple de fichier nominatif	
Déclaration simple de fichier nominatif + avis CCTIRS	<b>X</b>
RBM / CEB : non applicable (méthodologie de référence)	

<b>Décision du CECIC</b>	
Avis consultatif favorable	<b>X</b>
Réserves de modifications à soumettre au CECIC	
Réserves majeures en termes d'éthique	
Reclassement en recherche biomédicale (RBM) avis CPP requis	
Reclassement en collection d'échantillons biologiques (CEB) avis CPP requis	
Reclassement en recherche sur les soins courants avis CPP requis	

En cas de publication de ce travail, voici une suggestion de formulation pour attester de l'obtention de l'avis favorable du CECIC Grenoble :

« *Un avis éthique consultatif favorable a été obtenu le (CECIC Rhône-Alpes-Auvergne, Grenoble, IRB 00005921) ».*

« *Study ethics approval was obtained on (CECIC Rhône-Alpes-Auvergne, Grenoble, IRB 5921) »*

## Annexe VI : Avis favorable du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS)



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE

Direction générale  
pour la recherche et l'innovation

Paris, le 12 février 2014

Comité consultatif sur le traitement de  
l'information en matière de recherche  
dans le domaine de la santé (CCTIRS)

Référence chrono : DGRI CCTIRS MG/CP°2014.102

Recommandé avec AR  
Numéro de dossier à rappeler dans toute  
correspondance : CCTIRS N° 14.092  
Vos réf. : -

Téléphone : 01 55 55 87 82

Mél. : michèle.guillemot@recherche.gouv.fr

Monsieur,

Conformément aux dispositions de la loi n° 94-548 du 1er juillet 1994, vous avez adressé au Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé, un projet de traitement automatisé de données nominatives relatif à une étude intitulée : « AOMHE - Analgésie Obstétricale de la Maternité de l'Hôpital Estaing (base de données prospective). ».

Après examen de votre dossier, le Comité consultatif a émis l'avis ci-joint.

Le Comité appelle par ailleurs votre attention sur le fait que toute modification ultérieure du projet que vous lui avez soumis doit être portée à sa connaissance par courrier postal incluant un dossier unique où **les éléments anciens** figurent en « barrés » et **les éléments nouveaux sont surlignés**.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations les meilleures.

Michèle GUILLEMOT  
Secrétaire générale du Comité

Monsieur Christian DUALÉ  
CHU Clermont-Ferrand  
CPC-CIC, Bâtiment 3C  
BP 69  
63003 CLERMONT-FERRAND Cedex 01

Copie à : Monsieur André SALAGNAC  
CHU Clermont-Ferrand  
DRCI  
58 rue Montalembert  
63003 CLERMONT-FERRAND Cedex 01

Nichy



MINISTÈRE  
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET DE LA RECHERCHE

DIRECTION GÉNÉRALE POUR LA RECHERCHE  
ET L'INNOVATION

Comité consultatif sur le traitement de l'information  
en matière de recherche dans le domaine de la santé

Dossier n° 14.092

Intitulé de la demande : AOMHE - Analgésie Obstétricale de la Maternité de l'Hôpital Estaing  
(base de données prospective).

Responsable scientifique : Christian DUALÉ  
CHU Clermont-Ferrand  
CPC-CIC, Bâtiment 3C  
BP 69  
63003 CLERMONT-FERRAND Cedex 01

Demandeur : André SALAGNAC  
CHU Clermont-Ferrand  
DRCI  
58 rue Montalembert  
63003 CLERMONT-FERRAND Cedex 01

Dossier reçu le : 17.12.13

Dossier examiné le : 6 février 2014

Avis du Comité consultatif :

**Avis favorable**

Toutefois, le Comité demande de

- ne conserver dans le CRF que le mois et année de naissance ou, mieux, ne conserver que l'âge,
- ajouter dans chaque questionnaire la date de l'entretien et le code sujet,
- expliquer l'objectif de l'étude dans la notice d'information,
- modifier la lettre d'information en supprimant la notion d'anonymat et en la remplaçant par celle de confidentialité utilisant un numéro d'étude codé sans mention des nom et prénom. Pour que les données soient utilisées et archivées de façon « totalement anonymes » comme le mentionne la note d'information, il faudrait a/ remplacer le numéro patient du CHU (identifiant) par un numéro propre à l'étude une fois que la base de données est constituée et supprimer toute liste de correspondance,
- b/ retirer toutes les dates, et les remplacer par le calcul des délais nécessaires à l'étude,
- c/ dans ce cas, lorsque la base est vraiment anonyme, il n'est plus possible d'exercer les droits d'accès, de rectification et d'opposition de la loi Informatique et Libertés,
- joindre l'avis du comité d'Éthique dans le dossier qui sera transmis à la CNIL,
- mentionner dans la note d'information que les patientes peuvent être informées des résultats globaux de l'étude si elles le souhaitent.

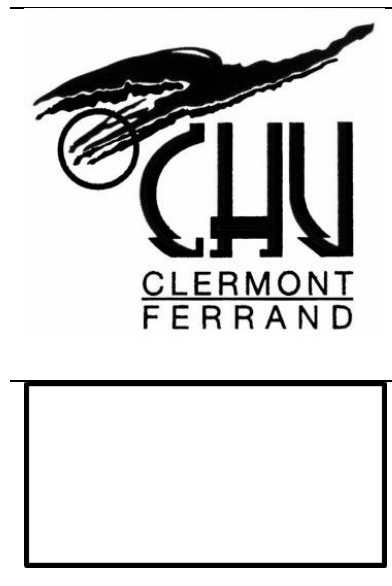
Fait à Paris, le 12 février 2014

Jean-Louis Serre  
Président du Comité consultatif

## Annexe VII : Suggestions de modifications du questionnaire pré-partum

Les modifications seront suggérées par un **surlignage jaune**.

**Analgésie Obstétricale de la  
Maternité de l'Hôpital Estaing :  
Base de données prospective**



**Etiquette patient :**

### **Questionnaire avant accouchement**

*(Merci de le mettre dans le dossier d'anesthésie)*

**Identification n° :.....**

**Date: |\_\_| |\_\_| |\_\_|**

***Cadre réservé à l'enregistrement.***

## INFORMATION MEDICALE

### **Etude portant sur l'évaluation de la douleur lors de l'accouchement et la qualité de sa prise en charge**

Chère Madame,

L'équipe d'anesthésie obstétricale du CHU Estaing travaille sur l'évaluation de la douleur de l'accouchement et sur sa prise en charge. Elle a pour ceci organisé une étude qui consiste à recueillir un ensemble de données de santé puis à les analyser, à finalité d'amélioration de la qualité des soins et de recherche. Le but de la recherche est notamment d'identifier des facteurs prédictifs d'un soulagement insatisfaisant du travail, afin dans le futur d'adapter la pratique au profil du patient.

Cette étude comprend trois parties, la première est un questionnaire à remplir au moment de la consultation d'anesthésie ou avant l'accouchement, la seconde un recueil de données concernant la prise en charge de l'analgésie pendant votre accouchement, et la troisième un questionnaire à remplir dans le service de suites de couches. Le recueil des données est anonyme.

Vous êtes libre ou non de participer à l'enquête (questionnaire) avant accouchement, de même que, conformément à la loi Informatique et Libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification pour les informations vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant au Dr Storme, responsable du projet, dont les coordonnées sont en bas de ce document.

En aucun cas, votre refus à la participation ou à l'exploitation de ces données n'altèrera la qualité des soins qui vous sont prodigués.

Si vous acceptez de participer, pouvez-vous, s'il vous plait, remplir ce premier questionnaire et le remettre à l'anesthésiste lors de votre consultation ou à la sage-femme lors de votre admission en salle de naissance ?

En vous remerciant, cordialement.

*Dr Brigitte STORME  
Anesthésie-Réanimation en Gynécologie-Obstétrique (Pr Bazin)  
Service d'Obstétrique (Pr Lémery & Gallot)  
Pôles GORH & PRI  
CHU de Clermont-Ferrand (CHU Estaing)  
63058 Clermont-Ferrand Cedex 1*

## **Questionnaire n°1**

Les questions suivantes portent sur vos émotions. Lisez chaque question et cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler.

Votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

### **1- Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :**

- La plupart du temps
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

### **2- Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :**

- Oui, tout autant
- Pas autant
- Un peu seulement
- Presque plus

### **3- J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :**

- Oui très nettement
- Oui, mais ce n'est pas trop grave
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- Pas du tout

### **4- Je ris facilement et vois le bon côté des choses :**

- Autant que par le passé
- Plus autant qu'avant
- Vraiment moins qu'avant
- Plus du tout

### **5- Je me fais du souci :**

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Très occasionnellement

### **6- Je suis de bonne humeur :**

- Jamais
- Rarement
- Assez souvent
- La plupart du temps

7- Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :

- Oui, quoi qu'il arrive
- Oui, en général
- Rarement
- Jamais

8- J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- Presque toujours
- Très souvent
- Parfois
- Jamais

9- J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- Jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Très souvent

10- Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- Plus du tout
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- J'y prête autant d'attention que par le passé

11- J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- Oui, c'est tout à fait le cas
- Un peu
- Pas tellement
- Pas du tout

12- Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

- Autant qu'avant
- Un peu moins qu'avant
- Bien moins qu'avant
- Presque jamais

13- J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- Vraiment très souvent
- Assez souvent
- Pas très souvent
- Jamais

14- Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Très rarement



## Questionnaire n°2

Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, merci d'indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée.

Au cours de ces 4 dernières semaines, y-a-t-il eu des moments où :

1 - Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) :

- En permanence
- Très souvent
- Souvent
- Quelquefois
- Rarement
- Jamais

2 - Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral :

- En permanence
- Très souvent
- Souvent
- Quelquefois
- Rarement
- Jamais

3 - Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) :

- En permanence
- Très souvent
- Souvent
- Quelquefois
- Rarement
- Jamais

4 - Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) :

- En permanence
- Très souvent
- Souvent
- Quelquefois
- Rarement
- Jamais

5 - Vous vous êtes senti(e) heureux(se) :

- En permanence
- Très souvent
- Souvent
- Quelquefois
- Rarement
- Jamais

### Questionnaire n°3

Q1. A quel niveau de douleur vous attendez-vous lors de l'accouchement ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

→

Pas de douleur du tout	La pire douleur imaginable
------------------------	----------------------------

*Entourer le chiffre correspondant*

.....

Q2. Pensez-vous qu'un soulagement efficace de la douleur puisse améliorer le déroulement de l'accouchement ?

Non, pas du tout	Plutôt non	Ni oui, ni non	Plutôt oui	Oui, tout à fait
------------------	------------	----------------	------------	------------------

*Entourer la case correspondante*

.....

Q3. Pensez-vous qu'un soulagement efficace de la douleur puisse gêner ou avoir des effets indésirables sur le déroulement de l'accouchement ?

Non, pas du tout	Plutôt non	Ni oui, ni non	Plutôt oui	Oui, tout à fait
------------------	------------	----------------	------------	------------------

*Entourer la case correspondante*

.....

Q4. Etes-vous d'accord avec l'idée d'être médicalement soulagée pour la douleur de l'accouchement (péridurale, par exemple) ?

Non, pas du tout	Plutôt non	Ni oui, ni non	Plutôt oui	Oui, tout à fait
------------------	------------	----------------	------------	------------------

*Entourer la case correspondante*

.....

Q5. Avez-vous déjà eu une péridurale pour un accouchement ?

OUI       NON

Si OUI, en avez-vous été globalement satisfaite ?

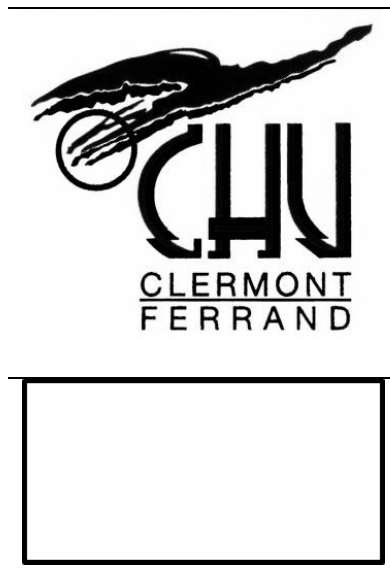
<b>Non, pas du tout</b>	<b>Plutôt non</b>	<b>Ni oui, ni non</b>	<b>Plutôt oui</b>	<b>Oui, tout à fait</b>
-------------------------	-------------------	-----------------------	-------------------	-------------------------

Ajoutez ci-dessous les commentaires que vous souhaitez exprimer sur ce point (motif d'insatisfaction, de satisfaction...) :

**MERCI !**

**Annexe VIII : Suggestions de modifications du questionnaire per-partum**

**Analgésie Obstétricale de la  
Maternité de l'Hôpital Estaing :  
Base de données prospective**



**Etiquette patient :**

**Données cliniques du péri-partum**

**Identification n° :.....**

**Date: |\_\_| |\_\_| |\_\_|**

***Cadre réservé à l'enregistrement.***

### Données démographiques

<b>Identifiant I2000</b>	
<b>Date de Naissance</b>	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<b>Date de l'accouchement</b>	_ _ / _ _ / _ _ _ _
<b>Situation maritale</b>	Célibataire <input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> Pacsée <input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Veuve <input type="checkbox"/>
<b>Situation familiale</b>	Seule <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
<b>Situation socioprofessionnelle</b>	
<i>Parturiante</i>	Agriculteurs <input type="checkbox"/> Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprises <input type="checkbox"/> Cadres et professions intellectuelles supérieures <input type="checkbox"/> Professions intermédiaires <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Ouvriers <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/>
<i>Conjoint</i>	Agriculteurs <input type="checkbox"/> Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprises <input type="checkbox"/> Cadres et professions intellectuelles supérieures <input type="checkbox"/> Professions intermédiaires <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Ouvriers <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/>
<b>Sécurité sociale</b>	Sécurité sociale seule <input type="checkbox"/> Sécurité sociale + mutuelle <input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/>

<b>Présence du père de l'enfant</b>	
<i>Pendant la grossesse</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<i>Le jour d'accouchement</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

**Données anesthésiques du pré-partum**

<b>Consultation d'anesthésie réalisée ?</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Date de la consultation d'anesthésie</b>	__ / __ / ____
<b>Questionnaire pré-anesthésique rempli ?</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Lieu de consultation</b>	Salle de consultation <input type="checkbox"/> GHR <input type="checkbox"/> Juste avant déclenchement <input type="checkbox"/>

## Antécédents

<b>Médicaux</b>	
<b>Poids avant la grossesse (kg)</b>	
<b>Taille (cm)</b>	
<b>Antécédents</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Traitement habituel</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Allergie</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Chirurgicaux</b>	
<b>Antécédents</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Gynécologiques</b>	
<b>Antécédents</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Obstétricaux</b>	
<b>Gestité</b>	
<b>Parité</b>	
<b>Antécédents</b>	Accouchement <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> Avortement spontané <input type="checkbox"/> Mort fœtale in utéro <input type="checkbox"/> Interruption médicale de grossesse <input type="checkbox"/> Grossesse extra-utérine <input type="checkbox"/> Môle <input type="checkbox"/> Césarienne <input type="checkbox"/> Extraction instrumentale <input type="checkbox"/> Aucun antécédent <input type="checkbox"/>
<b>Antécédent de péridurale</b>	Pour le travail <input type="checkbox"/> Pour césarienne <input type="checkbox"/> Pour une indication autre qu'obstétricale <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>



## Grossesse actuelle

Terme de la grossesse (SA)	
Poids juste avant l'accouchement	
Mécanisme de la grossesse actuelle	Spontanée <input type="checkbox"/> PMA <input type="checkbox"/>
Grossesse souhaitée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Préparation à la naissance	Classique <input type="checkbox"/> Piscine <input type="checkbox"/> Yoga <input type="checkbox"/> Sophrologie <input type="checkbox"/> Haptonomie <input type="checkbox"/> Hypnose <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rédaction d'un projet de naissance (Si oui joindre la photocopie)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nombre de fœtus	
Présentation du fœtus, si unique	Céphalique <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Transverse <input type="checkbox"/>
Existence d'une pathologie de la grossesse	Métrorragies <input type="checkbox"/> Menace d'accouchement prématuré <input type="checkbox"/> Rupture prématurée des membranes <input type="checkbox"/> < 37SA <input type="checkbox"/> Anomalies du liquide amniotique <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Protéinurie <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>

## Travail

Type de début de travail	Spontané <input type="checkbox"/> Provoqué <input type="checkbox"/>
Début de travail (jour et hh:mm)	--/--/----- --:--
Si provoqué	
<i>ocytocine-Syntocinon®</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<i>dinoprostone-Propess® 10mg</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<i>dinoprosone-gel de Prostine® 2mg</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<i>Ballonnet</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Analgésie préalable type <i>nalbuphine-Nubain®</i> ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Durée du travail (min)	
Perfusion d' <i>ocytocine-Syntocinon®</i> au cours du travail	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Complications pendant le travail	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

### Analgesie du travail

<b>Dilatation cervicale à l'induction (cm)</b>	
<b>Qualification du médecin intervenant</b>	Sénior <input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/>
<b>Moment de l'induction</b>	Jour ouvré <input type="checkbox"/> Jour de garde <input type="checkbox"/> Nuit = [19h – 7h] <input type="checkbox"/>
<b>Heure de l'induction (hh:mm)</b>	__ : __
<b>Personnes présentes</b>	
<i>Médecin AR ?</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<i>IADE ?</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<i>Sage-femme ?</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<i>Elève IADE ?</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<i>Elève Sage-femme ?</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Type d'analgésie</b>	Péridurale <input type="checkbox"/> Rachi-péridurale <input type="checkbox"/> Systémique <input type="checkbox"/> Inhalatoire <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
<b>Délai écoulé entre induction et soulagement (EN &lt; 3) (min)</b>	
<b>Délai entre déclenchement et induction de l'analgésie (min)</b>	

**Si péridurale ou rachi-péridurale**

<b>Nombre de ponctions nécessaires au total</b>	
<b>Profondeur de l'espace (cm)</b>	
<b>Anesthésique local péridural et concentration</b>	
<i>bupivacaïne</i>	<input type="checkbox"/> [ _ _ _ _ _ ] mg/ml
<i>ropivacaïne</i>	<input type="checkbox"/> [ _ _ _ _ _ ] mg/ml
<i>lévobupivacaïne</i>	<input type="checkbox"/> [ _ _ _ _ _ ] mg/ml
<b>Opiöide péridural et dose</b>	
<i>fentanyl</i>	<input type="checkbox"/> [ _ _ _ _ _ ] µg/ml
<i>sufentanil</i>	<input type="checkbox"/> [ _ _ _ _ _ ] µg/ml (0.45 ou 0.5)
<b>Mode d'entretien de la péridurale</b>	PCEA <input type="checkbox"/> PIB <input type="checkbox"/>
<b>Volume bolus induction (ml)</b>	
<b>Volume total perfusé (ml)</b>	
<b>Recours</b>	clonidine-Catapressan® <input type="checkbox"/> lidocaïne-Xylocaïne® <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> _ _ _ _ _

**Si analgésie systémique, préciser produit et protocole**

**Si autre, préciser**

**Douleur [Echelle Numérique de 0 à 10]**

	EN	Commentaires (latéralisation, point douloureux...)
<b>Juste avant l'induction de l'analgésie (douleur lors des CU)</b>		
<b>Douleur induite par la ponction péridurale (dorsale)</b>		
<b>30 minutes après l'analgésie (douleur lors des CU)</b>		
<b>A dilatation entre 6 et 8 cm (douleur lors des CU)</b>		
<b>A dilatation complète (douleur lors des CU)</b>		
<b>A l'expulsion (douleur expulsive)</b>		
<b>Lors de la délivrance</b>		
<b>Lors de la suture (si déchirure ou épisiotomie)</b>		
<b>Le lendemain matin</b>		
<b><i>Douleur périnéale</i></b>		
<b><i>Tranchées</i></b>		
<b>Le surlendemain matin</b>		
<b><i>Douleur périnéale</i></b>		
<b><i>Tranchées</i></b>		

## Complications anesthésiques

<b>Paresthésie lors de la pose</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Perforation</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Hypotension</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Péridurale asymétrique</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Bloc moteur/Incapacité à pousser</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

## Accouchement

Heure de l'accouchement (hh:mm)	_ _ : _ _
Durée du travail (min)	
Type d'expulsion	Spontanée <input type="checkbox"/> Manœuvres instrumentales <input type="checkbox"/> Césarienne <input type="checkbox"/>
Si Césarienne ou VBI, préciser l'indication	Cause maternelle <input type="checkbox"/> Cause fœtale <input type="checkbox"/>
Etat périnéal	Intact <input type="checkbox"/> Épisiotomie <input type="checkbox"/> Déchirure 1 <sup>er</sup> ou 2 <sup>ème</sup> degré <input type="checkbox"/> Déchirure 3 <sup>ème</sup> degré (périnée complet) <input type="checkbox"/> Déchirure 4 <sup>ème</sup> degré (périnée complet compliqué) <input type="checkbox"/>
Si épisiotomie ou déchirure, suture ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Mode de délivrance	Spontanée <input type="checkbox"/> Dirigée <input type="checkbox"/> Artificielle <input type="checkbox"/>
Heure de la délivrance (hh:mm)	_ _ : _ _

### Nouveau-né

Poids du nouveau-né (g)	
Percentile de croissance	
Allaitement	Maternel <input type="checkbox"/> Artificiel <input type="checkbox"/>
Score d'Apgar du nouveau-né	
	à 5 minutes
Hospitalisation du nouveau-né	Maternité <input type="checkbox"/> Nurserie <input type="checkbox"/> Unité Kangourou <input type="checkbox"/> Néonatalogie <input type="checkbox"/> Soins intensifs <input type="checkbox"/> Réanimation <input type="checkbox"/>

### Post-partum

Complications du post-partum immédiat ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Complications du post-partum tardif ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Prise d'antalgiques	
<i>paracetamol</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<i>ibuprofène</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<i>nefopam</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<i>autre</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Heure de la dernière prise d'un antalgique (hh:mm)	__ : __



**Annexe IX : Suggestions de modifications du questionnaire post-partum**

**Analgésie Obstétricale de la  
Maternité de l'Hôpital Estaing :  
Base de données prospective**



**Etiquette patient :**

**Questionnaire post accouchement**

*(A remettre à l'étudiant qui vous l'a donné avant votre sortie)*

**Identification n° :.....**

**Date: |\_\_| |\_\_| |\_\_|**

*Cadre réservé à l'enregistrement.*

## Questionnaire bref post-partum à propos de l'analgésie du travail

*Questionnaire à remplir avec la patiente le lendemain ou le surlendemain de l'accouchement :*

Q1 : Avez-vous été déclenchée ?    **Oui**     **Non**

Si oui, comment ?

<b>ocytocine-Syntocinon®</b>	<b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
<b>dinoprostone-Propess® 10mg</b>	<b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
<b>dinoprosone-Gel de Prostine® 2mg</b>	<b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>
<b>ballonnet</b>	<b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>

Q2. D'une façon générale, quelle est votre satisfaction vis-à-vis de la prise en charge de la douleur pour votre accouchement ?

**0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10**



**Pas du tout  
satisfaite**

**Extrêmement  
satisfaite**

*Entourer le chiffre correspondant*

De façon plus précise, quelle est votre satisfaction vis-à-vis des points suivants :

Q3. Rapidité du soulagement

**0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10**



**Pas du tout  
satisfaite**

**Extrêmement  
satisfaite**

*Entourer le chiffre correspondant*

Q4. Soulagement de la douleur lors des efforts de poussée

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



**Pas du tout  
satisfaite**

**Extrêmement  
satisfaite**

*Entourer le chiffre correspondant*

Q5. Sentiment de contrôler votre accouchement

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



**Pas du tout  
satisfaite**

**Extrêmement  
satisfaite**

*Entourer le chiffre correspondant*

Q6. Ecoute de la part des soignants

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



**Pas du tout  
satisfaite**

**Extrêmement  
satisfaite**

*Entourer le chiffre correspondant*

**Merci de signaler tout problème particulier non évoqué dans les précédentes questions :**

**MERCI**

## Annexe X : Plaquette d'information à destination des patientes concernant la gestion de la douleur de l'accouchement

### MOYENS DE SOULAGEMENT NATUREL ET PERIDURALE

Toutes les techniques de gestion de la douleur ne peuvent pas être appliquées simultanément à la péridurale. En effet, cette dernière impose, pour des raisons de sécurité, une position strictement allitée pendant toute sa durée. La baignoire, la station debout et la déambulation sont alors contre-indiquées une fois la péridurale posée. Cependant, de manière à pouvoir continuer de varier les positions pendant le travail, la sage-femme pourra proposer différentes positions compatibles avec la péridurale (allongée sur le côté, tailleur...)



### ACCES AUX DIFFERENTS MOYENS DE SOULAGEMENT

Ces méthodes peuvent être abordées durant les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (sept séances remboursées à 100% par l'assurance maternité). Ces séances sont réalisées par des sages-femmes de l'hôpital ou en cabinet libéral. En fonction du professionnel, différentes techniques seront proposées : respiration abdominale, sophrologie, postures pour se soulager, yoga, méthode Bonapace, piscine, hypnose ...

### POUR PLUS D'INFORMATIONS :

N'hésitez pas à vous informer auprès d'une sage-femme, d'un gynécologue-obstétricien ou d'un anesthésiste.

#### Plusieurs sites internet :

☞ Sur la méthode Bonapace :

[www.bonapace.com](http://www.bonapace.com)

☞ Sur la préparation à la naissance et à la parentalité :

[www.perinat-france.org](http://www.perinat-france.org)

Accueil > Grossesse > Accouchement, Césarienne > Préparation à la naissance

☞ Sur la péridurale :

[www.perinat-france.org](http://www.perinat-france.org)

Accueil > Grossesse > Accouchement, Césarienne > L'arrivée de bébé



### DIFFERENTS MOYENS

### POUR UNE MEILLEURE GESTION

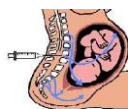
### DE LA DOULEUR

### AU COURS DU TRAVAIL

### ET DE L'ACCOUCHEMENT



## LA PERIDURALE :



Il s'agit d'une **méthode de soulagement médicamenteuse** de la douleur qui peut être mise en place par le médecin anesthésiste une fois le travail d'accouchement démarré. Un petit tuyau souple est mis en place dans le dos et délivre un produit analgésiant en continu.

L'**analgesie déambulatoire** a récemment été mise en place dans certaines maternités. C'est une péridurale qui permet de continuer à se mobiliser. Néanmoins la présence de quelques fils limite le périmètre de mobilisation. A partir d'une certaine dilatation, elle nécessite d'être de nouveau alitée. Elle peut être transformée en péridurale standard en réinjectant directement dans la perfusion.

## LES MOYENS NATURELS DE SOULAGEMENT:

### Pourquoi ?

☞ Parce que toutes les femmes ne souhaitent pas une péridurale. Une fois posée, elle ne permet plus de se déplacer, d'utiliser la baignoire de dilatation... De plus, la péridurale nécessite un monitoring continu, c'est-à-dire enregistrement en continu du rythme cardiaque du fœtus, de la tension artérielle maternelle...

☞ Parce que les douleurs de contraction peuvent commencer plusieurs heures avant le début du travail, et qu'il est alors trop tôt pour poser la péridurale.

☞ Parce que dans certains cas, il arrive que la péridurale ne soulage pas entièrement la douleur : travail très rapide, péridurale qui ne soulage qu'un côté du corps...

### Les différents moyens:

☞ Les techniques aidant à **se relaxer** permettent d'arriver à une meilleure gestion de la douleur pendant le travail.

**La respiration abdominale** entre les contractions permet de détendre l'ensemble du corps.

**Les massages**, notamment au niveau lombaire, participent à soulager les contractions se faisant ressentir dans le dos.



L'**immersion dans l'eau** (baignoire de dilatation) favorise le relâchement musculaire et plus généralement le relâchement du corps.



Il est important de se sentir en confiance pendant le travail d'accouchement, ce qui peut être favorisé par **la présence d'une personne rassurante** à ses côtés (conjoint, ami...).

☞ **Varier les positions** permet de trouver quelles sont les plus favorables à la détente et à la gestion des contractions. Cela peut notamment passer par la déambulation, le ballon, l'essai de différentes postures...



☞ **Le yoga, la sophrologie** (technique de relaxation basée sur des exercices de respiration et de gestion de la pensée), **l'hypnose** s'avèrent également être des outils pertinents pour se relaxer au cours du travail. Ces méthodes nécessitent une formation préalable à l'accouchement notamment lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.



☞ La méthode de **la seconde douleur** (voir méthode Bonapace) au moment de la contraction permet d'atténuer le ressenti de cette dernière. Différents stimuli douloureux sont réalisés au moment de la contraction (glaçon serré dans la main, massage douloureux de certains points, injection dorsale sous-cutanée d'eau stérile...)



## FRANÇAIS

**Objectif** : En 2014, sur la maternité de niveau III du CHU de la région Auvergne, 91,70% des femmes ont accouché avec une analgésie péridurale. Cependant, toutes les patientes ne sont pas encore entièrement satisfaites de la péridurale et la disparition de la douleur ne semble pas être la seule composante de cette satisfaction. L'objectif de ce travail était de déterminer quels étaient les déterminants de l'insatisfaction maternelle concernant l'analgésie péridurale. **Méthode** : Il s'agissait d'une étude observationnelle étiologique transversale mono centrique menée sur la maternité de niveau III du CHU de la région Auvergne. Ce mémoire s'inscrit dans le cadre du projet AOMHE conduit par le pôle d'anesthésie-réanimation du CHU. Les inclusions ont eu lieu du 4 novembre 2013 au 24 avril 2016. **Résultats** : Au total, 147 femmes ont été incluses. Les analyses ont porté sur 126 d'entre elles. Ces différents critères prédictifs d'insatisfaction maternelle sont ressortis suite à une analyse multivariée : la multiparité, les femmes avec un IMC > 30kg/m<sup>2</sup>, un score élevé à la question 3 du pré-partum, la présence de complications pendant le travail, une dilatation cervicale importante à l'induction de l'analgésie. **Conclusion** : La mise en place d'un score et d'un test prédictif d'insatisfaction maternelle concernant l'analgésie péridurale permettrait de repérer ces femmes en amont et d'adapter leur prise en charge (analgésie plus forte, analgésie déambulatoire, méthodes de soulagement non médicamenteuse...).

**Mots clés** : analgésie péridurale ; critères prédictifs ; insatisfaction.

## ANGLAIS

**Objective** : In 2014, in the level of maternity III of Auvergne region Hospital, 91.70% women gave birth with epidural analgesia. However, all patients were not fully satisfied about epidural and the suppressing of pain doesn't seem to be the only element taken into account. The aim of this paper was to determine the predictive criteria of maternal dissatisfaction with epidural analgesia. **Methods** : An observational study of etiological cross-type mono centric was conducted in the level of maternity III of Auvergne Region Hospital. This report is part of AOMHE project led by the hospital anesthesia unit. The inclusions took place from 4 November 2013 to 24 April 2016. **Results** : A total of 147 women were included. Analyses involved 126 of them. This different predictive criteria of maternal dissatisfaction were identified with the multivariate analysis: multiparity, women with a BMI > 30kg / m<sup>2</sup>, a high score to question 3 of the pre-partum, the presence of complications during labor, significant cervical dilation in the induction of analgesia. **Conclusion** : The setting up of a score and a predictive test of maternal dissatisfaction with epidural analgesia will enable to identify those women before and adjust their management (stronger analgesia, ambulatory analgesia, non-medicated relief methods...).

**Key words** : epidural analgesia; predictive criteria; dissatisfaction.