

**Étude descriptive de la prise en charge de la douleur
pendant les phases du travail chez les patientes sans
anesthésie locorégionale au centre hospitalier
Alpes-Léman**
Mélanie Fontaine

► **To cite this version:**

Mélanie Fontaine. Étude descriptive de la prise en charge de la douleur pendant les phases du travail chez les patientes sans anesthésie locorégionale au centre hospitalier Alpes-Léman. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02284704

HAL Id: dumas-02284704

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02284704>

Submitted on 12 Sep 2019

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**ÉTUDE DESCRIPTIVE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR
PENDANT LES PHASES DU TRAVAIL CHEZ LES PATIENTES SANS
ANESTHÉSIE LOCORÉGIONALE AU CENTRE HOSPITALIER
ALPES-LÉMAN**

Par FONTAINE Mélanie

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le 19 juin 2019

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année universitaire 2018-2019

RÉSUMÉ

Objectifs : Décrire la prise en charge de la douleur des parturientes lorsqu'elles ne bénéficient pas d'anesthésie locorégionale. Analyser quelles méthodes parmi celles décrites sont privilégiées en fonction des phases du travail.

Méthodes : Étude descriptive, rétrospective, monocentrique. Ont été incluses les patientes ayant accouché par voie basse d'un enfant singleton en présentation céphalique à un terme supérieur ou égal à 35 semaines d'aménorrhées entre le 01/01/2018 et le 31/12/2018 au Centre Hospitalier Alpes-Léman.

Résultats : Neuf méthodes ont été décrites : 2 méthodes médicamenteuses (le protoxyde d'azote et les opiacés) et 7 méthodes non médicamenteuses classées en méthodes parallèles (l'acupuncture/acupression, l'hypnose, la sophrologie) et en méthodes de bien-être et de confort (le bain, le ballon, le massage, la déambulation). Les méthodes de bien-être et de confort ont été privilégiées dans le premier stade du travail, et le protoxyde d'azote était principalement utilisé durant le deuxième stade du travail.

Conclusion : Le panel des méthodes utilisées était diversifié et correspondait aux recommandations actuelles des institutions de santé, même si il est probable que ces pratiques aient été sous-estimées en raison d'un manque de traçabilité dans les dossiers.

Mots clefs : accouchement sans anesthésie locorégionale, méthodes alternatives, prise en charge de la douleur durant le travail

ABSTRACTS

Objectives: To describe the pain management in parturients when they do not benefit from locoregional anesthesia. To analyze which methods among those described are preferred depending on to the stage of labour.

Methods: Descriptive, retrospective and monocentric study. Includes patients who vaginally gave birth to a singleton child with cephalic presentation and with a term greater or equal to 35 weeks of amenorrhea between 1 January 2018 and 31 December 2018 at the Centre Hospitalier Alpes-Léman.

Results: Nine methods have been described: 2 pharmacological pain relief methods (nitrous oxide and opioids) and 7 non-pharmacological pain relief methods grouped in parallel methods (acupuncture/acupressure, hypnosis, sophrology) and well-being and comfort methods (immersion in water, balloon, massage, mobility). Well-being and comfort methods have been implemented in the first stage of labour, and nitrous oxide inhalation has mainly been used during the second stage of labour.

Conclusion: The panel of methods used was diverse and corresponded to the current recommendations of health institutions, although it is likely that these practices were underestimated due to a lack of traceability in the files.

Key words: childbirth without locoregional anesthesia, alternative therapies, pain management during labour and childbirth

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du jury :

Mr Lionel DI MARCO, Sage-femme Enseignant au Département Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, UGA, Président du jury ;

Mme le Professeur Pascale HOFFMANN, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier en Gynécologie-Obstétrique à l'Hôpital Couple-Enfant du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, Co-Présidente du jury ;

Mr Laurent GAUCHER, Sage-femme à l'Hôpital Femme-Mère-Enfant aux Hospices Civils de Lyon, Membre invité du jury ;

Mme Audrey SARAFIAN, Sage-femme au Centre Hospitalier Alpes-Léman, Directrice de ce mémoire ;

Mme Chrystèle CHAVATTE, Sage-femme Enseignante au Département Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Co-Directrice de ce mémoire.

Je remercie plus particulièrement :

Mme Audrey SARAFIAN, Sage-femme au Centre Hospitalier Alpes-Léman,
Directrice de ce mémoire,

*Pour son investissement, son enthousiasme et ses encouragements lors
l'élaboration de ce mémoire ;*

Mme Chrystèle CHAVATTE, Sage-femme Enseignante au Département Maïeutique
de l'UFR de Médecine de Grenoble, Co-Directrice de ce mémoire

Pour son soutien, ses conseils et ses pistes de réflexion ;

Mme Chantal SEGUIN, Directrice du Département Maïeutique de l'UFR de
Médecine de Grenoble, Université Grenoble-Alpes,

Pour l'encadrement et le soutien apporté à notre promotion ;

Mr Lionel CURTO, Sage-femme Enseignant au Département de Maïeutique de
l'UFR de Médecine de Grenoble, Référent de notre promotion,

Pour son encadrement durant cette dernière année d'étude.

Enfin, je remercie personnellement :

Mes parents, mon frère et toute ma famille,

Pour leur confiance en moi et leur soutien sans faille ;

Adrien,

Pour sa présence, sa patience et son soutien inconditionnel au cours de toutes ces années d'études ;

Mes amies de promotion,

Pour ces belles rencontres, et tous les bons moments passés et à venir.

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS.....	1
I. INTRODUCTION.....	2
II. MATÉRIEL ET MÉTHODES	5
A. Type d'étude	5
B. Site et période d'étude.....	5
C. Population	5
D. Recueil des données.....	6
E. Critères de jugement.....	6
F. Variables recueillies.....	7
1. Caractéristiques générales	7
2. Variable principale.....	10
3. Variable secondaire	10
G. Analyse des données	11
III. RÉSULTATS.....	12
A. Diagramme d'inclusion	12
B. Tableaux de résultats.....	13
1. Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée	13
2. Tableau 2 : Caractéristiques de la grossesse	13
3. Tableau 3 : Caractéristiques du travail	14
4. Tableau 4 : Caractéristiques de la phase d'expulsion.....	14
5. Tableau 5 : Caractéristiques de la délivrance.....	15
6. Tableau 6 : Caractéristiques de l'enfant	15
7. Tableau 7 : Caractéristiques de la douleur	15

8. Tableau 8 : Description de la prise en charge de la douleur en absence d'ALR	16
9. Tableau 9 : Cas particulier de la prise en charge de la douleur entre 35 SA et 36 SA et 6 jours	16
10. Tableau 10 : Description des méthodes utilisées en fonction des phases du travail 17	
11. Tableau 11 : Nombre de méthodes utilisées	17
IV. DISCUSSION	18
A. Discussion des résultats en regard de la littérature	18
1. Méthodes de prise en charge de la douleur	18
2. Méthodes utilisées en fonction des phases du travail.....	25
3. Cas particulier de la prise en charge de la douleur entre 35 SA et 36 SA et 6 jours 27	
B. Limites de l'étude	29
C. Propositions et perspectives	31
V. CONCLUSION	32
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	34

ABRÉVIATIONS

ACOG : *American College of Obstetricians and Gynaecologists*

ALR : Anesthésie Locorégionale

APD : Analgésie Péridurale

CHAL : Centre Hospitalier Alpes-Léman

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DMO : Dossier Médicaux Obstétricaux

ENS : Échelle Numérique Simple

EVA : Échelle Visuelle Analogique

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : *International Association for the Study of Pain*

IMC : Indice de Masse Corporelle

NICE : *National Institute for Health and Care Excellence*

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RA : Rachianesthésie

SA : Semaines d'Aménorrhées

UI : Unités Internationales

I. INTRODUCTION

La douleur a été officiellement définie par l'*International Association for the Study of Pain* (IASP) comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes » [1].

Chez la parturiente, la nature de la douleur varie sensiblement pendant les différentes phases du travail, comme le décrit une revue de la littérature parue en 2002 dans le Journal Américain d'Obstétrique et de Gynécologie [2] : durant le premier stade du travail, la distension mécanique du segment inférieur de l'utérus et la dilatation du col pendant les contractions utérines génèrent les sensations douloureuses. Lors du deuxième stade du travail, la douleur est issue de la descente du mobile fœtal dans la filière génitale, provenant de la pression exercée par cette présentation fœtale sur les structures pelviennes et de la distension du périnée.

Selon ces mêmes auteurs, à cette douleur obstétricale s'ajoute l'expérience qu'en fait la femme, ce qui donne le résultat « d'un processus complexe de multiples facteurs physiologiques et psychosociaux ». Son expression est donc très variable d'une femme à l'autre, du fait de facteurs physiologiques tel que la parité ou les positions adoptées pendant le travail, et de facteurs psychosociaux comme les croyances culturelles, l'anxiété et la confiance en soi [3]. Cette douleur est également influencée par l'environnement et les personnes présentes durant la naissance.

Afin de prendre en charge la douleur de la parturiente, plusieurs techniques analgésiques existent, et la plus fréquemment employée est l'anesthésie locorégionale (ALR) [regroupant l'analgésie péridurale (APD) et la rachianesthésie (RA)], puisqu'elle concernait 81,4 % des femmes en France d'après l'enquête périnatale de 2010 [4]. Le reste des parturientes accouchent donc sans ALR ou avec une méthode dite « alternative ». Cela peut être le fait d'un travail trop rapide (48% en 2003) [4], par choix de la part de certaines parturientes (39%) [5], dans de rares cas en raison de contre-indications médicales (5%) [6] ou exceptionnellement en cas de non disponibilité de l'anesthésiste (moins de 3% des cas) [7]. Pour celles qui décident de ne pas en bénéficier, les motivations sont variées : par peur du geste technique et ses conséquences, pour l'aspect naturel de l'accouchement sans ALR, allant jusqu'au défi sportif [8].

Alors que l'accouchement n'a jamais eu un niveau de médicalisation et de technicisation si important qu'aujourd'hui [9], la demande des femmes concernant une prise en charge moins médicalisée de l'accouchement et plus respectueuse de la physiologie de la naissance a été prise en considération par la Haute Autorité de Santé (HAS), permettant l'élaboration de recommandations de bonne pratique allant dans ce sens [10]. La HAS rappelle l'importance d'évaluer la douleur ressentie par la parturiente, et de lui proposer différents moyens de la soulager, en particulier quand l'ALR n'est pas envisageable.

Quelles alternatives à l'ALR sont proposées ou mises en place par les sages-femmes lorsque les parturientes ne désirent pas ou ne peuvent pas en bénéficier ?

Cette étude a pour objectif principal de décrire la prise en charge de la douleur des parturientes lorsqu'elles ne bénéficient pas d'ALR. L'objectif secondaire est d'analyser quelles méthodes parmi celles décrites sont privilégiées en fonction des phases du travail.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, descriptive, monocentrique, rétrospective.

B. Site et période d'étude

L'étude a été réalisée dans le service du bloc obstétrical du Centre Hospitalier Alpes-Léman (CHAL). Il s'agit d'une maternité de niveau 2A se situant sur la commune de Contamine-sur-Arve, en Haute-Savoie.

Le recueil de données a été effectué du 01 janvier 2018 au 31 décembre 2018.

C. Population

Les patientes incluses dans l'étude étaient celles ayant accouché par voie basse d'un enfant singleton en présentation céphalique à un terme supérieur ou égal à 35 semaines d'aménorrhées (SA), et n'ayant pas bénéficié d'ALR durant les deux premiers stades du travail.

Ont été exclues de l'étude, les patientes ayant bénéficié d'une ALR au cours des deux premiers stades du travail, les césariennes sous anesthésie générale, les accouchements par voie basse avant 35 SA, les interruptions médicales de grossesse, les morts fœtales in utéro, les grossesses gémellaires ou les présentations du siège.

Nous avons décidé de descendre le seuil du terme d'inclusion, initialement à 37 SA, afin d'inclure dans notre étude les accouchements voie basse à un terme compris entre 35 SA et 36 SA et 6 jours, tout en ayant conscience du biais potentiel lié à la prématurité.

D. Recueil des données

L'inclusion des patientes a été réalisée manuellement à partir du registre d'accouchement, permettant de sélectionner les dossiers répondant à nos critères d'éligibilité. Avec l'accord de la coordinatrice du service, nous avons ensuite pu recueillir les données en analysant informatiquement les Dossiers Médicaux Obstétricaux (DMO) sur le logiciel EASILY®. Les données ont été reportées dans un tableur Excel. Les caractéristiques recueillies étaient relatives à la mère, au déroulement de la grossesse, du travail, à la délivrance, à la prise en charge de la douleur et au nouveau-né.

E. Critères de jugement

Le critère de jugement principal de cette étude a été l'extraction des types de méthodes de prise en charge de la douleur utilisés pendant le travail chez les femmes ne bénéficiant pas d'ALR.

Le critère de jugement secondaire a été la temporalité d'utilisation de ces dites méthodes, c'est-à-dire le moment où elles ont été utilisées en fonction des phases du travail.

F. Variables recueillies

1. Caractéristiques générales

Les caractéristiques de la population étudiée étaient l'âge (en années), la parité, l'indice de masse corporelle (IMC) (en kg/m²), la catégorie socio-professionnelle.

Les caractéristiques de la grossesse : la physiologie de la grossesse, une grossesse était considérée comme physiologique lorsqu'elle se déroulait sans situation à risque ou que ces situations relevaient d'un faible niveau de risque, comme défini par la HAS [11]. La grossesse était considérée comme pathologique si les situations à risque nécessitaient l'avis et/ou le suivi de la grossesse par un gynécologue-obstétricien.

Le suivi de la grossesse (par une sage-femme, un gynécologue-obstétricien, un médecin traitant) et le suivi d'une préparation à la naissance à la parentalité (PNP) étaient également recueillis.

Parmi les différents types de PNP, la PNP classique est définie comme des cours théoriques où les futurs parents reçoivent des informations sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. La PNP sophrologie est une méthode de relaxation consistant en une prise de conscience corporelle et une projection de soi de manière positive dans certaines situations permettant la relaxation du corps et de l'esprit. La PNP avec le yoga permet la maîtrise de la respiration et la prise de conscience de son corps au moyen de diverses postures et exercices afin d'assouplir et de détendre son corps. La PNP acupuncture, consistant à placer des aiguilles sur les points d'acupuncture, permettrait de traiter

les différents maux de grossesse, de préparer le corps (dilatation du col), et le psychisme (accueil de l'enfant à venir) en vue de la naissance [12], [13].

Les caractéristiques du travail étaient le terme (en SA), le travail (spontané ou déclenché, et si déclenché la méthode : par oxytocine ou prostaglandines), la phase du travail et l'état des membranes (intactes, rupture spontanée ou prématurée) à l'arrivée en salle de naissance, la durée des différentes phases du travail (en minutes).

La HAS a redéfini les différents stades du travail dans le cadre de recommandations de bonne pratique parues en 2017 [10]. À présent :

- Le premier stade du travail commence avec les premières contractions régulières et se termine lorsque le col est complètement dilaté, il comprend :
 - Une phase de latence, définie par les premières contractions régulières potentiellement douloureuses, avec ou sans modifications cervicales ;
 - Une phase active qui commence entre 5 et 6 cm de dilation jusqu'à dilatation complète.
- Le deuxième stade commence à dilatation complète et se termine lors de la naissance de l'enfant. On distingue :
 - Une phase de descente : entre le premier toucher vaginal retrouvant une dilatation complète et les premiers efforts expulsifs ;
 - Une phase d'expulsion qui débute avec les efforts expulsifs.
- Le troisième stade du travail débute avec la naissance de l'enfant et se termine avec la délivrance, c'est-à-dire l'expulsion du placenta.

- Le post-partum immédiat correspond aux deux heures qui suivent la naissance, période qui couvre le processus physiologique de décollement du placenta puis d'hémostase biologique et mécanique de l'accouchement normal.

La durée des différentes phases du travail a été calculée grâce au partogramme informatisé.

Les caractéristiques de la phase d'expulsion étaient la variété de présentation (occipito-pubienne ou occipito-sacrée), la nécessité d'une aide instrumentale (si oui la méthode : ventouse, forceps ou spatules), la position de la patiente (position gynécologique, décubitus latéral, à quatre pattes, assise), l'état périnéal (périnée intact, éraillures, déchirures du 1^{er} degré, du 2^{ème} degré, du 3^{ème} degré, du 4^{ème} degré, épisiotomie).

Les caractéristiques de la délivrance étaient le mode de délivrance (naturelle ou dirigée). Nous avons défini la délivrance dirigée comme étant l'administration de 5 unités internationales (UI) d'oxytocine en intraveineux au dégagement de l'épaule antérieure de l'enfant, selon les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) [14]. Le volume des pertes sanguines (en millilitres), le délai entre la naissance et la délivrance (en minutes), la nécessité ou non de réaliser une révision ou une délivrance artificielle ont été également recueillis.

Les caractéristiques néonatales étaient le poids de naissance (en grammes), l'adaptation à la vie extra-utérine (bilan d'Apgar à 1, 5 et 10 minutes).

Les caractéristiques de la douleur étaient l'évaluation régulière de la douleur. Selon les recommandations de la HAS [10], la douleur ressentie par la femme doit être évaluée de la façon la plus objective possible à l'aide d'une échelle validée [échelle visuelle analogique (EVA), échelle numérique simple (ENS)] à l'occasion de chaque examen. Nous avons considéré que si la douleur n'était pas évaluée à chaque examen, la réponse était non à l'évaluation régulière de la douleur.

2. Variable principale

La variable principale était la description des méthodes alternatives à l'ALR de prise en charge de la douleur.

Nous avons défini comme méthodes médicamenteuses le protoxyde d'azote et les opiacés (tramadol et nalbuphine). Parmi les méthodes non médicamenteuses, nous avons classé en méthodes parallèles les techniques d'acupuncture/acupression, d'hypnose et de sophrologie, et en méthodes de bien-être et de confort le bain, le ballon, les massages et la déambulation.

Le nombre de méthodes utilisées par patiente (1 méthodes, 2 méthodes, 3 méthodes et plus) a été également recueilli.

3. Variable secondaire

La variable secondaire était l'analyse des méthodes utilisées en fonction des phases du travail, c'est-à-dire l'utilisation d'une ou de plusieurs méthodes de manière préférentielle ou non selon les différentes phases du travail.

Nous avons fait le choix dans notre étude de ne pas décrire la prise en charge de la douleur post-accouchement, c'est-à-dire concernant le troisième stade du travail et le post-partum immédiat. Ainsi, nous nous sommes concentrés sur les deux premiers stades du travail, expliquant pourquoi nous parlons plutôt de phases dans nos critères de recueil de données (correspondant à la phase de latence, la phase active, la phase de descente et la phase d'expulsion).

G. Analyse des données

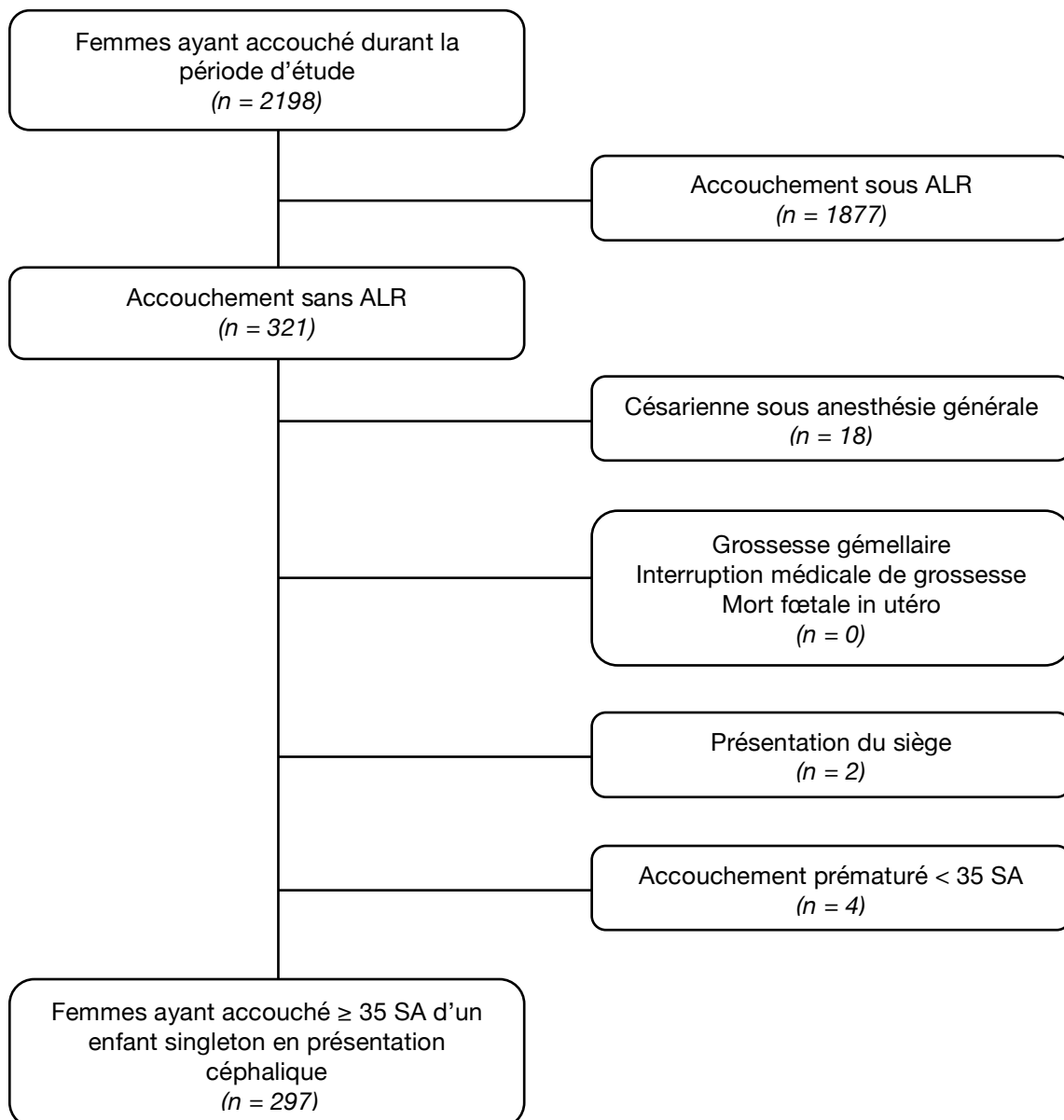
Les analyses statistiques ont été réalisées à partir de l'importation du fichier Excel sur le site R4WEB.

Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les pourcentages, et les variables quantitatives par la moyenne et l'écart-type si la répartition suivait une distribution gaussienne, ou par la médiane et l'écart interquartile en cas de distribution non gaussienne.

III. RÉSULTATS

A. Diagramme d'inclusion

Figure 1 : diagramme d'inclusion (Flow chart)



Un total de 2198 patientes a accouché sur la période d'étude. Ont été exclues 1901 patientes, dont les motifs d'exclusion sont décrits dans la Figure 1. L'échantillon d'analyse était constitué de 297 patientes.

B. Tableaux de résultats

1. Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

Caractéristiques de la population étudiée	n = 297	
Âge (années) ; moy (et)	31,3	(4,5)
Parité ; med (iqr)	2	(2 ; 3)
IMC (kg/m ²) * ; moy (et)	23,5	(4,6)
Catégorie socio-professionnelle * ; n (%)		
- Agriculteurs exploitants	0	(0)
- Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	18	(6,9)
- Cadres et professions intellectuelles supérieures	14	(5,4)
- Professions intermédiaires	76	(29,2)
- Employés	84	(32,3)
- Ouvriers	5	(1,9)
- Autres	3	(1,2)
- Sans activité	60	(23,1)

Légende : moy = moyenne ; et = écart-type ; med = médiane ; iqr = intervalle interquartile ; n = effectif ; % = pourcentage

* Des valeurs n'étaient pas renseignées pour : l'IMC (n = 20), la catégorie socio-professionnelle (n = 37)

2. Tableau 2 : Caractéristiques de la grossesse

Caractéristiques de la grossesse	n	(%)
Grossesse physiologique *	216	(73,7)
Suivi de grossesse *		
- Sage-femme	217	(74,6)
- Gynécologue-obstétricien	68	(23,4)
- Médecin traitant	6	(2,1)
Préparation à la naissance et la parentalité *		
- Classique	11	(8,7)
- Acupuncture	10	(7,9)
- Sophrologie	9	(7,1)
- Yoga	4	(3,1)
- Non renseigné	93	(73,2)

Légende : n = effectif ; % = pourcentage

* Des valeurs n'étaient pas renseignées pour : la grossesse physiologique (n = 4), le suivi de grossesse (n = 6) ; la préparation à la naissance et à la parentalité (n = 72)

3. Tableau 3 : Caractéristiques du travail

Caractéristiques du travail		
Terme (SA) ; moy (et)	39,7	(1,3)
Travail ; n (%)		
- Spontané	265	(89,2)
- Déclenché	32	(10,8)
- Oxytocine	14	(45,2)
- Prostaglandines	17	(54,8)
Phase du travail à l'arrivée ; n (%)		
- Phase de latence	189	(63,6)
- Phase active	71	(23,9)
- Phase de descente	30	(10,1)
- Phase d'expulsion	7	(2,4)
État des membranes à l'arrivée ; n (%)		
- Membranes intactes	204	(68,7)
- Rupture prématurée des membranes	22	(7,4)
- Rupture spontanée des membranes	71	(23,9)
Durée du travail en minutes ; med (iqr)		
- Durée de la phase de latence	60	(0 ; 180)
- Durée de la phase active	18	(4 ; 45)
- Durée de la phase de descente	5	(2 ; 10)
- Durée de la phase d'expulsion	6	(3 ; 12)

Légende : moy = moyenne ; et = écart-type ; med = médiane ; iqr = intervalle interquartile ; n = effectif ; % = pourcentage

4. Tableau 4 : Caractéristiques de la phase d'expulsion

Caractéristiques de la phase d'expulsion	n	(%)
Variété de présentation		
- Occipito-pubienne	292	(98,3)
- Occipito-sacrée	5	(1,7)
Aide instrumentale		
- Ventouse	6	(85,7)
- Forceps	0	(0)
- Spatules	1	(14,3)
Position de la patiente *		
- Position gynécologique	208	(71,5)
- Décubitus latéral	46	(15,8)
- Assise/accroupie	22	(7,6)
- Quatre pattes	15	(5,2)
État du périnée		
- Périnée intact	115	(38,7)
- Éraillures	35	(11,8)
- Déchirure du 1 ^{er} degré	96	(32,3)
- Déchirure du 2 ^{ème} degré	36	(12,1)
- Déchirure du 3 ^{ème} degré	2	(0,7)

- Déchirure du 4 ^{ème} degré	1	(0,3)
- Épisiotomie	12	(4)

Légende : n = effectif ; % = pourcentage

* Des valeurs n'étaient pas renseignées pour la position de la patiente (n = 6)

5. Tableau 5 : Caractéristiques de la délivrance

Caractéristiques de la délivrance		
Type de délivrance ; n (%)		
- Délivrance dirigée	260	(87,5)
- Délivrance naturelle	37	(12,5)
Délivrance artificielle ; n (%)	3	(1)
Révision utérine ; n (%)	16	(5,4)
Quantification des pertes ; med (iqr)	150	(100 ; 200)
Délai entre la naissance et la délivrance ; med (iqr)	8	(6 ; 12)

Légende : med = médiane ; iqr = intervalle interquartile ; n = effectif ; % = pourcentage

* Des valeurs n'étaient pas renseignées pour le délai entre la naissance et la délivrance (n = 44)

6. Tableau 6 : Caractéristiques de l'enfant

Caractéristiques de l'enfant		
Poids (grammes) ; moy (et)	3252,7	(430,9)
Adaptation à la vie extra-utérine ; med (et)		
- Apgar à 1 minute	10	(10 ; 10)
- Apgar à 5 minutes	10	(10 ; 10)
- Apgar à 10 minutes	10	(10 ; 10)

Légende : moy = moyenne ; et = écart-type ; med = médiane ; iqr = intervalle interquartile

7. Tableau 7 : Caractéristiques de la douleur

Caractéristiques de la douleur	n	(%)
Cotation de la douleur à chaque examen	96	(32,3)

Légende : n = effectif ; % = pourcentage

8. Tableau 8 : Description de la prise en charge de la douleur en absence d'ALR

Description de la prise en charge de la douleur en absence d'ALR	n	(%)
Méthodes médicamenteuses		
- Protoxyde d'azote	34	(11,4)
- Opiacés	1	(0,3)
Méthodes non médicamenteuses		
- Méthodes parallèles		
- Acupuncture/acupression	1	(0,3)
- Hypnose	8	(2,7)
- Sophrologie	3	(1)
- Méthodes de bien-être et de confort		
- Bain	82	(27,6)
- Ballon	70	(23,6)
- Massage	1	(0,3)
- Déambulation	87	(29,3)

Légende : n = effectif ; % = pourcentage

9. Tableau 9 : Cas particulier de la prise en charge de la douleur entre 35 SA et 36 SA et 6 jours

Cas particulier de la prise en charge de la douleur entre 35 SA et 36 SA et 6 jours	n	(%)
Méthodes médicamenteuses		
- Protoxyde d'azote	2	(20)
- Opiacés	1	(10)
Méthodes non médicamenteuses		
- Méthodes parallèles		
- Acupuncture/acupression	1	(10)
- Hypnose	0	(0)
- Sophrologie	0	(0)
- Méthodes de bien-être et de confort		
- Bain	8	(80)
- Ballon	3	(30)
- Massage	0	(0)
- Déambulation	1	(0)

Légende : n = effectif ; % = pourcentage

10. Tableau 10 : Description des méthodes utilisées en fonction des phases du travail

Description des méthodes utilisées en fonction des phases du travail ; n (%)									
	Phase de latence		Phase active		Phase de descente		Phase d'expulsion		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Méthodes médicamenteuses									
- Protoxyde d'azote	4	(1,3)	25	(8,4)	25	(8,4)	20	(6,7)	
- Opiacés	1	(0,3)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	
Méthodes non médicamenteuses									
- Méthodes parallèles									
- Acupuncture/acupression	1	(0,3)	1	(0,3)	0	(0)	0	(0)	
- Hypnose	4	(1,3)	6	(2)	7	(2,4)	6	(2)	
- Sophrologie	1	(0,3)	2	(0,7)	2	(0,7)	1	(0,3)	
- Méthodes de bien-être et de confort									
- Bain	57	(19,2)	62	(20,9)	6	(2)	2	(0,7)	
- Ballon	64	(21,5)	18	(6,1)	0	(0)	0	(0)	
- Massage	0	(0)	1	(0,3)	0	(0)	0	(0)	
- Déambulation	79	(26,6)	33	(11,1)	4	(1,3)	0	(0)	

Légende : n = effectif ; % = pourcentage

11. Tableau 11 : Nombre de méthodes utilisées

Nombre de méthodes utilisées	n	(%)
1 méthode	65	35,5
2 méthodes	63	34,4
≥ 3 méthodes	55	30,1

Légende : n = effectif ; % = pourcentage

IV. DISCUSSION

A. Discussion des résultats en regard de la littérature

1. Méthodes de prise en charge de la douleur

La littérature actuelle au sujet des méthodes alternatives à l'ALR de prise en charge de la douleur pendant les phases du travail évoque principalement des éléments qualitatifs de cette problématique et non des éléments statistiques. Le principe des méthodes, l'évaluation de leur efficacité, leurs éventuels effets indésirables sont souvent décrits afin de fournir des recommandations d'utilisation aux professionnels de santé. Cependant, aucune étude ne fournit d'informations sur la fréquence d'utilisation de ces méthodes de manière générale et en fonction des phases du travail, rendant ce point incomparable avec notre étude mais justifiant ainsi l'intérêt de notre recherche.

a. Méthodes médicamenteuses

Ainsi, notre étude, confrontée à la littérature, a pu mettre en évidence des méthodes médicamenteuses alternatives à l'ALR pour la prise en charge de la douleur au cours du travail.

- **Analgésie par inhalation**

D'après la HAS dans ses recommandations de bonne pratique de l'accouchement normal [10], le mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA, Kalinox®) est moins efficace qu'une ALR, mais consiste en une alternative pour les

patientes souhaitant y recourir ou en cas de contre-indication à l'ALR, d'indisponibilité d'accès à l'ALR, d'échec de celle-ci ou dans son attente. Ces recommandations sont basées sur celles du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) publiées en 2017 [15], rapportant que cette méthode peut être bénéfique aux femmes en travail souhaitant avoir recours à une prise en charge médicamenteuse de manière non invasive, tout en informant les patientes qu'elle peut induire des effets secondaires comme des nausées, des vomissements, de la somnolence et une sensibilité à la lumière.

L'analgésie par inhalation est une méthode retrouvée dans notre étude : elle a été employée chez 34 parturientes, soit 11,4 % de la population d'étude.

- **Opiacés : nalbuphine et tramadol**

Le NICE [15] recommande d'informer les femmes que ces substances permettent de soulager modérément la douleur durant le travail pendant une période limitée, mais que des effets secondaires sont rapportés à la fois pour elles-mêmes (somnolence, nausées, vomissements) et pour leur enfant (dépression respiratoire et somnolence dans les jours suivants la naissance, pouvant interférer avec l'allaitement). Une revue de la littérature publiée par Anderson en 2011 [16] retrouvait que le soulagement de la douleur obtenu sous nalbuphine durant le travail est faible à modéré, temporaire et plus efficace en début de phase active du premier stade du travail. L'efficacité et la tolérance du tramadol ont été décrites dans une étude de Rani en 2016 [17] chez 200 femmes primipares à bas risque obstétrical, où

après l'administration du médicament, elles ont toutes évalué une douleur diminuée et seulement 6 femmes ont présenté des nausées et des vomissements.

Contrairement à notre attente, aucun cas de nalbuphine et un seul cas d'utilisation de tramadol ont été décrits dans notre étude, les opiacés ont donc été peu utilisés.

- **Autres méthodes médicamenteuses**

Au cours de nos stages, nous avons remarqué l'utilisation d'anxiolytiques tel que l'hydroxyzine (ATARAX®) lors de la phase de latence dans le but de diminuer le niveau d'anxiété des parturientes. En les aidant à gérer leur stress, l'effet espéré était de leur permettre de se détendre afin de mieux gérer la douleur. Or aucun cas d'anxiolytiques n'a été retrouvé au cours de notre étude. En effectuant des recherches, il s'avère que la HAS [10] considère que ces substances ne sont pas des méthodes d'analgésie et qu'elles n'ont donc pas leur place dans la prise en charge de la douleur chez la parturiente.

La HAS rapporte également que le recours du paracétamol est inefficace dans la prise en charge prolongée (au delà de deux heures) de la douleur obstétricale durant le travail, et que le bloc nerveux par anesthésie locale peut s'avérer un outil précieux chez une patiente sans ALR, *a fortiori* si une instrumentation est nécessaire, mais il n'y a pas d'argument dans la littérature pour recommander cette méthode. Nous n'avons pas rencontré ces pratiques lors de notre étude.

En somme, les méthodes médicamenteuses retrouvées dans notre étude correspondent aux actuelles recommandations de bonne pratique émises par la HAS.

b. Méthodes non médicamenteuses

De nombreuses institutions nationales [15] [18] [19] ont émis récemment des recommandations concernant la prise en charge non médicamenteuse de la douleur pendant le travail, sur lesquelles se base la HAS pour ses propres recommandations de bonne pratique [10].

- **Acupuncture et acupression**

La revue de la littérature sur les thérapies complémentaires et alternatives pour la prise en charge de la douleur durant le travail publiée par la Cochrane Library en 2006 [20] retrouvait des preuves du bénéfice de l'acupuncture : moins d'analgésie supplémentaire au cours de la prise en charge de la douleur, plus de satisfaction des femmes sur le déroulement de leur accouchement. Cependant le niveau de preuve est faible en raison du faible nombre de femmes participantes à l'étude. C'est un problème que l'on retrouve dans l'étude de Chung sur l'acupression [21], où il prouve la diminution significative de la douleur dans la phase active du travail grâce à l'acupression sur les points LI4 et BL67 (entre l'index et le pouce pour le premier, au niveau du petit orteil pour le deuxième) mais avec une randomisation mal décrite ce qui en fait une étude de faible puissance.

Comme pour les opiacés, l'acupuncture associée à l'acupression dans le but de prise en charge de la douleur a été utilisée chez une patiente dans notre étude.

- **Hypnose**

Le principe de l'hypnose consiste en une maîtrise du lâcher prise, ou plus simplement une perte de contrôle, qui s'avère nécessaire au bon déroulement du

travail et de l'accouchement : elle permet une modification de la sensorialité de la patiente au niveau du temps (il passe plus rapidement) et de la douleur, et ce, plus qu'une technique d'analgésie [22]. Madden et al. [23] ont publié en 2016 dans la Cochrane Library une méta-analyse sur l'hypnose où son efficacité était d'un niveau de preuve bas. Il n'existe donc pas, à ce jour, de données robustes sur l'hypnose comme moyen non médicamenteux de prise en charge de la douleur pendant le travail.

Huit patientes ont bénéficié de cette méthode au cours de notre étude.

- **Sophrologie et relaxation**

Une revue de la littérature Cochrane de 2018 [24] trouvait que les techniques de sophrologie, de relaxation, tout comme la musique et le yoga jouent un rôle dans la réduction de la douleur et l'amélioration de la satisfaction concernant le soulagement de la douleur, même si la qualité des preuves variait de faible à très faible, et que des données supplémentaires sont nécessaires.

Nous avons retrouvé cette méthode dans notre étude, utilisée chez 3 patientes.

- **Postures et mobilité (déambulation) durant le travail**

Une revue systématique de la littérature publiée en 2013 dans la Cochrane Library [25] montrait des preuves évidentes et claires que le fait de marcher et d'être debout réduit la durée du travail, le risque de césarienne, le besoin en analgésie péridurale et ne semble pas être associé à des risques pour la mère et l'enfant. Cependant les résultats sont à prendre avec précaution, en raison de la qualité très variable de la méthodologie due à de nombreux biais des 25 études constituant cette revue.

La déambulation était la méthode la plus fréquente dans notre étude : 87 patientes (soit 29,3 %).

- **Immersion dans l'eau**

Concernant l'immersion dans l'eau des femmes pendant le travail, l'*American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG)* a publié un avis (*committee opinion*) en 2014 [26]. Il a été montré que durant la première phase du travail, l'immersion dans l'eau diminuait la douleur et le recours à l'analgésie, ainsi que la durée du travail. Cependant, ni son efficacité ni sa sécurité n'a été démontrée en deuxième phase du travail. 82 patientes (27,6 %) de notre étude ont eu recours à l'immersion dans l'eau durant le travail.

- **Recours aux ballons**

Aucune étude n'a été identifiée sur l'efficacité des ballons pour gérer la douleur, cependant le *Spanish National Healthcare System* en Espagne en 2011 [19] indique dans leur rapport que les femmes souhaitant utiliser le ballon doivent être encouragées afin de trouver des positions confortables. Son intérêt rejoindra alors celui des postures et de la mobilité durant le travail. Le ballon a été utilisé comme méthode de gestion de la douleur chez 70 patientes de notre étude.

- **Massage**

D'après la revue de littérature menée par Smith et al. en 2018 [27], le massage a une influence sur l'état émotionnel, il module la composante sensori-émotionnelle de la douleur ; la femme se sent alors moins anxieuse, plus satisfaite, et la durée de la

phase latente de la première phase travail est diminuée. Cependant la qualité des preuves des études était généralement faible en partie parce que les essais étaient de petite taille et qu'il n'y avait pas suffisamment de femmes participantes. Cette méthode a été décrite dans notre étude pour 1 cas unique.

- **Soutien continu des femmes pendant le travail et l'accouchement**

Permettre à toutes les femmes de bénéficier d'un soutien continu, individuel et personnalisé, adapté à leur demande au cours du travail et de l'accouchement semble être une méthode efficace tant au niveau de la prise en charge de la douleur, mais aussi sur différents paramètres de l'accouchement (diminution de la durée du travail, voie basse spontanée) [10].

La conclusion de la HAS [10] est que la plupart des interventions non médicamenteuses de prise en charge de la douleur sont des méthodes non invasives et inoffensives pour la mère et l'enfant. Quelques preuves sont apportées pour suggérer que l'immersion dans l'eau, l'acupuncture, le massage, et la relaxation seraient bénéfiques pour soulager la douleur pendant le travail. Cependant leur efficacité reste souvent à démontrer, et il existe peu de littérature scientifique de niveau de preuve élevée sur ces interventions. Il est donc souhaitable d'accompagner les femmes dans leur choix en terme de moyens non médicamenteux qu'elles souhaiteraient, tant que ceux-ci n'altèrent pas la surveillance maternelle ou fœtale.

Ainsi, les méthodes non médicamenteuses décrites dans la littérature correspondent à celles que nous avons observées dans notre étude, à l'exception du soutien continu et de la musique.

Pour ce qui est du soutien continu, notre méthode de recueil de données sur DMO ne nous permettait pas d'avoir suffisamment de renseignement pour le décrire.

2. Méthodes utilisées en fonction des phases du travail

Tableau 10 : Description des méthodes utilisées en fonction des phases du travail

Description des méthodes utilisées en fonction des phases du travail ; n (%)								
	Phase de latence		Phase active		Phase de descente		Phase d'expulsion	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Méthodes médicamenteuses								
- Protoxyde d'azote	4	(1,3)	25	(8,4)	25	(8,4)	20	(6,7)
- Opiacés	1	(0,3)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Méthodes non médicamenteuses								
- Méthodes parallèles								
- Acupuncture/acupression	1	(0,3)	1	(0,3)	0	(0)	0	(0)
- Hypnose	4	(1,3)	6	(2)	7	(2,4)	6	(2)
- Sophrologie	1	(0,3)	2	(0,7)	2	(0,7)	1	(0,3)
- Méthodes de bien-être et de confort								
- Bain	57	(19,2)	62	(20,9)	6	(2)	2	(0,7)
- Ballon	64	(21,5)	18	(6,1)	0	(0)	0	(0)
- Massage	0	(0)	1	(0,3)	0	(0)	0	(0)
- Déambulation	79	(26,6)	33	(11,1)	4	(1,3)	0	(0)

Légende : n = effectif ; % = pourcentage

a. Premier stade du travail

Pendant la phase de latence du premier stade du travail, le NICE [15] considère les exercices de respiration, l'immersion dans l'eau, et les massages susceptibles de diminuer la douleur. *A contrario*, le NICE recommande de ne pas proposer, ni conseiller durant cette phase le yoga et l'acupression ; cependant, si la patiente souhaite utiliser un de ces moyens, il faut respecter son choix. L'ACOG [18]

recommandent les mêmes méthodes, et rajoute le soutien continu et la mobilité comme méthode bénéfique pour la patiente en phase de latence.

Cependant, la définition anglo-saxonne de la phase de latence diffère de celle établie par la HAS en France : pour le NICE et l'ACOG, elle comprend des contractions douloureuses avec modifications cervicales jusqu'à une dilatation de 4 centimètres (pour 5 à 6 centimètres en France).

Lorsque le travail entre en phase active, au delà de cette phase de latence, le NICE recommande que les soignants réfléchissent à la façon dont leurs propres croyances et opinions influencent la prise en charge qu'ils proposent aux femmes, afin qu'ils puissent être en mesure de soutenir la femme dans ses choix personnels. Ainsi, les recommandations des méthodes du NICE sont les mêmes que celles en phase de latence, avec un soutien de la femme dans ses choix. Il ajoute un encouragement d'écoute de musique choisie par la femme pendant son travail, et déconseille de proposer l'acupuncture, l'acupression ou l'hypnose mais de ne pas empêcher la femme d'utiliser ces techniques si elle le souhaite.

Malgré une définition différente des phases de travail, la HAS s'appuie sur le NICE et l'ACOG afin d'établir ses recommandations de bonne pratique relatives aux interventions non médicamenteuses de prise en charge de la douleur durant le premier stade du travail [10]. Elle recommande que toutes les femmes puissent bénéficier d'un soutien continu, individuel et personnel, afin d'être accompagnées dans leur choix en terme de moyens non médicamenteux qu'elles souhaiteraient, tant que ceux-ci n'altèrent pas la surveillance maternelle ou fœtale.

Les résultats de notre étude concernant les méthodes de bien être et de confort concordent avec les recommandations du NICE. En effet, ce sont des méthodes utilisées durant le premier stade du travail, et surtout lors de la phase de latence : 26,6 % des patientes avaient la déambulation comme moyen pour gérer la douleur, 21,5 % ont eu recours au ballon et 19,2 % à l’immersion dans l’eau. Lors de la phase active, la méthode dominante était le bain (20,9%), suivie par la déambulation (11,1 %) et puis par le protoxyde d’azote, une méthode médicamenteuse par inhalation utilisée chez 8,4 % des patientes.

b. Deuxième stade du travail

Il n’y a pas, à ce jour, des recommandations nationales ou internationales sur les méthodes de prise en charge de la douleur lors du deuxième stade du travail en dehors de l’ALR. Nous avons remarqué dans notre étude une part plus importante d’analgésie par inhalation au cours de la phase de descente (8,4 %) et d’expulsion (6,7 %) par rapport aux autres méthodes (l’hypnose était la méthode suivante avec 2,4 % d’utilisation en phase de descente et 2 % en phase d’expulsion).

3. Cas particulier de la prise en charge de la douleur entre 35 SA et 36 SA et 6 jours

Tableau 9 : Cas particulier de la prise en charge de la douleur entre 35 SA et 36 SA et 6 jours

Cas particulier de la prise en charge de la douleur entre 35 SA et 36 SA et 6 jours	n	(%)
Méthodes médicamenteuses		
- Protoxyde d’azote	2	(20)
- Opiacés	1	(10)
Méthodes non médicamenteuses		

- Méthodes parallèles		
- Acupuncture/acupression	1	(10)
- Hypnose	0	(0)
- Sophrologie	0	(0)
- Méthodes de bien-être et de confort		
- Bain	8	(80)
- Ballon	3	(30)
- Massage	0	(0)
- Déambulation	1	(0)

Légende : n = effectif ; % = pourcentage

Au cours de l'analyse de nos données, nous avons remarqué la singularité de la prise en charge de la douleur chez les patientes accouchant à un terme compris entre 35 SA et 36 SA et 6 jours. Sur le plan médical, la prise en charge est ambiguë car il n'y a plus d'indication de tocolyse à ce terme, pourtant la volonté reste celle de retarder le plus possible la naissance de l'enfant afin d'éviter la prématurité.

La pratique que nous avons observée au cours de nos stages consistait alors à proposer des méthodes visant à relâcher et détendre la patiente dans le but initial d'arrêter les contractions utérines afin de temporiser la naissance. Cependant l'effet inverse est également possible, où la détente de la patiente permet le relâchement du col utérin et sa dilatation, conduisant à la mise en travail. Ainsi, sur 10 cas observés dans notre étude, 8 patientes ont eu recours au bain, 3 patientes au ballon et 2 au protoxyde d'azote. Le nombre de cas étant faible, cela n'est donc pas statistiquement significatif.

B. Limites de l'étude

La principale limite de notre étude est en rapport avec la méthodologie employée qui consistait à recueillir les données rétrospectivement sur les DMO informatisés, faisant alors apparaître un biais d'information. En effet, nous avons constaté l'absence de renseignement sur des variables que nous aurions voulu recueillir pour notre travail : quelles méthodes étaient proposées par la sage-femme mais non utilisées par la parturiente, le souhait initial de bénéficier ou non d'une APD, ou la satisfaction de la patiente au niveau de la prise en charge. Leur absence peut s'expliquer par le fait qu'il n'existe pas de case spécifique à cocher pour les deux premières variables ; le texte est libre et il existe une différence interindividuelle concernant le remplissage du DMO. Concernant la satisfaction, le meilleur moyen de l'évaluer aurait été d'interroger directement les patientes afin de recueillir leurs avis, mais dans un souci de respect de la loi Jardet [28], nous nous en sommes abstenus, préférant nous concentrer sur les DMO.

Une autre variable était également peu renseignée : il s'agissait de l'évaluation de la douleur. La traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle est un préalable nécessaire à une bonne qualité de la prise en charge de la douleur [29]. Elle doit être systématiquement évaluée et fait partie des données à obligatoirement retranscrire dans le DMO, or dans notre étude, la cotation de la douleur a été retranscrite dans seulement 32,3% des cas. En pratique, l'évaluation de l'impact de la douleur des contractions au cours du travail ne s'effectue pas toujours avec des échelles validées (EVA, ENS) et objectives, mais aussi subjectivement par l'appréciation du soignant sur l'évolution du comportement de la parturiente.

Nous avons remarqué une amélioration du remplissage des informations concernant les caractéristiques maternelles sur l'année d'étude ; en effet, le nombre de données manquantes était plus important dans la première partie de l'année 2018 pour l'IMC, les catégories socio-professionnelles, et la préparation à la naissance et à la parentalité. Cela peut s'expliquer par le passage à l'informatique des DMO en fin d'année 2017, nécessitant un temps d'adaptation de l'équipe soignante qui n'avait pas encore l'habitude de le remplir.

En fonction des roulements de changement d'affectation de l'équipe soignante au sein des unités de soins (3 mois en suites de couches puis 3 mois en salle de naissance, et ainsi de suite), nous avons remarqué une périodicité concernant certaines méthodes (l'hypnose en particulier) s'expliquant par la formation complémentaire de certaines sages-femmes. Le fait que notre recueil de données s'étend sur une année complète est donc intéressant pour palier au biais qui aurait pu découler de l'organisation du service.

Par contre, il se trouve que le seul cas retrouvé d'utilisation d'acupuncture comme méthode pour soulager la douleur était chez une parturiente exerçant la profession de sage-femme libérale, nous supposons qu'elle possédait les connaissances de cette méthode pour la solliciter.

Un autre biais de sélection est à noter dans cette étude, puisqu'étant monocentrique, elle décrit les caractéristiques de la population accouchant au CHAL, une maternité de niveau IIA. Elle n'est pas représentative de la population

générale, ce qui ne nous permet pas d'extrapoler nos résultats à d'autres maternités de différents types.

C. Propositions et perspectives

L'intérêt de renseigner la cotation de la douleur importe dans la démarche de prise en charge de cette douleur. Dans ce sens, il apparaît primordial de renseigner la méthode utilisée qui tend à soulager ou diminuer la douleur, comme nous renseignons la prise en charge lorsqu'elle est de nature analgésique ou médicamenteuse. Des expérimentations de la HAS [30] sur les indicateurs de prise en charge de la douleur sont actuellement en cours afin de fournir des recommandations de bonne pratique.

L'utilité de savoir quand et quelle méthode est utilisée au cours du travail serait de créer un panel commun d'outils utilisables par les sages-femmes. En créant de quoi cocher simplement la méthode utilisée par un menu déroulant permettrait donc de renseigner l'information dans le dossier et également de rappeler toutes les techniques possibles aux sages-femmes.

De plus, ce panel pourrait également servir en amont du travail aux femmes enceintes, notamment lors de la préparation à la naissance et à la parentalité, afin d'avoir connaissance des outils disponibles en alternative à l'ALR.

V. CONCLUSION

Il s'agissait ici de décrire la prise en charge de la douleur des parturientes lorsqu'elles ne bénéficient pas d'ALR. Il a été mis en évidence que le panel de méthodes utilisées était diversifié et correspondait aux recommandations actuelles des institutions de santé. En effet, même si elle comporte certains biais, cette étude révèle que les sages-femmes ont connaissance des méthodes alternatives puisqu'elles les mettent en pratique, même si cela reste encore de manière *a priori* ponctuelle. En effet, il est fort probable que le résultat statistique de cette étude soit entre autre le reflet d'une non traçabilité des méthodes employées et proposées, sous estimant alors ces pratiques.

Cette recherche s'inscrit dans une démarche très actuelle d'amélioration des pratiques des professionnels de santé accompagnant l'accouchement des femmes à bas risques obstétricaux avec une réelle volonté de moins médicaliser l'accouchement et de répondre ainsi aux demandes des patientes, malgré le lieu médicalisé par nature que représente l'hôpital. La douleur obstétricale étant très complexe par sa nature et faisant partie intégrante de la physiologie, elle est d'autant plus complexe à prendre en charge.

La sage-femme, actrice de premier plan dans la sphère de la maternité, est amenée à poursuivre sa formation initiale en remettant en question ses habitudes grâce aux nouvelles recommandations et aux formations complémentaires, notamment celles des médecines parallèles.

Ainsi, cette étude nous a permis, entre autre, de mettre en évidence le fait qu'une possibilité simplifiée de traçabilité des méthodes proposées via le DMO pourrait être une piste à explorer, tant pour le recueil futur d'informations, que pour la suggestion implicite de ces méthodes aux sages-femmes, et pourrait donc faire l'objet d'une étude en continuité avec celle-ci.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] International Association for the Study of Pain. Pain terms, a current list with definitions and notes on usage. Int Assoc Study Pain IASP 2017. <https://www.iasp-pain.org/> (accessed January 16, 2019).
- [2] Lowe NK. The nature of labor pain. Am J Obstet Gynecol 2002;186:16–24.
- [3] Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirovic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev 2012. doi:10.1002/14651858.CD009234.pub2.
- [4] Blondel K. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 2011:132.
- [5] Le Ray C, Goffinet F, Palot M, Garel M, Blondel B. Factors associated with the choice of delivery without epidural analgesia in women at low risk in France. Birth Berkeley Calif 2008;35:171–8.
- [6] Thierrin L, Benhamou D. There are no longer contraindications to the use of epidural anaesthesia in obstetrics. Gynecol Obstet Fertil 2004;32:444–6. doi:10.1016/j.gyobfe.2004.03.009.
- [7] Mignon A, Mercier F, Verroust N. Analgésie obstétricale: alternatives à la péridurale. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod 2007;XXXI:57–66. doi:10.1016/S0368-2315(05)82867-4.
- [8] Duchene P, Aya AG-M. Accoucher avec ou sans péridurale, les raisons d'un choix. 2001.
- [9] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les maternités en 2016, premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. 2017.
- [10] Haute Autorité de Santé. Accouchement normal: accompagnement de la physiologie et interventions médicales. RBP 2017:47.
- [11] Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Synthèse Recomm Prof 2016;6:216–8. doi:10.1016/S1637-4088(07)79647-5.
- [12] Haute Autorité de Santé, Pauchet-Traversat A-F, Dosquet P. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) - Recommandations pour la pratique clinique. Paris: 2005.
- [13] Cassard A-L. La préparation à la naissance et à la parentalité : répond elle vraiment aux attentes des femmes ? n.d.:106.

- [14] Dupont C, Ducloy-Bouthors A-S, Huissoud C. Clinical and pharmacological procedures for the prevention of postpartum haemorrhage in the third stage of labor. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2014;43:966–97. doi:10.1016/j.jgyn.2014.09.025.
- [15] National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum Care: care of healthy women and their babies during childbirth. London: 2017.
- [16] Anderson D. A review of systemic opioids commonly used for labor pain relief. *J Midwifery Womens Health* 2011;56:222–39. doi:10.1111/j.1542-2011.2011.00061.x.
- [17] M. A. Effect of intramuscular tramadol hydrochloride as a labor analgesic in primigravidae. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2016:615–9. doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20160460.
- [18] Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 687: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obstet Gynecol* 2017;129:e20–8. doi:10.1097/AOG.0000000000001905.
- [19] Basque Office for Health Technology Assessment, País Basc, Departamento de Sanidad, Espanya, Ministerio de Ciencia e Innovación, Espanya, et al. Clinical Practice Guideline on Care in Normal Childbirth. San Sebastian: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010.
- [20] Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2006. doi:10.1002/14651858.CD003521.pub2.
- [21] Chung U-L, Hung L-C, Kuo S-C, Huang C-L. Effects of LI4 and BL 67 acupressure on labor pain and uterine contractions in the first stage of labor. *J Nurs Res JNR* 2003;11:251–60.
- [22] Chantry A. Approche non médicamenteuse de la douleur en salle de naissance : Pratique de la sage-femme. 41es Journ. Natl. Société Fr. Médecine Périnatale Grenoble 12–14 Octobre 2011, Springer Paris; 2011, p. 3–17.
- [23] Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2016. doi:10.1002/14651858.CD009356.pub3.
- [24] Smith CA, Levett KM, Collins CT, Armour M, Dahlen HG, Sukanuma M. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2018. doi:10.1002/14651858.CD009514.pub2.

- [25] Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2013:CD003934. doi:10.1002/14651858.CD003934.pub4.
- [26] Committee on Obstetric Practice, American Academy of Pediatrics. Immersion in water during labor and delivery. *Obstet Gynecol* 2014;123:912–5. doi:10.1097/01.AOG.0000445585.52522.14.
- [27] Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Sukanuma M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2018. doi:10.1002/14651858.CD009290.pub3.
- [28] Cazeneuve B, Touraine M. Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine. 2017.
- [29] Haute Autorité de Santé. Indicateurs de qualité du dossier du patient généralisés en MCO : analyse descriptive des résultats agrégés 2010 et analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats 2011.
- [30] Haute Autorité de Santé. Indicateur “prise en charge de la douleur” : cahier des charges, secteur médecine, chirurgie, obstétrique 2017.

RÉSUMÉ

Objectifs : Décrire la prise en charge de la douleur des parturientes lorsqu'elles ne bénéficient pas d'anesthésie locorégionale. Analyser quelles méthodes parmi celles décrites sont privilégiées en fonction des phases du travail.

Méthodes : Étude descriptive, rétrospective, monocentrique. Ont été incluses les patientes ayant accouché par voie basse d'un enfant singleton en présentation céphalique à un terme supérieur ou égal à 35 semaines d'aménorrhées entre le 01/01/2018 et le 31/12/2018 au Centre Hospitalier Alpes-Léman.

Résultats : Neuf méthodes ont été décrites : 2 méthodes médicamenteuses (le protoxyde d'azote et les opiacés) et 7 méthodes non médicamenteuses classées en méthodes parallèles (l'acupuncture/acupression, l'hypnose, la sophrologie) et en méthodes de bien-être et de confort (le bain, le ballon, le massage, la déambulation). Les méthodes de bien-être et de confort ont été privilégiées dans le premier stade du travail, et le protoxyde d'azote était principalement utilisé durant le deuxième stade du travail.

Conclusion : Le panel des méthodes utilisées était diversifié et correspondait aux recommandations actuelles des institutions de santé, même si il est probable que ces pratiques aient été sous-estimées en raison d'un manque de traçabilité dans les dossiers.

Mots clefs : accouchement sans anesthésie locorégionale, méthodes alternatives, prise en charge de la douleur durant le travail

ABSTRACTS

Objectives: To describe the pain management in parturients when they do not benefit from locoregional anesthesia. To analyze which methods among those described are preferred depending on to the stage of labour.

Methods: Descriptive, retrospective and monocentric study. Includes patients who vaginally gave birth to a singleton child with cephalic presentation and with a term greater or equal to 35 weeks of amenorrhea between 1 January 2018 and 31 December 2018 at the Centre Hospitalier Alpes-Léman.

Results: Nine methods have been described: 2 pharmacological pain relief methods (nitrous oxide and opioids) and 7 non-pharmacological pain relief methods grouped in parallel methods (acupuncture / acupressure, hypnosis, sophrology) and well-being and comfort methods (immersion in water, balloon, massage, mobility). Well-being and comfort methods have been implemented in the first stage of labour, and nitrous oxide inhalation has mainly been used during the second stage of labour.

Conclusion: The panel of methods used was diverse and corresponded to the current recommendations of health institutions, although it is likely that these practices were underestimated due to a lack of traceability in the files.

Key words: childbirth without locoregional anesthesia, alternative therapies, pain management during labour and childbirth