

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 114 (2016)
Heft: 6

Rubrik: Infos sur la recherche

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 25.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Peut-on utiliser l'anesthésie locorégionale en phase de latence?

La douleur et son contrôle demeurent une question prépondérante en obstétrique.

L'anesthésie locorégionale est peu utilisée en phase de latence. Deux étudiantes sages-femmes se sont attelées à ce sujet dans leur travail de bachelor. En voici un condensé.

Raphaëlle Jacamon, Marion Luthringer

Longtemps subie, la douleur de l'accouchement est maintenant évaluée, étudiée et soulagée (Dailland, 2003). L'anesthésie locorégionale (ALR) est le moyen antalgique le plus utilisé, mais non dénué d'impacts (Anim-Somuah, 2011). La phase de latence est peu étudiée et peu considérée en pratique. Or, le maintien de la physiologie ainsi que le soulagement de la douleur restent au cœur des préoccupations des soignants et ce, dès le début du travail (Cheyne, 2006). Il semble alors légitime de se demander pourquoi, dans la pratique courante, l'ALR est peu utilisée en phase de latence chez les femmes qui la demandent (ACOG, 2006).

Problématique

La phase de latence est décrite mais les auteurs ne s'accordent pas sur la définition de la mise en travail actif. Cela entraîne une variabilité de définition et donc de prise en charge. Aussi, énoncée comme une période de contractions utérines douloureuses associée à une modification cervicale jusqu'à 4 cm (NICE, 2014), elle peut être difficilement vécue par les femmes, notamment les primipares. La douleur et ses multiples composantes sont donc une réalité durant cette période précédant la mise en travail actif.

L'ALR est une technique qui a beaucoup évolué en termes de technique, de popularité et d'efficacité. En 2009, jusqu'à 70% de femmes ont eu recours à la péridurale en Suisse romande (Salvoldelli, 2012). Toutefois, son impact sur le déroulement physiologique de l'accouchement est le sujet de nombreuses études. Une méta-analyse dé-

montre que lorsque l'ALR est posée durant la phase active du travail, elle entraîne une augmentation du taux d'instrumentation, de césarienne pour détresse fœtale, d'utilisation d'ocytocine et de la durée de la seconde phase du travail (Anim-Somuah, 2011). Mais quand est-il de la phase de latence?

Principaux résultats

- La pose d'ALR en phase de latence n'augmenterait pas les conséquences inhérentes à l'ALR en général (durée de la 2^e phase du travail, utilisation d'ocytocine, survenue d'hypotension, état fébrile, présentation dystocique, taux de césarienne, d'instrumentation) (Sng, 2014).
- Il existe des facteurs prédictifs d'une demande précoce d'ALR et également prédictifs de césarienne (poids maternel augmenté, nulliparité, pauciparité, provocation et stimulation, RPM et RSM* et petit poids fœtal) (Moore, 2013).
- En phase de latence, le niveau d'anxiété est plus bas que durant le travail actif mais il augmente avec le niveau de la douleur. Le lien entre l'anxiété et la demande d'antalgie n'a pas été statistiquement démontré (Floris, 2013).
- De plus, ces femmes semblent voir leur niveau d'anxiété diminuer et possèdent un meilleur sentiment de contrôle lorsqu'elles reçoivent une ALR en phase de latence (Moore, 2013).
- Le fait de vouloir éloigner les femmes des hôpitaux ou institutions pendant cette période (par peur des multiples interventions qui pourraient découler d'une admission précoce) contribuerait à un vécu d'accouchement plus négatif (Eri, 2011).
- La nécessité d'adapter la courbe de progression du travail et nos définitions de dystocie apparaît primordial dans un souci de maintien de la physiologie (Zahng, 2002).
- Les populations et pratiques actuelles sont différentes de celle de Friedman (poids maternel et fœtal augmentés, âge maternel augmenté pour les primipares, taux de fécondité/natalité plus bas, évolution du métissage, augmentation de l'utilisation d'ocytocine, de péridurale, diminution du taux d'instrumentation, etc.).

Auteurs



Raphaëlle Jacamon, sage-femme, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)
Marion Luthringer, sage-femme, HUG

* RPM: rupture prématurée des membranes.
RSM: rupture spontanée des membranes.

Propositions dans la pratique

Au prénatal: Un des points importants est le lien entre anxiété, sentiment de contrôle et douleur. Il est essentiel de rappeler que le stress prénatal peut avoir un impact néfaste sur le cours de la grossesse ainsi que sur le plan cognitif de l'enfant à naître, sur le psycho-affectif ainsi que sur le développement moteur (Razurel, 2014). Il est donc de notre devoir d'être particulièrement attentif aux couples durant cette période de leur vie.

Les sages-femmes pourraient agir sur ces facteurs à l'aide des cours de préparation à la naissance et la parentalité:

- en groupes plus restreints;
- par une éducation prénatale ciblée sur les signes de mise en travail, ce qui diminuerait le nombre de consultations avant le travail (Lauzon, 1998).

Il existe déjà des éléments positifs tels que l'entretien prénatal ou encore l'accompagnement global proposé aux HUG.

Au perpartum: Les facteurs prédictifs d'une demande précoce d'ALR et également prédictifs d'une césarienne mis en évidence dans nos résultats devraient être davantage connus et pris en considération.

La sage-femme se doit de mettre en avant la phase de latence et ses caractéristiques:

- surveillance allégée et respect d'une progression plus lente et plus graduelle du travail actif;
- diminution du nombre d'interventions dans le but d'accélérer le travail et donc de diminuer le nombre d'issues défavorables;
- utilisation non systématique du partogramme (ouverture seulement en travail actif).

Il serait pertinent de rendre publics les résultats de l'équipe de Sng (2014), afin d'uniformiser les pratiques, via la rédaction de protocoles clairs concernant la pose d'ALR. L'hypothèse de départ supposait que la pose précoce d'ALR induisait des conséquences supplémentaires par rapport à la pose tardive. Au vu des résultats, l'essentiel devint de comprendre si les définitions actuelles du travail, de progression du travail étaient adaptées à la population européenne avant de se demander si les pratiques obstétricales influençaient le déroulement d'un accouchement.

L'obstétrique telle qu'elle est pratiquée doit s'adapter aux femmes. Il pourrait donc être intéressant de redéfinir le *pattern* du travail de l'accouchement au sein d'une population bien précise, en prenant en compte ses caractéristiques démographiques propres.

La prise en charge *one-to-one* a un impact sur les issues favorables, maternelles (augmentation des accouchements par voie basse spontanés, diminution du taux d'instrumentation, de césarienne, d'ALR) et fœtales (meilleur score d'Apgar à 5 minutes de vie) et sur la satisfaction des femmes (Hodnett, 2007). De même, la diminution du stress perçu au perpartum favoriserait la physiologie en réduisant cette anxiété. Dans la pratique, cela pourrait se traduire par une augmentation de l'effectif des sages-femmes en salle d'accouchement: «La surveillance d'un accouchement par voie basse nécessite locaux et personnel qui font parfois défaut. (...) Pour contenir le taux de césariennes, il convient de doter les salles d'accouchement d'un personnel (médecins, sages-femmes, anesthésistes) suffisant» (Irion, 2009).

A lire

Influence de l'utilisation d'anesthésie locorégionale en phase de latence sur la prise en charge de cette phase, les issues obstétricales et le vécu des patientes.

Il s'agit d'une revue de la littérature, composée de cinq articles: une méta-analyse (Sng, 2014), une étude rétrospective cas-témoins (Moore, 2013), une étude qualitative (Floris, 2013), une étude prospective descriptive (Eri, 2011) et une analyse secondaire d'une étude observationnelle (Zhang, 2002).

Travail de bachelor présenté par Raphaëlle Jacamon et Marion Luthringer à la Haute école de santé Genève, 2015, 126 p.

Ce qu'il faut en retenir

Cette revue de la littérature, par son faible niveau de preuves scientifiques, ne permet pas de généraliser les résultats à la pratique. L'ALR peut être une réponse à la douleur des femmes algiques en phase de latence. Cependant, d'autres facteurs influencent cette douleur et il convient de s'en préoccuper afin d'offrir une prise en charge optimale. De plus, avant de se soucier des actions sur le travail et l'accouchement, il paraît primordial de se pencher sur les définitions régissant ces derniers afin de réadapter la courbe de progression du travail dans le souci de maintenir la physiologie au sein de la population actuelle.

Au post-partum: Le coût des accouchements instrumentés et par césarienne sont supérieurs à ceux d'un accouchement par voie basse (Rouzbeh-Senuma, 2004).

Il serait intéressant d'effectuer une comparaison entre les coûts énoncés ci-dessus et ceux liés à une augmentation de la dotation de personnel en salle d'accouchement, la généralisation d'un accompagnement global ou la création de chambres réservées aux patientes en phase de latence. Le propos ici n'est pas de remettre en question le taux d'accouchements instrumentés et par césarienne, mais plutôt de s'interroger sur les interventions allouées à des critères potentiellement trop stricts de dystocie.

Education: Il semblerait que les connaissances des femmes au sujet de la grossesse et de l'accouchement ne soient plus les mêmes qu'il y a plusieurs années. Les sages-femmes pourraient transmettre leurs expériences et connaissances aux jeunes filles et aux jeunes hommes dans les écoles lors de moments d'échanges sur les thèmes de la sexualité, de l'obstétrique, et de la douleur. De plus, il serait possible d'imaginer d'étendre l'autonomie de la sage-femme en redéfinissant son rôle et ses compétences en matière de gynécologie comme cela se fait dans certains pays, en effectuant le suivi physiologique des femmes et en abordant avec elles les questions inhérentes à l'obstétrique avant même qu'elles ne soient enceintes.

La liste complète des références peut être consultée dans la rubrique Actualités sur www.sage-femme.ch