



DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2023-2024

ÉCHELLE COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR EN OBSTÉTRIQUE :

Un nouvel outil d'évaluation de la douleur chez les femmes
durant le travail et l'accouchement ?

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE RÉDIGÉ ET SOUTENU

PAR

JADE AMRAOUI

Née le 06 juillet 2000 à Baden-Baden (Allemagne)

Directeur de mémoire Docteur Mathilde REVERT

Codirecteur de mémoire Docteur Vincent THUET

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce à l'aide de plusieurs personnes que je tiens tout particulièrement à remercier.

J'adresse d'abord mes sincères remerciements à Docteur Mathilde REVERT, ma directrice de mémoire, pour son accompagnement tout au long de l'élaboration de ce mémoire. Merci pour le temps que vous m'avez accordé, votre expertise et tout votre soutien qui ont été d'une grande aide.

Je souhaite également remercier Docteur Vincent THUET, mon co-directeur de mémoire, pour le partage de connaissances et d'expériences ainsi que ses précieux conseils qui ont permis l'aboutissement de ce mémoire.

Merci à toutes les sages-femmes, étudiant.e.s et diplômé.e.s, qui ont participé à l'étude et sans lequel.le.s je n'aurais pas pu effectuer ce travail de recherche sur l'ECDO.

Je remercie aussi toute l'équipe pédagogique du Département de maïeutique à l'Université de Strasbourg pour leur enseignement et soutien durant mes études de sage-femme.

Mes remerciements vont également à l'ensemble des professionnels de santé qui m'ont encadrée tout au long de ma formation de sage-femme.

A toutes ces patientes, ces couples et leurs bébés que j'ai suivis jusqu'à présent et pour lesquels je fais ce si beau métier qui me passionne tant.

Je tiens enfin à remercier ma famille pour leurs encouragements et leurs relectures.

Merci infiniment à Maman, Daddy et à la meilleure des sœurs Morgane qui sont toujours là pour moi.

Sommaire

Abréviations.....	5
Préambule : une expérience unique.....	7
I. Introduction.....	8
II. Méthodes.....	14
1. Plan expérimental	14
2. Population	14
3. Variables et données collectées	14
4. Méthode de mesure	16
5. Déroulement de l'étude	16
6. Analyses statistiques.....	17
7. Échéancier	17
8. Aspects réglementaires et législatifs	17
III. Résultats	19
1. Nombre total de résultats	19
2. Profil des sages-femmes.....	19
a. Statut des sages-femmes	20
b. Lieu d'exercice des sages-femmes	20
c. Formations supplémentaires des sages-femmes.....	21
3. L'expérience des sages-femmes en salle et/ou maison de naissances	22
a. Pratique courante de l'évaluation de la douleur des sages-femmes	22
b. Situations cliniques estimées importantes pour l'évaluation de la douleur ..	24
c. Méthodes d'évaluation de la douleur des sages-femmes	27
4. Avis des sages-femmes et affirmations sur l'ECDO	28
a. Premières impressions des sages-femmes sur l'ECDO.....	28
b. Nombre de tests effectués sur l'ECDO	31
c. Affirmations sur l'ECDO	31
5. Remarques en fin de questionnaire	38
IV. Discussion	40
1. Rappel des principaux résultats de l'étude	40

2.	Forces et limites de l'étude.....	41
a.	Forces de l'étude.....	41
b.	Limites de l'étude	43
3.	Interprétation des résultats de l'étude	44
a.	Première hypothèse : L'ECDO est utilisable.	44
b.	Deuxième hypothèse : L'ECDO est pertinente.....	45
c.	Troisième hypothèse : L'ECDO permet une prise en charge adaptée de la douleur.	46
4.	Perspectives.....	47
a.	Axes d'améliorations de l'ECDO	47
b.	L'ECDO, un outil supplémentaire en salle et maison de naissances	48
c.	Et si l'ECDO était un prémisses de l'intelligence artificielle ?.....	49
5.	Implication professionnelle	50
V.	Conclusion.....	51
VI.	Bibliographie.....	52

Table des figures et tableaux

Figure 1 : Echelle Comportementale de la Douleur en Obstétrique (ECDO) adaptée de l'ECPA et issue de la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023	12
Figure 2: Population et échantillonnage de la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023	14
Figure 3 : Diagramme de Gantt sur le déroulement de la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023	17
Figure 4 : Nombre total de réponses et pages complétées du questionnaire par les sages-femmes en Alsace dans la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023	19
Figure 5 : Nombre total de sages-femmes par tranche d'âge et statut d'étudiant.e ou diplômé.e en Alsace ayant répondu au questionnaire dans la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023	20
Figure 6 : Fréquence de l'évaluation de la douleur des sages-femmes dans leur pratique quotidienne en salle et/ou maison de naissances en Alsace dans la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023	23
Figure 7 : Méthodes d'évaluation de la douleur utilisées par les 41 sages-femmes en salle et/ou maison de naissances en Alsace dans la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023	27
Figure 8 : Avis des sages-femmes en Alsace sur leur pratique de l'évaluation de la douleur en salle et/ou maison de naissances et sur l'Echelle Comportementale de la Douleur en Obstétrique (ECDO) dans la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023	32
Figure 9 : Rappels des principaux résultats de l'étude dans la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023	40
Tableau 1 : Formations supplémentaires suivies par les 14 sages-femmes ayant une spécialité dans la gestion de la douleur en Alsace et leurs occurrences dans la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023	21
Tableau 2 : Situations cliniques par unités de sens où les sages-femmes en Alsace estiment important d'évaluer la douleur et leurs occurrences dans la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023	24

Tableau 3 : Premières impressions par unités de sens des sages-femmes sur l'Echelle Comportementale.....	28
Tableau 4 : Intérêts de l'Echelle Comportementale de la Douleur en Obstétrique (ECDO) par unités de sens selon les sages-femmes et leurs occurrences dans la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023	34
Tableau 5 : Limites de l'Echelle Comportementale de la Douleur en Obstétrique (ECDO) par unités de sens selon les sages-femmes et leurs occurrences dans la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023	35

Abréviations

IASP : International Association for the Study of Pain

OMS : Organisation mondiale de la santé

HAS : Haute Autorité de Santé

EVA : Echelle Visuelle Analogique

EN : Echelle Numérique

EVS : Echelle Verbale Simple

QDSA : Questionnaire de la Douleur Saint-Antoine

EC : Echelle Comportementale

ECPA : Echelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la Personne Agée non communicante

ECDO : Echelle Comportementale de la Douleur en Obstétrique

FGSMa3 : Troisième année de Formation Générale des Sciences Maïeutiques

FASMa1 : Première année de Formation Approfondie des Sciences Maïeutique

FASMa2 : Deuxième année de Formation Approfondie des Sciences Maïeutiques

APD : Analgésie péridurale

IADE : Infirmier anesthésiste diplômé d'État

MAP : Menace d'accouchement prématuré

IMG : Interruption médicale de grossesse

DA : Délivrance artificielle

RU : Révision utérine

CAT : Conduite à tenir

EDIN : Evaluation de la Douleur et de l'Inconfort du Nouveau-né

EVENDOL : Evaluation Enfant Douleur

EDAAP : Expression Douleur Adulte et Adolescent Polyhandicapés

DN4 : Douleur neuropathique en 4 questions

IA : Intelligence Artificielle

Préambule : une expérience unique

Durant mes études de sages-femmes, une situation m'a beaucoup marquée. Lors d'un stage, j'ai eu l'unique opportunité d'accompagner une patiente dont le projet de naissance était d'accoucher dans l'eau. Immédiatement, j'ai été impressionnée par sa gestion de la douleur : durant le travail et l'accouchement, l'immersion dans l'eau paraissait être une évidence pour mieux supporter la douleur liée aux contractions utérines. La patiente était à l'écoute de son corps et semblait maître de la douleur, je n'avais jamais vu une chose pareille ! C'était un privilège pour moi d'assister à un tel moment et d'être présente pour ce couple qui accueillait son premier enfant. J'ai observé le comportement de la femme, je l'ai encouragée, je l'ai rassurée. Je me souviens encore de sa gestuelle dans la baignoire, de son regard, de l'émotion qui jaillissait de toute part dans la salle de naissance et surtout, j'ai cette image en tête de la petite fille avec ses yeux et ses bras grands ouverts sous l'eau. Je crois bien que c'était l'un des plus beaux accouchements que j'ai vécu en tant qu'étudiante sage-femme. Suite à cette expérience, j'ai beaucoup pensé à notre rôle de sage-femme dans la prise en charge de la douleur. Cela a suscité en moi une réelle réflexion sur la manière dont les sages-femmes évaluent la douleur des patientes durant le travail et l'accouchement en vue de proposer une méthode adéquate de gestion de la douleur.

I. Introduction

Chacun d'entre nous a déjà fait l'expérience de la douleur mais celle vécue par les femmes durant le travail et l'accouchement demeure bien spécifique et fait appel à l'expertise des sages-femmes.

De manière générale, la douleur est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à, ou ressemblant à celle associée à, une lésion tissulaire réelle ou potentielle » (1). C'est la définition officielle de la douleur formulée par l'International Association for the Study of Pain (IASP), révisée en 2020 et adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui met l'accent sur la dimension subjective et personnelle de la douleur. Il s'agit donc d'un phénomène complexe, notamment en obstétrique. La douleur obstétricale, définie comme celle ressentie depuis le début du travail jusqu'au post-partum immédiat, est l'une des plus importantes douleurs décrites dans la littérature comme le démontrent les travaux pionniers de Ronald Melzack (2). La McGill Pain Scale, créée par ce dernier, montre que la douleur obstétricale compte parmi les plus intenses et serait comparable à celle associée à une amputation digitale. La douleur du travail est vécue par beaucoup de femmes comme la pire douleur jamais endurée, pouvant même être susceptible de modifier durablement les seuils douloureux après l'accouchement. Toutefois, il faut tenir compte du caractère multidimensionnel de la douleur : de nombreux facteurs influencent l'intensité de la douleur durant le travail et l'accouchement, tels que les caractéristiques maternelles individuelles, la parité, les facteurs socioculturels, cognitifs et émotionnels et les conditions obstétricales et environnementales (3).

Plus précisément, la femme expérimente deux types de douleurs obstétricales : lors du premier stade du travail, les contractions utérines permettent l'effacement et la dilatation du col ce qui provoque une douleur de type viscéral, impliquant d'un point de vue anatomique les racines T10 à L1. Lors du deuxième stade du travail, caractérisé par la descente et l'expulsion du fœtus, une douleur supplémentaire de type somatique intervient due aux contractions utérines et à l'impact de la présentation fœtale sur les structures pelviennes mettant en jeu les racines S1 à S5. L'étirement des fascias, la distension du plancher pelvien, du vagin, du périnée et les tractions des ligaments utérins, du péritoine pariétal, de l'urètre et du rectum sont responsables de ces

sensations douloureuses. La localisation de la douleur obstétricale se situe généralement dans le bas du ventre et/ou du dos et peut descendre jusque dans les cuisses avec parfois une envie impérieuse d'aller à la selle. Il faut souligner que cette douleur obstétricale joue un rôle important dans le processus physiologique du travail et de l'accouchement. Elle signale que le travail commence et stimule la production d'hormones comme les endorphines et l'ocytocine pour aider au soulagement de la femme. De plus, les fortes sensations ressenties et exprimées par la patiente peuvent renseigner sur la progression du travail. Elles peuvent également orienter la femme vers des positions qui la soulagent durant le travail et guider la patiente dans la phase d'expulsion à l'accouchement (4) (5).

La prise en charge de la douleur a été définie comme une priorité de santé publique par la loi du 4 mars 2002 ou loi Kouchner relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Elle énonce que « 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 » (6). L'évaluation de la douleur est une obligation légale du professionnel de santé et fait partie des droits du patient. Elle représente un indicateur de qualité et de sécurité des soins de la Haute Autorité de Santé (HAS), tout comme la bonne tenue du dossier patient ou encore le niveau de satisfaction des patients par exemple (7). Ainsi, l'évaluation et la prise en charge de la douleur doivent être appliquées en obstétrique. De plus, le Référentiel métier et compétences des sages-femmes indique dans la situation 4 que la sage-femme « assure l'accouchement physiologique et son accompagnement (...) en aidant la femme à gérer la douleur, en vérifiant l'adaptation de la femme à la douleur et en lui proposant les moyens d'analgésie adéquats » (8). La sage-femme est donc un acteur central dans la prise en charge de la douleur des femmes durant le travail et l'accouchement.

L'évaluation de la douleur, fondamentale pour une bonne prise en charge de la patiente, constitue un véritable enjeu de santé publique en tant que critère de qualité (9). Des outils de mesure ont été validés par la HAS pour aider à identifier et décrire la douleur (10). Ils permettent en quelque sorte de rendre objectif ce qui est subjectif. Ces outils sont nombreux et consistent en différentes échelles ou questionnaires validés par des travaux de recherche. Les plus connus sont les outils unidimensionnels tels que l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) et l'Echelle Numérique (EN) ou encore l'Echelle Verbale Simple (EVS) qui reposent sur une auto-évaluation de la douleur : ce

sont les échelles les plus utilisées en obstétrique et en médecine de manière générale. D'une part, l'EVA se présente sous la forme d'une règle avec deux faces : une face pour le patient qui l'invite à positionner un curseur entre deux propositions « pas de douleur » et « douleur maximale imaginable » selon le ressenti douloureux au moment présent, une autre face pour le soignant graduée de 0 à 10 permettant d'obtenir un score de la douleur au regard de la position du curseur (Annexe 1). D'autre part, l'EN repose sur une demande du soignant auprès du patient de noter sa douleur de 0 à 10, 0 étant l'absence de douleur et 10 la pire douleur imaginable. Aussi, l'EVS est composée de cinq catégories descriptives classées par ordre croissant appréciant l'intensité douloureuse avec un score respectif (douleur absente = 0, douleur faible = 1, douleur modérée = 2, douleur intense = 3, douleur extrêmement intense = 4). D'autres outils multidimensionnels existent permettant d'évaluer les différentes composantes qualitatives et quantitatives de la douleur : le McGill Pain Questionnaire de Melzack adapté en français sous le nom de Questionnaire de la Douleur Saint-Antoine (QDSA) (Annexe 2) est un exemple où le patient auto-évalue sa douleur de 0 à 4 à l'aide d'une liste de 61 adjectifs (3). Plus récemment dans le domaine de l'obstétrique, un algorithme d'évaluation du comportement de la femme en travail (Annexe 3) a été inspiré de l'algorithme « The Coping With Labor Algorithm », basé sur l'évaluation de la capacité des femmes à « faire face » au travail de l'accouchement : selon la réponse à la question « Comment faites-vous face à votre travail ? », les sages-femmes proposent différentes méthodes de gestion de la douleur (11).

Cependant, emparées par la douleur durant le travail et l'accouchement, les femmes ne peuvent pas toujours exprimer oralement leur douleur. D'autres outils prennent alors le relais basés sur une hétéro-évaluation de la douleur. Ils reposent sur l'observation directe par le professionnel de santé des manifestations comportementales du patient, indicateurs de la douleur. L'Echelle Comportementale (EC) de Bonnel et Bourreau est un exemple (12). Elle évalue la douleur des patientes durant le travail et plus particulièrement durant la contraction en 5 points : comportement inchangé (0 point), modifications du rythme respiratoire seulement pendant les contractions (1 point), apparition d'une crispation des mains sur le drap, le lit ou le bras de la personne qui l'assiste (2 points), persistance des modifications précédentes entre les contractions (3 points), agitation incontrôlable (4 points). D'autres échelles d'hétéro-évaluation attirent notre attention car les modalités de

réponses présentent certaines similitudes avec les attitudes et les comportements des patientes en travail et lors de l'accouchement (10). Ce sont les échelles d'évaluation de la douleur chez la personne âgée. Nous distinguons d'abord Algoplus qui est une échelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée non communicante où le soignant observe successivement le visage, le regard, la bouche et le corps (Annexe 4). De plus, une autre échelle est intéressante : l'Echelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la Personne Agée non communicante (ECPA) (Annexe 5). Elle comprend des observations complètes avant et pendant les soins faisant référence à l'expression du visage, la position spontanée au repos, la mobilité, la relation à autrui, l'anticipation anxieuse aux soins, les réactions pendant la mobilisation, les réactions pendant les soins et les plaintes exprimées par la patiente. Les critères tels que « expression complètement figée », « le sujet reste immobile comme cloué par la douleur », « cris, soupirs, gémissements » sont des exemples qui font écho aux comportements de la femme durant le travail et l'accouchement. L'ECPA paraît donc pertinente pour être utilisée comme modèle afin d'élaborer une nouvelle échelle comportementale propre à la douleur des femmes en salle et/ou maison de naissances.

Une évaluation spécifique de la douleur endurée par les femmes à ce moment si particulier de leur vie est importante afin d'assurer une prise en charge optimale de la patiente. Nous allons donc adapter l'ECPA, validée par l'HAS, et ainsi créer un nouvel outil d'évaluation de la douleur des femmes durant le travail et l'accouchement que nous appellerons Echelle Comportementale de la Douleur en Obstétrique ou ECDO, présentée ci-dessous (Figure 1). Ce nouvel outil comprend 8 items qui sont les suivants : I. Expression du visage : regard et mimique, II. Position spontanée, III. Mouvements ou mobilité (hors et/ou dans son lit), IV. Relation à autrui, V. Anticipation anxieuse, VI. Réactions aux soins infirmiers, aux examens obstétricaux et à l'accouchement, VII. Réactions aux contractions, VIII. Plaintes exprimées. Chaque item comporte 5 modalités de réponse qui lui sont respectives et cotées de 0 à 4. Chaque niveau entre 0 et 4 représente un degré de douleur croissant et est exclusif des autres pour le même item. Le score total varie alors de 0 (absence de douleur) à 32 (douleur totale).

OBSERVATIONS	
I. Expression du visage : regard et mimique	0 : Visage détendu 1 : Visage soucieux 2 : La patiente grimace de temps en temps 3 : Regard effrayé et/ou visage crispé 4 : Expression complètement figée
II. Position spontanée	0 : La patiente n'a besoin d'aucune position antalgique 1 : La patiente évite une position 2 : La patiente choisit une position antalgique 3 : La patiente recherche sans succès une position antalgique 4 : La patiente reste stoïque comme clouée par la douleur
III. Mouvements ou mobilité (hors et/ou dans son lit)	0 : La patiente bouge librement 1 : La patiente bouge mais évite certains mouvements 2 : Lenteur, rareté des mouvements 3 : Immobilité 4 : Etat de prostration ou forte agitation incontrôlable
IV. Relation à autrui	0 : Communication facile avec l'entourage et/ou le soignant 1 : Communication difficile à établir avec l'entourage et/ou le soignant 2 : La patiente est violente verbalement et/ou physiquement avec l'entourage et/ou le soignant 3 : La patiente refuse le contact avec l'entourage et/ou le soignant 4 : Indifférence totale
V. Anticipation anxieuse	0 : La patiente ne montre pas d'anxiété 1 : Angoisse du regard, impression de peur 2 : La patiente est agitée 3 : La patiente est agressive 4 : Cris, soupirs, gémissements
VI. Réactions aux soins infirmiers, aux examens obstétricaux et à l'accouchement	0 : La patiente accepte le soin et/ou l'examen 1 : La patiente a un regard attentif et semble craindre le soin et/ou l'examen 2 : La patiente retient de la main ou guide les gestes lors du soin et ou de l'examen 3 : La patiente recherche une position antalgique 4 : La patiente s'oppose au soin et/ou à l'examen
VII. Réactions aux contractions	0 : Aucune réaction à la contraction 1 : La patiente a le corps crispé pendant les contractions 2 : La patiente ne se détend pas entre les contractions 3 : La patiente souffle bruyamment 4 : La patiente a une respiration incontrôlée
VIII. Plaintes exprimées	0 : Aucune plainte 1 : La patiente se plaint si l'entourage et/ou le soignant s'adresse à elle 2 : La patiente se plaint dès la présence du soignant 3 : La patiente gémit ou pleure silencieusement 4 : La patiente crie ou se plaint violemment
SCORE TOTAL /32	

Figure 1 : Echelle Comportementale de la Douleur en Obstétrique (ECDO) adaptée de l'ECPA et issue de la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023

L'étude repose sur la question de recherche suivante : Est-ce que l'Echelle Comportementale de la Douleur en Obstétrique (ECDO) est applicable chez les femmes durant le travail et l'accouchement ?

L'objectif de l'étude était d'adapter et de recueillir l'avis des sages-femmes d'Alsace sur un nouvel outil de mesure de la douleur appelé « Echelle Comportementale de la Douleur en Obstétrique (ECDO) » chez les femmes durant le travail et l'accouchement du 23 octobre 2022 au 20 janvier 2023.

Pour la réalisation de cette étude, trois hypothèses ont été établies *a priori*. La première hypothèse de recherche suppose que l'ECDO peut être utilisée par les sages-femmes chez les patientes durant le travail et l'accouchement. La seconde hypothèse présume que l'ECDO est pertinente pour évaluer la douleur des femmes pendant le travail et l'accouchement. Enfin, la troisième hypothèse avance que l'ECDO pourrait faciliter une prise en charge adaptée de la douleur.

Néanmoins, la méthodologie mixte adoptée dans le cadre de cette recherche semi-quantitative avec notamment la rédaction de questions ouvertes dans le questionnaire pourrait laisser place à de nouvelles hypothèses émergentes *a posteriori*. Ces hypothèses seraient alors présentées dans la section de l'analyse des résultats de ce manuscrit.

II. Méthodes

1. Plan expérimental

Il s'agit d'une étude semi-quantitative et descriptive où nous avons recueilli l'avis des sages-femmes sur l'ECDO, élaborée à partir de l'ECPA.

2. Population

La population d'étude est représentée par les étudiant.e.s sages-femmes au Département de maïeutique à l'Université de Strasbourg ainsi que par les sages-femmes diplômé.e.s exerçant en salle et/ou en maison de naissances dans toute l'Alsace (Figure 2).

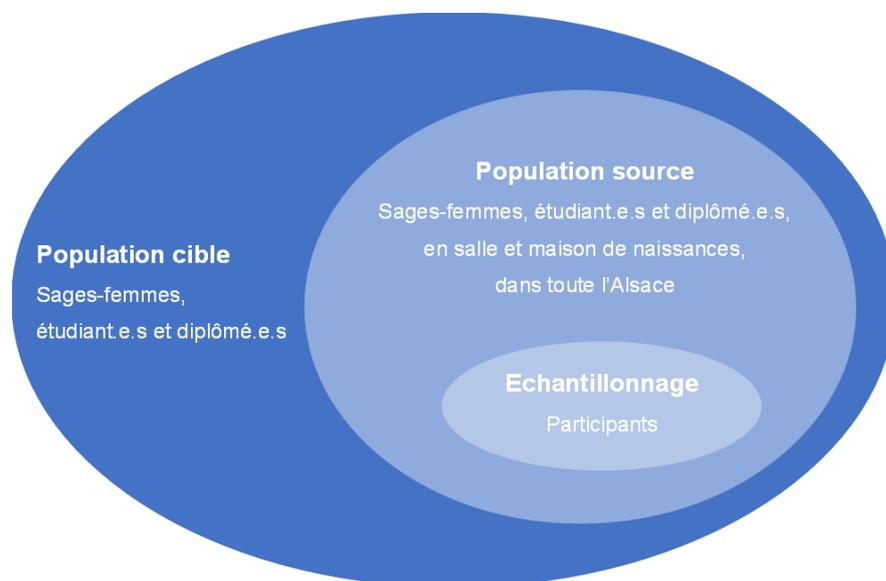


Figure 2: Population et échantillonnage de la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023

L'étude inclut l'observation par les sages-femmes dans leur pratique clinique des femmes prises en charge durant le travail et l'accouchement. Toute patiente admise en salle ou maison de naissances, quel que soit l'âge, l'origine et le dossier médical, peut faire l'objet de cette observation.

3. Variables et données collectées

Dans un premier temps, nous avons adapté l'ECPA aux femmes durant le travail et l'accouchement afin de créer l'ECDO composée d'un ensemble de variables qualitatives ordinales (Figure 1). Ces dernières décrivent les différents comportements

de douleur et permettent ainsi d'obtenir un score total de la douleur variant de 0 (absence de douleur) à 32 (douleur totale).

Dans un deuxième temps, nous avons diffusé un questionnaire électronique (Annexe 6) via l'application Limesurvey GmbH afin de recueillir l'avis des sages-femmes, étudiant.e.s et diplômé.e.s de toute l'Alsace sur l'ECDO. Nous avons laissé l'opportunité aux participants de tester l'ECDO en amont à l'aide d'une version électronique ou papier.

Le questionnaire est composé de plusieurs parties A, B, C, D et E. La partie A « A propos de vous » décrit le profil des sages-femmes participant.e.s : leur sexe, âge, statut, formation, lieu d'exercice. La partie B « Votre pratique en salle de naissances » décrit l'évaluation de la douleur dans la pratique quotidienne des sages-femmes participant.e.s. Les questions reposent sur plusieurs critères : la pratique, fréquence et méthode de l'évaluation de la douleur, les situations impliquant cette évaluation, la satisfaction des sages-femmes vis-à-vis de leur pratique. La partie C « Votre avis sur l'Echelle Comportementale de la Douleur en Obstétrique (ECDO) » donne un premier point de vue des participant.e.s quant à ce nouvel outil d'évaluation de la douleur chez les femmes durant le travail et l'accouchement : leurs premières impressions à la découverte de l'ECDO, le nombre et la durée des tests de l'ECDO effectués. La partie D « Affirmations vis-à-vis de l'utilisation de l'ECDO » précise l'avis des sages-femmes sur l'ECDO : sa compréhension, son utilisation, ses intérêts et limites, les modifications et les recommandations à suggérer. La partie E « Commentaires » laisse aux participant.e.s la possibilité de formuler une dernière remarque sur l'étude.

Grâce au questionnaire nous avons ainsi collecté à la fois des variables qualitatives nominales, binaires et majoritairement ordinales en réponse aux questions fermées qui ont permis de donner des réponses claires et précises. Des échelles de Likert à cinq modalités ont été également établies afin d'évaluer plusieurs critères : dans la partie B, nous avons questionné les sages-femmes sur l'adéquation de l'échelle d'évaluation de la douleur employée actuellement dans leur pratique : « très inadéquate », « inadéquate », « ni adéquate, ni inadéquate », « adéquate », « très adéquate » ; nous avons aussi sondé les sages-femmes sur la satisfaction de leur évaluation de la douleur en salle et/ou maison de naissances : « très insatisfait.e », « insatisfait.e », « ni satisfait.e, ni insatisfait.e », « satisfait.e », « très satisfait.e » ; et

surtout dans la partie D, nous avons sollicité l'avis des sages-femmes sur diverses affirmations vis-à-vis de l'ECDO : « pas d'accord », « plutôt pas d'accord », « ni d'accord, ni pas d'accord », « plutôt d'accord », « tout à fait d'accord ». Ces échelles de Likert sont intéressantes car elles permettent d'obtenir les différentes opinions des sages-femmes ayant répondu au questionnaire et de recueillir des avis plus nuancés que les questions fermées. Enfin, nous avons également récolté des données textuelles en réponses aux questions ouvertes offrant aux participant.e.s de l'étude la possibilité de s'exprimer plus librement au-delà des questions fermées.

4. Méthode de mesure

Le questionnaire est la méthode de mesure employée pour cette étude semi-quantitative et descriptive. La trame du questionnaire a d'abord été élaborée sur le logiciel de traitement de texte Word Microsoft 365 puis mis en forme sur le logiciel Limesurvey GmbH, plateforme d'enquête accessible via l'Université de Strasbourg et optimale pour ce type d'étude. Le questionnaire électronique a été testé au préalable par une dizaine de personnes afin de vérifier sa faisabilité et le temps nécessaire pour le réaliser, soit entre 5 et 10 minutes environ.

5. Déroulement de l'étude

L'étude a été réalisée du 24 octobre 2022 au 20 janvier 2023 à l'aide d'un questionnaire adressé aux sages-femmes, étudiant.e.s et diplômé.e.s, de toute l'Alsace pour recueillir leur avis sur l'ECDO.

Le questionnaire a été diffusé par voie électronique aux étudiant.e.s sages-femmes du Département de maïeutique à l'Université de Strasbourg et une demande a été faite à l'Ordre Départemental des Sages-Femmes du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, aux cadres des maternités de toute l'Alsace et à la maison de naissance Manala à Sélestat pour partager le questionnaire aux sages-femmes. Un texte explicatif (Annexe 7) a été joint au questionnaire incitant la participation des sages-femmes à l'étude. La communication orale en stage a également permis de susciter l'intérêt des sages-femmes à l'étude et deux relances par voie électronique ont été faites pour augmenter le nombre de réponses au questionnaire.

6. Analyses statistiques

D'une part, nous avons réalisé des analyses statistiques de l'étude. Le logiciel Limesurvey GmbH a enregistré les réponses au questionnaire et une extraction des réponses a été faite vers le logiciel Excel Microsoft 365. Nous avons ainsi pu réaliser une base de données recensant l'ensemble des réponses au questionnaire. Le logiciel Excel Microsoft 365 a ensuite été exploité pour la construction de tableaux croisés dynamiques et de graphiques permettant une analyse quantitative de l'étude.

D'autre part, les réponses aux questions ouvertes ont été analysées de manière qualitative à l'aide d'un classement par unités de sens.

7. Échéancier

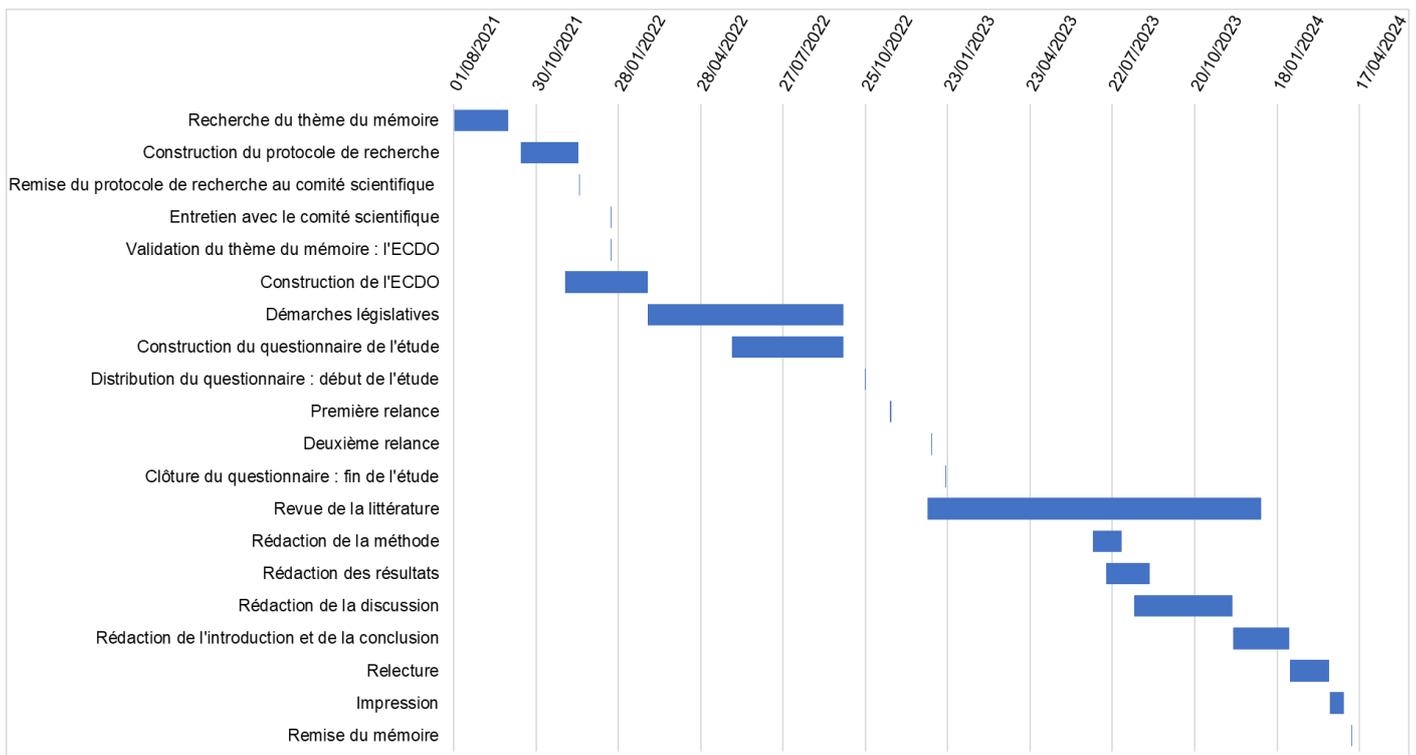


Figure 3 : Diagramme de Gantt sur le déroulement de la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023

8. Aspects réglementaires et législatifs

Plusieurs éléments ont été mis en place afin de respecter la réglementation en vigueur dans un travail de recherche.

Tout d'abord, un protocole de recherche a été validé au cours d'un entretien avec un comité scientifique le 20 janvier 2022. Les aspects législatifs ont ensuite été traités avec un délégué à la protection des données à la Direction des Affaires Juridiques de Strasbourg et les démarches ont été effectuées afin d'enregistrer le questionnaire de l'étude au registre des traitements de données des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

Par ailleurs, la politique de données (Annexe 8) a été précisée aux participants de l'étude, nécessitant une confirmation avant de pouvoir débiter le questionnaire.

III. Résultats

1. Nombre total de résultats

Le nombre total de sages-femmes ayant participé à l'étude en répondant au questionnaire s'élevait à 60 personnes.

Les réponses étaient complètes pour 30/60 personnes, incomplètes pour 30/60 personnes. Parmi les 30 réponses incomplètes, 17 sages-femmes s'arrêtaient à la page 1 du questionnaire correspondant à toute la partie A intitulée « A propos de vous » ; six sages-femmes poursuivaient le questionnaire jusqu'à la page 2 se référant à toute la partie B appelée « Votre pratique en salle de naissances » ; sept sages-femmes répondaient partiellement au questionnaire jusqu'à la page 3 qui coïncide à la partie C nommée « Votre avis sur l'ECDO » et à la partie D du questionnaire « Affirmations sur l'ECDO » (Figure 4).

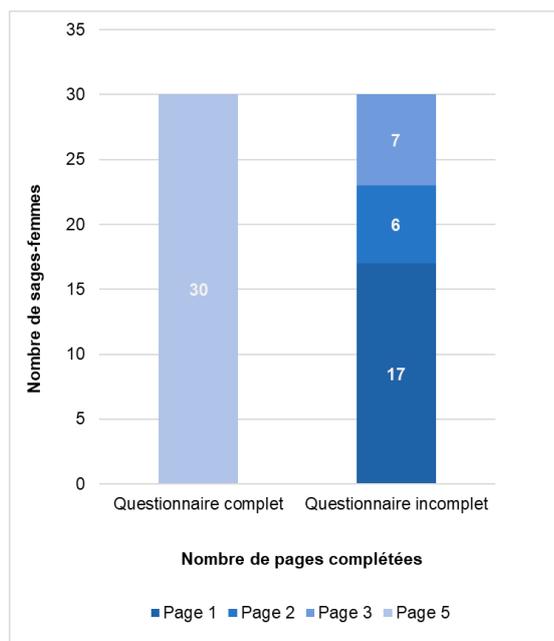


Figure 4 : Nombre total de réponses et pages complétées du questionnaire par les sages-femmes en Alsace dans la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023

Au total, la durée moyenne de réponse au questionnaire par les participant.e.s de l'étude ayant répondu complètement à l'étude était calculée à environ six minutes.

2. Profil des sages-femmes

Le profil des 60 sages-femmes ayant participé à l'étude était décrit dans la partie A du questionnaire.

a. Statut des sages-femmes

Parmi les 60 réponses se trouvaient 56 femmes et quatre hommes. Il y avait 38 sages-femmes diplômé.e.s dont une personne en autorisation d'exercice et 22 étudiant.e.s sages-femmes (Figure 5).

Le questionnaire recensait la date d'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme ainsi que l'année de formation des étudiant.e.s sages-femmes. Les 38 sages-femmes diplômé.e.s avaient obtenu leur diplôme d'état entre 1993 et 2021, la médiane obtenue étant l'année 2009. En moyenne, les sages-femmes diplômé.e.s ayant répondu au questionnaire avaient donc une expérience de 14 ans. Sur les 22 étudiant.e.s sages-femmes, la majorité soit 11 personnes étaient en première année de Formation Approfondie des Sciences Maïeutiques (FASMa1), six personnes en troisième année de Formation Générale des Sciences Maïeutiques (FGSMa3) et cinq personnes en deuxième année de Formation Approfondie des Sciences Maïeutiques (FASMa2).

La majorité, soit 45/60 sages-femmes, avaient entre 20 et 40 ans, 15/60 sages-femmes étaient âgé.e.s entre 41 et 60 ans et aucun.e participant.e de l'étude ne figurait dans la classe d'âge supérieure à 60 ans (Figure 5).

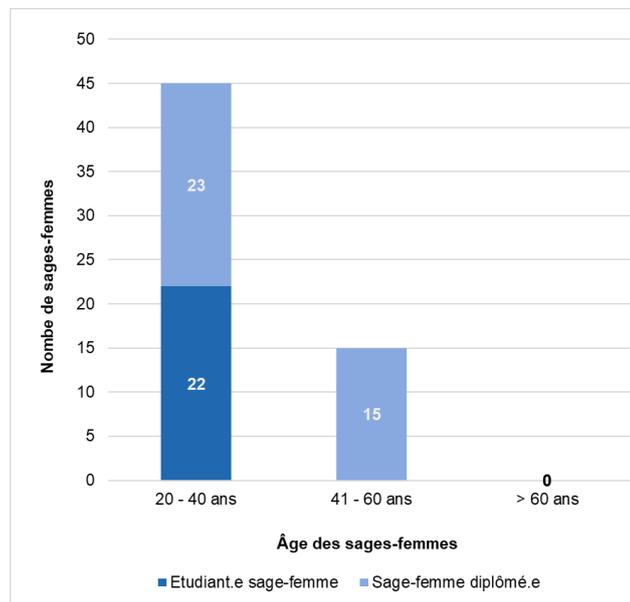


Figure 5 : Nombre total de sages-femmes par tranche d'âge et statut d'étudiant.e ou diplômé.e en Alsace ayant répondu au questionnaire dans la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023

b. Lieu d'exercice des sages-femmes

Le type de structure où exerçaient les sages-femmes était également précisé. L'ensemble des participant.e.s inclus.es dans l'étude travaillait en salle et/ou maison

de naissances : en effet, le questionnaire était envoyé exclusivement aux sages-femmes pratiquant en salle et/ou maison de naissances en Alsace où ils.elles prenaient en charge des patientes durant le travail et/ou l'accouchement. Tous.les les 22 étudiant.e.s sages-femmes étaient inscrit.e.s au Département de maïeutique à l'Université de Strasbourg et exerçaient dans le cadre de leur stage dans tous les secteurs et types de maternités en Alsace. Parmi les 38 sages-femmes diplômé.e.s, 23 professionnel.le.s travaillaient dans le secteur public : 2/23 personnes étaient en maternité de type I, 13/23 personnes en maternité de type II et 8/23 personnes en maternité de type III dont un.e sage-femme en autorisation d'exercice. De plus, trois sages-femmes étaient en maison de naissances dont une personne qui précisait exercer en plateau technique en collaboration avec une maternité de type III. Aucun.e participant.e à l'étude avait renseigné pratiquer le métier en secteur privé.

Par ailleurs, 12/60 données étaient partiellement renseignées, deux personnes indiquant le secteur public sans le type de maternité associé, six personnes mentionnant la maternité de type II sans le secteur associé et quatre personnes inscrivant la maternité de type III sans le secteur associé.

c. Formations supplémentaires des sages-femmes

Le questionnaire soulignait aussi les éventuelles formations supplémentaires obtenues par les sages-femmes dans la prise en charge de la douleur des patientes en salle et/ou maison de naissances (Tableau 1).

Formations supplémentaires des 14 sages-femmes														TOTAL
Méthode De Gasquet	x	x			x		x		x	x			x	7
Acupuncture	x		x		x		x						x	6
Hypnose	x		x		x				x			x	x	6
Sophrologie et méditation en pleine conscience				x						x				2
Naître enchantée				x				x						2
Podcasts et documentation personnelle						x					x			2
Homéopathie											x			1
Yoga											x			1
Préparation physico-émotionnelle				x										1
Méthode Bonapace	x													1
Accouchement physiologique de M. Odent et J. Lavillonière											x			1

Tableau 1 : Formations supplémentaires suivies par les 14 sages-femmes ayant une spécialité dans la gestion de la douleur en Alsace et leurs occurrences dans la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023

Parmi les 60 sages-femmes ayant participé à l'étude, 14 personnes avaient suivi des formations complémentaires au cours de leur carrière : d'abord, nous avons retrouvé majoritairement la méthode De Gasquet, citée par sept sages-femmes, correspondant à une approche posturo-respiratoire. Puis, l'acupuncture ainsi que l'hypnose figuraient parmi les formations supplémentaires des sages-femmes, chacune de ces formations citée six fois par les participant.e.s de l'étude. Ensuite, la sophrologie et la méditation en pleine conscience représentaient des spécialisations de deux sages-femmes. La formation dite « Naître enchantée », basée sur le chant prénatal, était citée par deux sages-femmes également. A nouveau deux sages-femmes évoquaient des documentations personnelles sans davantage de précision. Enfin, un.e participant.e à l'étude était spécialisé.e dans chacune des formations qui suivent : l'homéopathie, le yoga, la préparation physico-émotionnelle, la méthode Bonapace et l'accouchement physiologique de M. Odent et J. Lavillonière faisant référence à l'accouchement naturel.

3. L'expérience des sages-femmes en salle et/ou maison de naissances

L'expérience des sages-femmes en salle et/ou maison de naissances ayant participé à l'étude était décrite dans la partie B du questionnaire.

a. Pratique courante de l'évaluation de la douleur des sages-femmes

Dans un premier temps, la pratique ou non d'une évaluation de la douleur des patientes étaient recherchées. Au total, 43 réponses de la part des sages-femmes de l'étude étaient enregistrées et 17 données étaient manquantes correspondant aux personnes dont le questionnaire était incomplet avec un arrêt à la page 1. L'ensemble des 43 sages-femmes ayant répondu attestait qu'ils.elles évaluaient la douleur des patientes en salle et/ou maison de naissances.

Dans un second temps, la fréquence de l'évaluation de la douleur des patientes par les sages-femmes était questionnée (Figure 6).

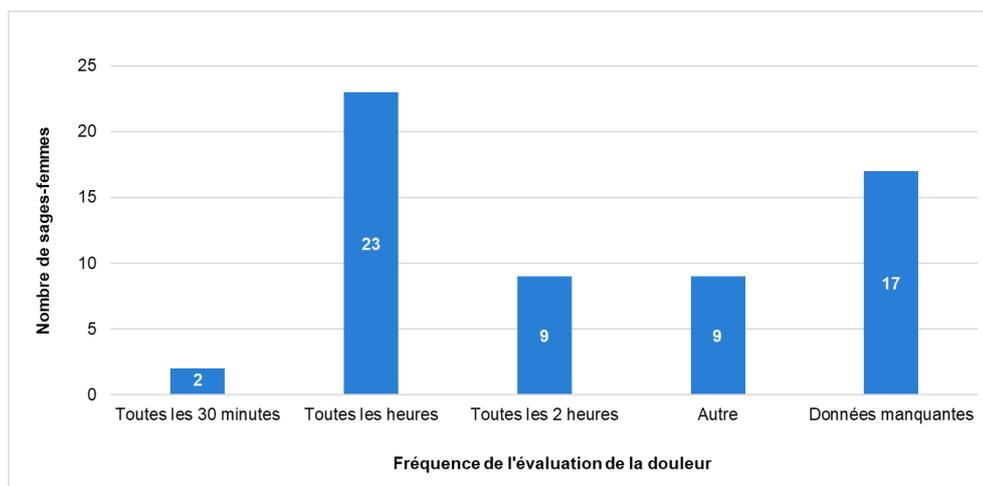


Figure 6 : Fréquence de l'évaluation de la douleur des sages-femmes dans leur pratique quotidienne en salle et/ou maison de naissances en Alsace dans la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023

Parmi les 43 personnes ayant répondu, deux sages-femmes évaluaient la douleur toutes les 30 minutes, 23 sages-femmes toutes les heures et neuf sages-femmes toutes les deux heures.

Neuf autres personnes avaient répondu qu'elles pratiquaient l'évaluation de la douleur différemment, pas selon une fréquence bien établie mais selon la patiente, la situation et/ou leur expérience en tant que professionnel.le de santé : « *ça dépend des patientes* », « *suivant la patiente* », « *quand je perçois du changement dans l'évolution de la situation ou pour évaluer le bénéfice d'une méthode mise en place : en fait j'évalue selon le contexte et pas selon un rythme fixe* », « *en fonction de la situation* », « *selon ma clinique* ». Un.e de ces sages-femmes avouait qu'il.elle évaluait la douleur des patientes « *pas forcément de manière régulière* ». Un.e autre de ces neuf sages-femmes détaillait en quoi son évaluation était dépendante de la situation rencontrée, notamment la présence ou non d'une analgésie péridurale (APD) : « *Je ne pose pas la question systématiquement, personnellement, pour savoir à combien j'évalue ou non sa douleur entre 0 et 10, je la pose plus en fonction de la situation, je m'adapte. Si elle a une analgésie péridurale, je lui demande si elle est bien soulagée. Si je vois qu'elle est bien soulagée car elle arrive à se reposer, je ne lui demande pas à combien elle situe la douleur entre 0 et 10 : par ma clinique, je déduis qu'elle est bien soulagée. Par contre, si une patiente sonne car elle ressent à nouveau les choses différemment et plus douloureusement, j'examine en première intention pour voir si la dilation bouge concrètement (ce qui pourrait expliquer que le travail s'accélère plus rapidement que prévu et que l'APD n'arrive plus assez à soulager la patiente), et en fonction je lui*

demande à combien elle évalue cette douleur pour transmettre l'information à l'infirmier anesthésiste diplômé d'État (IADE) de la salle de naissance. En ayant réexaminé et en connaissant la dilatation exacte de la patiente, l'IADE pourra plus facilement essayer de la soulager. De plus, je pense qu'expliquer à une patiente, qui passe par exemple de 6 à dilatation complète, pourquoi elle ressent à nouveau les choses, lui permet aussi plus facilement d'accepter cette douleur. Dans le cas des patientes qui n'ont pas APD et qui n'en souhaite pas, je m'intéresse plutôt à savoir comment elles ressentent les choses et en comparaison à avant. Je ne vois pas spécialement l'intérêt de lui demander d'évaluer sa douleur entre 0 et 10 alors qu'on voit qu'elle a très mal et on sait qu'elle ne souhaite pas d'APD. ». Il est également intéressant de souligner que parmi ces neuf sages-femmes, deux personnes indiquaient qu'elles évaluaient la douleur des patientes « en continu ».

b. Situations cliniques estimées importantes pour l'évaluation de la douleur

Les sages-femmes énonçaient les situations cliniques où il.elles estimaient important d'évaluer la douleur d'une patiente en salle et/ou maison de naissances. Au total, 41 réponses de la part des sages-femmes de l'étude étaient enregistrées et 19 données étaient manquantes correspondant aux personnes dont le questionnaire était incomplet avec un arrêt à la page 1 incluse.

Toutes les situations cliniques indiquées en réponses ouvertes ont été classées par unités de sens. Nous avons ainsi obtenu 12 unités de sens décrites ci-dessous par occurrence (Tableau 2).

Situations cliniques : unités de sens	Occurrence
Travail	37
Prise en charge médicale de la douleur	18
Pathologies obstétricales	12
Admission de la patiente	11
Toutes les situations	11
Acte médical	5
Post-partum	5
Attitude de la patiente	5
Plaintes de la patiente	4
Accouchement	4
Pathologies associées à la grossesse	2
Barrière linguistique	1
Données manquantes	19

Tableau 2 : Situations cliniques par unités de sens où les sages-femmes en Alsace estiment important d'évaluer la douleur et leurs occurrences dans la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023

En première position dominait, pour 37/41 sages-femmes, l'évaluation de la douleur durant le travail qui a été décrit de la façon suivante : « *travail spontané ou déclenchement* » ; « *lors de déclenchement* » cité trois fois ; « *travail physiologique* » ; « *travail nature* » ; « *lors de contractions* » ; « *si contractions ressenties* » ; « *dès la présence de contractions* » ; « *en travail* » dit sept fois ; « *en début de travail* » énuméré cinq fois ; « *au cours du travail* » retrouvé à trois reprises ; « *en fin de travail* » ; « *pendant tout le travail* » cité trois fois ; « *évolution du travail* » ; « *réévaluation de l'avancée du travail* » ; « *avancée du travail* » exprimée à trois reprises ; « *durée passée dans la phase de latence* » ; « *avant la phase active* » ; « *transition vers la phase active* » ; « *lors d'un évènement nouveau au cours du travail* ».

En seconde position se trouvait, pour 18/41 sages-femmes, l'évaluation de la douleur lors de la prise en charge médicale de la douleur qui a été traduite de la façon suivante : « *pour accéder à une méthode analgésique* » ; « *avant et après de donner des antalgiques* » ; « *avant/après mesure d'antalgie* » ; « *dès lors qu'un traitement antalgique est initié* » ; « *pour avoir une idée si oui ou non le traitement mis en place fonctionne* » ; « *surtout sans analgésie* » ; « *sous APD* » ; « *si pose ou non de la péridurale* » ; « *sous anesthésie péridurale (...) ou sans* » ; « *femme sans APD (...), femme ayant une APD pour vérifier la nécessité de réinjecter, femme venant d'avoir une APD pour vérifier son efficacité* » ; « *avant APD* » ; « *avant la pose de péridurale pour en justifier l'intérêt* » ; « *avant et après la pose de péridurale* » cité deux fois ; « *pour accéder à une méthode analgésique* » ; « *pour une pose de péridurale en début de travail* » ; « *femme ayant une APD pour vérifier la nécessité de réinjecter* » ; « *efficacité de la péridurale* » ; « *si péridurale et persistance des douleurs* ».

La troisième position était représentée, pour 12/41 sages-femmes, par l'évaluation de la douleur en cas de pathologies ou difficultés obstétricales citées de la manière qui suit : « *dans le cadre d'un utérus cicatriciel* » ; « *MAP* » évoquée à deux reprises ; « *dans le contexte d'IMG* » ; « *pour dépister des dystocies* » ; « *lors des dystocies de démarrage* » répétée quatre fois ; « *stagnation de la dilation* » ; « *travail long* » ; « *en cas de faux travail* ».

Par la suite, 11/41 personnes estimaient important d'évaluer la douleur à l'admission de la patiente : « *arrivée aux urgences pour localiser la douleur* » ; « *quand une dame arrive aux urgences* » ; « *à l'accueil aux urgences et en salle de naissances* » ; « *à l'arrivée de la patiente* » ; « *lors de son arrivée* » ; « *femme arrivant* ».

en salle de naissances » ; « lors d'une admission d'une parturiente ou lors d'une consultation » ; « lors des consultations en urgence » ; « lors d'une consultation » ; « consultation pour contractions » ; « consultation pour douleurs ». Pour 11/41 sages-femmes également, l'évaluation de la douleur était primordiale dans toutes les situations : « dans toutes les situations » énumérée deux fois ; « toute situation pouvant induire des douleurs » ; « toute source de douleur possible » ; « toutes les situations cliniques » ; « dans toutes les situations douloureuses de A à Z !!! » ; « pour toutes les patientes » citée deux fois ; « à tout moment » ; « tout au long de la prise en charge » ; « il est toujours important de savoir évaluer la douleur ».

Ensuite, 5/41 sages-femmes manifestaient de l'intérêt pour l'évaluation de la douleur dans le cadre d'un acte médical, dans le post-partum et selon l'attitude de la patiente. La référence à un acte médical a été décrite de la façon suivante : « *une intervention de type sondage urinaire* » ; « *rupture de la poche des eaux* » ; « *suture* » ; « *DA/RU* » ; « *encore plus si un acte est réalisé* » ; le post-partum comprenait les réponses « *femme dans le post-partum* » citée deux fois, « *le post-partum immédiat* » et « *les suites de couches* » citée à deux reprises ; l'attitude de la patiente se traduisait par « *une patiente qui semble algique* », « *un changement d'attitude ou de position* », « *une modification du ressenti* », « *voir sa manière de gérer la douleur* », « *une patiente qui ne gère pas sa douleur* ».

Aussi, les plaintes de la patiente étaient importantes pour 4/41 sages-femmes qui le retranscrivaient de cette manière : « *lorsqu'une patiente dit qu'elle est algique* » ; « *quand une personne nous dit qu'elle a mal, elle a mal* » ; « *dès lors que la patiente exprime une plainte* » ; « *suivant sa demande* ». Il y avait aussi 4/41 sages-femmes qui estimaient important d'évaluer la douleur lors de l'accouchement « *si une dame dit que ça pousse* », « *avant l'installation pour l'expulsion* », « *à l'expulsion* », « *pendant les efforts expulsifs* ».

Enfin, pour 2/41 sages-femmes la douleur liée aux pathologies associées à la grossesse telles que « *la pyélonéphrite* » et « *la colite néphrétique* » figuraient comme des situations cliniques importantes à évaluer.

Pour terminer, 1/41 sages-femmes mentionnait que l'évaluation de la douleur était nécessaire en cas de « *barrière linguistique* ».

c. Méthodes d'évaluation de la douleur des sages-femmes

Les sages-femmes étaient questionné.e.s sur leurs méthodes d'évaluation de la douleur des patientes en salle et/ou maison de naissances (Figure 7). Au total, 41 réponses de la part des sages-femmes de l'étude étaient enregistrées et 19 données étaient manquantes correspondant aux personnes dont le questionnaire était incomplet avec un arrêt à la page 2.

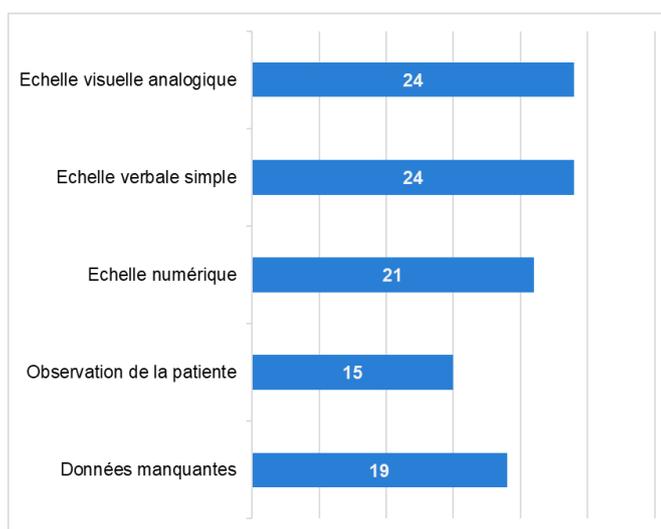


Figure 7 : Méthodes d'évaluation de la douleur utilisées par les 41 sages-femmes en salle et/ou maison de naissances en Alsace dans la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023

A la question « Utilisez-vous une échelle d'évaluation de la douleur des patientes en salle de naissances ? », 31/41 sages-femmes répondaient par l'affirmative. Toutefois, dans la question ouverte où les sages-femmes décrivaient leurs méthodes d'évaluation de la douleur des patientes, davantage de personnes, soit 40/41 sages-femmes décrivaient avec leurs propres mots utiliser une échelle sans donner explicitement le nom de l'échelle visuelle analogique (EVA), l'échelle numérique (EN) ou l'échelle verbale simple (EVS). Les variables ont alors été recodées afin de minimiser les données manquantes. Après recodage, il y avait donc 40/41 sages-femmes qui se servaient d'une ou de plusieurs échelles d'évaluation de la douleur : l'EVA était employée par 24/41 personnes, l'EN était également utilisée par 24/41 personnes, l'EVS était appliquée par 21/41 personnes et en plus de ces différentes échelles, 14/41 personnes ajoutaient à leur évaluation l'observation de la patiente. De plus, 1/60 sages-femmes utilisait exclusivement l'observation clinique. Il était alors intéressant de constater que 15/60 sages-femmes au total prenaient en compte l'observation de la patiente pour l'évaluation de la douleur. Ils.elles le décrivaient de la

manière suivante : « observation de la gestion de la contraction, de la posture de la dame pendant et en dehors des contractions » ; « ses réactions, son visage, ses expressions, ... » ; « comportement des femmes (arrêtent de parler pendant les contractions...) » ; « observation de la communication non verbale, comportement (gestes, sons, postures, grimaces, par exemple) » ; « sons émis par la patiente qui diffèrent selon l'avancée du travail , positions prises par la patiente qui diffèrent également selon l'avancée du travail » ; « émotions, comportement de la patiente » ; « attitude de la patiente (souffle, gémit, dort, ...) ».

4. Avis des sages-femmes et affirmations sur l'ECDO

L'avis des sages-femmes ayant participé à l'étude sur l'ECDO était décrit dans la partie C et D du questionnaire. Les sages-femmes participant à l'étude répondaient à des affirmations quant à l'utilisation de l'ECDO grâce à une échelle de Likert dans la partie D du questionnaire.

a. Premières impressions des sages-femmes sur l'ECDO

Les sages-femmes avaient, dans un premier temps, donné leur premières impressions à la découverte de l'ECDO. Au total, 36/60 réponses de la part des sages-femmes de l'étude étaient enregistrées. Toutefois, 24/60 données étaient manquantes correspondant aux personnes dont le questionnaire était incomplet avec un arrêt à la page 3.

Toutes les premières impressions indiquées en réponses ouvertes ont été classées par unités de sens. Nous avons ainsi obtenu 10 unités de sens décrites ci-dessous par termes positifs, négatifs et neutres (Tableau 3).

Premières impressions : unités de sens		Occurrence
Positives	Intéressante	13
	Adaptée	12
	A tester	4
	Utile	3
	Evidente	3
	Ludique	1
Négatives	Longue	6
	Inadaptée	4
	Difficile à mettre en pratique	3
Neutres		3
Données manquantes		24

Tableau 3 : Premières impressions par unités de sens des sages-femmes sur l'Echelle Comportementale de la Douleur en Obstétrique (ECDO) et leurs occurrences dans la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023

Dans un premier temps, des réponses mettant notamment les aspects positifs de l'ECDO étaient retrouvées.

« *Intéressante* » était le terme ressorti le plus souvent pour décrire l'ECDO. Au total, 13/36 personnes trouvaient l'ECDO intéressante. L'intérêt pour ce nouvel outil a été retrouvé par exemple dans ces réponses : « *intéressant* » cité à cinq reprises ; « *intéressant, traduit une réflexion* » ; « *très intéressée* » ; « *idée très intéressante* » ; « *cela m'intéresserait de le découvrir* » ; « *manière intéressante d'évaluer la douleur, ce qui peut être compliqué car subjective* » ; « *pourquoi pas* ». Une autre personne précisait qu'elle apprécie le fait « *qu'on s'intéresse au ressenti des femmes qui accouchent* ». Une personne manifestement enthousiaste a répondu « *Très bien !!!* ».

Ce qui revenait ensuite beaucoup était le terme « *adapté* ». En effet, 12/36 sages-femmes trouvaient l'ECDO adaptée à l'évaluation de la douleur des patientes en salle de naissances : « *adapté* » ; « *cela est beaucoup plus adapté à l'évaluation de la douleur en salle de naissances que d'autres tels que l'EVA* » ; « *cela peut être une bonne alternative* » ; « *nettement plus adaptée que l'EVA en salle de naissances !* » ; « *adapté à notre pratique* ». Les sages-femmes disaient que l'ECDO est adaptée car elle est aussi spécifique : « *plus spécifique* » ; « *les items sont très spécifiques à la douleur que la femme peut ressentir en salle de naissances, c'est très spécifique et donc beaucoup plus pertinent* » ; « *développement et utilisation d'une échelle spécifique* » ; « *surprise de la pluralité des items qui sont très parlants* » ; « *très détaillé, adapté à notre pratique* ». Une personne s'exclamait : « *Enfin un outil adapté au travail en salle de naissances !* ». Une autre personne affirmait que l'ECDO serait « *applicable dans la pratique quotidienne de notre métier* ».

Quatre sages-femmes parmi les 36 personnes ayant répondu disaient que l'ECDO était à tester : « *à essayer !* » ; « *à essayer si ça permet de mieux soulager les patientes ?* ». Une personne avait conclu : « *bref à tester !* ». De plus, une sage-femme avait répondu qu'il s'agit d'une « *idée (...) à exploiter qui peut devenir un réflexe une fois bien maîtrisée comme la cotation du score d'Apgar par exemple* ».

Trois sages-femmes parmi les 36 personnes ayant répondu pensaient que l'ECDO est utile. Elles disaient que l'ECDO était « *utile* », « *pratique, cohérente* » et que « *cela peut servir* ».

Sur les 36 personnes ayant répondu, trois sages-femmes également s'exprimaient sur l'évidence de ce nouvel outil. La réponse citée au-dessus « *Enfin un outil adapté au travail en salle de naissances !* » y faisait référence avec le terme « *enfin* » et

l'exclamation à la fin de la phrase. Une personne avait répondu qu'elle éprouvait un « *sentiment d'évidence quant au développement et à l'utilisation d'une échelle spécifique, et en même temps un peu penaud de n'avoir pas éprouvé plus tôt le besoin d'en avoir une...* ». Une autre personne mentionnait que « *cela correspond en gros à l'analyse instinctive qu' [il.elle] pratique déjà (en plus de l'EVA et de l'écoute de ce que peut exprimer la patiente)* ».

Une sage-femme parmi les 36 personnes ayant répondu trouvait même que l'utilisation de l'ECDO était « *ludique* ».

Dans un deuxième temps, plusieurs réponses avaient mis en avant les aspects plutôt négatifs et à améliorer de l'ECDO.

« *Longue* » était le terme négatif qui ressortait davantage. Six parmi 36 sages-femmes le mentionnaient : « *échelle longue* » ; « *trop long* » ; « *très long* » ; « *le questionnaire me semble long* ». Le nombre d'items pris en compte dans l'ECDO était un point négatif pour ces personnes : « *cela semble juste plus long à faire si on veut noter précisément chaque item et on a besoin d'optimiser au maximum notre temps face à la charge de travail (je ne le testerai pas pour cette raison)* » ; « *beaucoup d'items* ».

Pour quatre parmi 36 sages-femmes, l'ECDO était inadaptée. Un.e sage-femme répondait que l'ECDO était « *inutile et inadaptée* ». Une personne avait argumenté que « *certaines patientes gèrent parfaitement leur douleur et sont psychologiquement prêtes à accepter la douleur pour accoucher, sans pour autant avoir une douleur moins élevée qu'une autre qui doit l'exprimer par un cri ou autre* » ; une autre personne disait que « *l'observation [est] parfois trop subjective* ». Un.e sage-femme se prononçait de la façon suivante : « *l'EVA + l'observation me semblent être suffisants au vu du retour des patientes que j'ai eues* ».

Trois parmi 36 sages-femmes estimaient que l'ECDO était difficile à mettre en pratique : « *échelle difficile à appliquer suivant l'activité* » ; « *si la charge de travail en salle de naissances est importante, c'est pas toujours optimal* » ; « *Intéressant mais compliqué à mettre en pratique* ».

Dans un troisième temps, trois réponses neutres étaient enregistrées : « *Je n'ai pas vraiment d'avis dessus...* » ; « *pas d'avis* » ; « *je ne connais pas l'échelle* ».

b. Nombre de tests effectués sur l'ECDO

Parmi les 60 sages-femmes ayant participé à l'étude en répondant au questionnaire, six personnes avaient testé l'ECDO. Quatre personnes avaient essayé l'ECDO via la version en ligne et deux personnes en utilisant la version papier. Toutes les personnes testaient l'ECDO entre une et cinq fois et la durée des tests était estimée par les participant.e.s entre une et trois minutes environ.

Toutefois, le logiciel LimeSurvey GmbH enregistre au total 72 tests en ligne de l'ECDO dont 23 tests effectués de façon complète et 49 tests de façon incomplète. 68 sages-femmes avaient donc effectué un test de l'ECDO partiellement ou totalement, toutefois ils.elles n'avaient pas répondu au questionnaire de l'étude.

c. Affirmations sur l'ECDO

Les sages-femmes ayant participé à l'étude donnaient leur avis sur l'ECDO en répondant à des échelles de Likert dans le questionnaire (Figure 8).

Pensez-vous que l'utilisation de votre échelle (échelle visuelle analogique et/ou échelle numérique et/ou échelle verbale simple) dans la pratique quotidienne est adéquate en salle de naissances ?



De manière générale, êtes-vous satisfait.e de votre évaluation de la douleur en salle de naissances ?



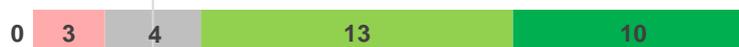
L'ECDO est facilement compréhensible.



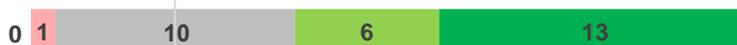
L'ECDO est facile d'utilisation.



L'ECDO ne nécessite pas de formation particulière.



L'ECDO présente des intérêts.



L'ECDO présente des limites.



L'ECDO permet de mieux identifier la douleur de la patiente.



L'ECDO permet une amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur de la patiente.



L'utilisation en routine de l'ECDO en salle de naissances pourrait être recommandée par les sociétés savantes.



Vous recommandez l'utilisation de l'ECDO aux collègues et consœurs chez les patientes en salle de naissances.



- Très inadéquate
- Très insatisfait.e
- Pas d'accord
- Inadéquate
- Insatisfait.e
- Plutôt pas d'accord
- Ni adéquate, ni inadéquate
- Ni satisfait.e, ni insatisfait.e
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- Adéquate
- Satisfait.e
- Plutôt d'accord
- Très adéquate
- Très satisfait.e
- Tout à fait d'accord

Figure 8 : Avis des sages-femmes en Alsace sur leur pratique de l'évaluation de la douleur en salle et/ou maison de naissances et sur l'Echelle Comportementale de la Douleur en Obstétrique (ECDO) dans la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023

Dans un premier temps, les sages-femmes étaient interrogé.e.s sur l'échelle utilisée quotidiennement dans leur pratique en salle et/ou maison de naissances pour faire un parallèle avec l'ECDO (Figure 8).

D'abord, l'échelle utilisée quotidiennement par les sages-femmes dans leur pratique de l'évaluation de la douleur était questionnée de la façon suivante : « Pensez-vous que l'utilisation de votre échelle (Echelle visuelle analogique et/ou Echelle numérique et/ou Echelle verbale simple) dans la pratique quotidienne est adéquate en salle de naissances ? ». Parmi les 31 personnes ayant répondu utiliser une échelle d'évaluation de la douleur, aucun.e sage-femme ne pensait que l'échelle utilisée dans leur pratique courante était « très adéquate » ; 16/31 sages-femmes « plutôt adéquate » ; 10/31 sages-femmes « ni adéquate, ni inadéquate » ; 5/31 sages-femmes « plutôt inadéquate » ; aucun.e sage-femme ne répondait que l'échelle était « très inadéquate ». Au total, 29/60 données étaient manquantes.

Ensuite, la satisfaction générale des sages-femmes sur leur évaluation de la douleur quelle que soit leur méthode était sondée avec la question : « De manière générale, êtes-vous satisfait de votre évaluation de la douleur en salle de naissances ? ». Il y avait 3/42 sages-femmes qui étaient « très satisfait.e » de leur pratique ; 21/42 sages-femmes « plutôt satisfait.e » ; 14/42 sages-femmes « ni satisfait.e, ni insatisfait.e » ; 3/42 sages-femmes « plutôt insatisfait.e » ; 1/30 sages-femmes « très insatisfait.e ». Au total, 18/60 données étaient manquantes.

Dans un deuxième temps, des affirmations étaient présentées aux 60 sages-femmes (Figure 8). Les réponses étaient complètes pour 30/60 personnes et 30/60 données étaient manquantes.

Tout d'abord, l'affirmation « L'ECDO est facilement compréhensible » était répondue de la sorte : 15/30 sages-femmes étaient « tout à fait d'accord » ; 9/30 personnes « plutôt d'accord » ; 5/30 participant.e.s à l'étude « ni d'accord, ni pas d'accord » ; 1/30 professionnel.le.s « plutôt pas d'accord » ; aucun.e sage-femme « pas d'accord ».

Puis, les sages-femmes donnaient leur avis sur l'affirmation « L'ECDO est facile d'utilisation » : 5/30 participant.e.s à l'étude affirmaient être « tout à fait d'accord » avec cette affirmation ; 13/30 sages-femmes « plutôt d'accord » ; 8/30 personnes « ni d'accord, ni pas d'accord » ; 3/30 sages-femmes « plutôt pas d'accord » ; 1/30 professionnel.le.s « pas d'accord ».

Ensuite, l'affirmation « L'ECDO ne nécessite pas de formation particulière » était traitée ainsi : 10/30 sages-femmes étaient « tout à fait d'accord » ; 13/30 personnes « plutôt d'accord » ; 4/30 participant.e.s à l'étude « ni d'accord, ni pas d'accord » ; 3/30 sages-femmes « plutôt pas d'accord » ; aucun.e professionnel.le n'était « pas d'accord ».

Par la suite, les intérêts et les limites de l'ECDO étaient abordés.

Les sages-femmes répondaient à l'affirmation « L'ECDO présente des intérêts » : 13/30 sages-femmes attestaient être « tout à fait d'accord » ; 6/30 sages-femmes « plutôt d'accord » ; 10/30 participant.e.s à l'étude « ni d'accord, ni pas d'accord » ; un.e professionnel.le « plutôt pas d'accord » ; aucun.e sage-femme n'était « pas d'accord ».

Parmi les 19 sages-femmes qui étaient « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord », les intérêts de l'ECDO étaient précisés et classés par unité de sens (Tableau 4).

Intérêts : unités de sens	Occurrence
Avoir une échelle adaptée aux patientes	6
Permettre une meilleure évaluation de la douleur des patientes	3
Avoir une échelle plus objective	3
Mettre en avant l'importance de l'observation des patientes	2
Permettre un gain de temps	1
Permettre à la patiente de se sentir considérée	1
Données manquantes	5

Tableau 4 : Intérêts de l'Echelle Comportementale de la Douleur en Obstétrique (ECDO) par unités de sens selon les sages-femmes et leurs occurrences dans la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023

Au total, 6/19 sages-femmes soulignaient que l'ECDO permettait d'avoir une échelle adaptée aux patientes : « plus adapté » ; « permet d'établir un résultat précis et plus adapté » ; « adapté aux patientes en salle de travail » ; « pertinent dans le cadre obstétrical » ; « plus spécifique, plus facile de se faire un avis que d'autres échelles de la douleur » ; « spécifique ». Puis, 3/19 participant.e.s à l'étude affirmaient que l'ECDO permettait une nouvelle et meilleure évaluation de la douleur des patientes : « une meilleure prise en charge de la douleur en salle de naissances » ; « mieux évaluer la douleur en fonction de chaque patiente » ; « évaluation de l'évolution de la douleur chez une même patiente, personnalisation du suivi ». Aussi, 3/19 personnes disaient

que l'ECDO permettait d'avoir une échelle plus objective : « *ne nécessite pas de demander à la patiente, plus objectif* » ; « *évaluation de la douleur moins subjective que l'EVA* » ; « *très bien de normaliser la prise en charge de la douleur* ». Pour 2/19 sages-femmes, l'ECDO mettait en avant l'importance de l'observation des patientes : « *l'intérêt de repréciser les choses / de nous rendre attentifs à l'importance d'observer l'attitude, les réactions, la physionomie de nos patientes / de nous rappeler qu'il nous faut sans cesse les regarder, les écouter / la grille peut nous permettre d'affiner notre observation* » ; « *intégration du ressenti spécifique et de la déstabilisation qui peuvent advenir durant le travail* ». Un.e sage-femme parmi les 19 réponses mettait en évidence que l'ECDO permettait un gain de temps en argumentant de la façon suivante : « *permet aux sages femmes de gagner du temps quand ils.elles ont plusieurs patientes en même temps* ». Une autre personne parmi les 19 réponses disait que l'ECDO permettait « *à la patiente de se sentir considérée et son avis pris en compte* ».

Par ailleurs, parmi ces 19 sages-femmes ayant répondu être « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord », cinq données étaient manquantes.

A l'affirmation « L'ECDO présente des limites », 6/30 sages-femmes affirmaient être « tout à fait d'accord » ; 8/30 participant.e.s à l'étude « plutôt d'accord » ; 12/30 personnes « ni d'accord, ni pas d'accord » ; 3/30 sages-femmes « plutôt pas d'accord » ; un.e professionnel.le « pas d'accord ».

Parmi les 14 sages-femmes qui étaient « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord », les limites de l'ECDO étaient précisées et classées par unité de sens (Tableau 5).

Limites : unités de sens	Occurrence
Taille de l'échelle et limite de temps	4
Douleur propre à chaque patiente	3
Absence de questionnement des patientes	3
Interprétation des items	2
Evaluation chiffrée	2
Moyens antalgiques limités quelque soit le mode d'évaluation de la douleur	1
Barrière linguistique	1
Données manquantes	1

Tableau 5 : Limites de l'Echelle Comportementale de la Douleur en Obstétrique (ECDO) par unités de sens selon les sages-femmes et leurs occurrences dans la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023

Au total, 4/14 personnes évoquaient la taille de l'échelle et le manque de temps dans le métier de sage-femme qui limitait l'utilisation de l'ECDO : « *limite de temps* » ; « *je pense qu'elle demande plus de temps pour évaluer la douleur que de simplement demander à la patiente de situer sa douleur entre 0 et 10. et hélas le temps n'est pas toujours disponible en salle de naissances...* » ; « *manque de temps pour évaluer tous les différents items selon la situation* » ; « *long* ». Puis, 3/14 personnes se rejoignaient sur l'idée que la douleur était propre à chaque patiente : « *l'expression de la douleur est différente d'une femme à l'autre* » ; « *un comportement ne représente pas forcément les mêmes douleurs selon le caractère et la façon dont les femmes expriment leur ressentie, il y a dans le comportement d'une femme qui a mal des éléments physiques auxquels peuvent se rajouter des éléments psychiques (inquiétude, stress, fatigue)* » ; « *pour moi la prise en charge de la douleur dépend de l'acceptabilité / supportabilité de la douleur (une femme qui accouche sans analgésie va probablement ressentir une douleur extrême, mais cela peut être ok pour elle), les femmes endorphinées pendant l'accouchement peuvent avoir des comportements excessifs, déconnectés de la communication verbale, sans que ce soit péjoratif* ». Pour 3/14 sages-femmes également, il y a une absence de questionnement des patientes via l'utilisation de l'ECDO : « *La quasi-totalité de l'évaluation est basée sur l'observation du professionnel de santé. Il est important pour moi de directement questionner la patiente sur ses ressentis.* » ; « *les critères étant basés sur l'observation de la patiente, on en oublie peut-être de questionner son ressenti mais c'est un avis personnel* » ; « *pas de recueil de ressenti direct, repose sur la seule observation au même titre qu'un scoring* ». Ensuite, pour 2/14 sages-femmes, l'interprétation des items de l'échelle était une limite à l'ECDO : « *subjectivité de perception entre différents collègues dans l'évaluation de certaines réponses pour qualifier un item* » ; « *l'interprétation de certains items qui peuvent être compris de différentes façons* ». Pour 2/14 sages-femmes également, une limite de l'ECDO était son évaluation chiffrée : « *Toute évaluation chiffrée a ses limites et doit faire partie d'un ensemble, elle donne une indication, permet d'apprécier l'évolution de la perception de la douleur par le patient mais j'observe trop souvent qu'on se retranche derrière un chiffre donné sans chercher à être là physiquement auprès du patient.* » ; « *il n'y a pas de conduite à tenir en relation avec le résultat* ». Enfin, une personne parmi les 14 réponses disait que « *les moyens antalgiques pour une patiente qui accouche rapidement seront toujours*

limités... quel que soit notre évaluation de la douleur... ». Une autre personne évoquait la « *barrière linguistique* » comme limite à l'ECDO.

Par ailleurs, parmi ces 14 sages-femmes ayant répondu être « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord », une donnée était manquante.

Après les deux dernières affirmations sur les intérêts et limites de l'ECDO, les participant.e.s à l'étude étaient questionné.e.s sur les éventuelles modifications nécessaires : 23/30 sages-femmes estimaient qu'il n'y avait pas de modifications à effectuer tandis que 7/30 personnes disaient que certaines améliorations étaient envisageables. Une sage-femme répondait : « *Oui et non, car très bien, complet, mais difficile à appliquer sur le terrain* ». De plus, certaines précisions étaient données sur les éventuelles modifications à apporter à l'ECDO : « *Y inclure plus les ressentis de la patiente* » ; « *ajout d'un paramètre directement exprimé par la patiente* » ; « *meilleure connaissance du comportement « normal » d'une femme qui accouche physiologiquement pour pouvoir adapter les items + conduite à tenir en fonction du résultat* ». Une personne ajoutait aussi la nécessité de modifier un item de l'ECDO : « *la prosternation n'est pas forcément le stade ultime* ». Une autre sage-femme commentait de manière plus détaillée : « *Cette échelle me paraît adaptée pour les personnes avec qui il est difficile de communiquer. Or, la discussion/communication reste généralement possible avec les patientes en salle de naissances, même quand elles sont en travail (entre deux contractions par exemple) ou même avec le conjoint/l'accompagnant. En revanche, elle peut être adaptée aux patientes présentant une barrière linguistique par exemple...* ». Par ailleurs, 30/60 données étaient manquantes.

En outre, les objectifs de l'ECDO étaient questionnés. Les sages-femmes donnaient leur avis sur l'affirmation « L'ECDO permet de mieux identifier la douleur de la patiente » : 8/30 sages-femmes étaient « tout à fait d'accord » ; 1/30 personnes « plutôt d'accord » ; 13/30 participant.e.s à l'étude « ni d'accord, ni pas d'accord » ; 3/30 professionnel.le.s « plutôt pas d'accord » ; 5/30 sages-femmes « pas d'accord ». De plus, l'affirmation « L'ECDO permet une amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur de la patiente » était répondue de la manière qui suit : 11/30 sages-femmes répondaient être « tout à fait d'accord » ; 1/30 sage-femme « plutôt

d'accord » ; 10/30 personnes « ni d'accord, ni pas d'accord » ; 2/30 participant.e.s à l'étude « plutôt pas d'accord » ; 6/30 professionnel.le.s n'étaient « pas d'accord ».

Enfin, les recommandations de l'ECDO étaient évoquées. A l'affirmation « L'utilisation en routine de l'ECDO en salle de naissances pourrait être recommandée par les sociétés savantes », 6/30 sages-femmes étaient « tout à fait d'accord » ; 9/30 personnes « plutôt d'accord » ; 12/30 participant.e.s à l'étude « ni d'accord, ni pas d'accord » ; 3/30 professionnel.le.s « plutôt pas d'accord » ; aucun.e sage-femme n'était « pas d'accord ». Pour finir, les sages-femmes répondaient à l'affirmation suivante : « Vous recommandez l'utilisation de l'ECDO aux collègues et consœurs chez les patientes en salle de naissances ». Il y avait 7/30 sages-femmes qui affirmaient être « tout à fait d'accord » ; 10/30 personnes « plutôt d'accord » ; 9/30 participant.e.s à l'étude « ni d'accord, ni pas d'accord » ; 2/30 professionnel.le.s « plutôt pas d'accord » ; 2/30 sages-femmes n'étaient « pas d'accord ».

5. Remarques en fin de questionnaire

Pour finir, les sages-femmes avaient la possibilité de laisser une remarque en guise de conclusion pour clotûrer leur participation à l'étude. Au total, 20 personnes laissaient à la fin du questionnaire une ou plusieurs remarque.s.

D'une part, 3/20 sages-femmes revenaient sur les aspects négatifs de l'étude : « *évaluation assez longue en comparaison aux autres mode d'évaluation* » ; « *paraît difficile à mettre en place* » ; « *utilisation difficile à mettre en œuvre systématiquement : trop d'items, difficultés à répondre à chaque question* ».

D'autre part, 17/20 remarques étaient davantage positives et mettaient en avant l'ECDO : « *étude très intéressante, j'espère que ce système sera mis en place en salle de naissance* » ; « *à tester* » ; « *Je pense qu'une meilleure évaluation et prise en charge de douleur participeront à un meilleur vécu de la salle de naissance.* » ; « *technique à faire connaître !* » ; « *à tester !* ». De plus, une sage-femme soulignait : « *Pour moi, l'ECDO en elle-même devrait figurer en bonne place en salle de naissance en tant que guideline pour affiner, insister sur l'importance de l'observation de nos patientes et être utilisée en ce sens en compléments de l'EVA de 1 à 10 mais dans ses grandes lignes (càd sans être chiffrée précisément, l'échelle numérique classique étant plus rapide et semblant efficace). Le seul cas où je serai amenée à peut-être la mettre*

en pratique en tant que telle sera face à une patiente avec une grosse barrière linguistique et pour laquelle je serai en impuissance totale de savoir prendre en charge sa douleur ». Une autre sage-femme donnait un dernier avis de manière plus détaillée : « *Plutôt que l'évaluation de la douleur, il serait intéressant de mesurer le degré d'acceptation de celle-ci. Il est assez facile de voir si une personne a mal, sans avoir besoin d'une échelle (à condition qu'on prête attention au comportement d'une personne, communication non verbale). L'intérêt de savoir si une douleur est supportable ou pas est de le mettre en relation avec une prise en charge par analgésie. Pour l'accouchement, il faudrait sélectionner des femmes qui ont un projet d'accouchement sans péridurale, leur soumettre l'échelle de « supportabilité » de la douleur, de mettre une péridurale à partir d'un certain score et d'évaluer ensuite leur satisfaction* ». Plusieurs sages-femmes s'exclamaient : « *bon sujet de mémoire !* » ; « *super travail !* » ; « *beau travail, bonne idée, bravo !* », « *Je soutiens ce projet à fond !* ».

Pour finir, de nombreuses sages-femmes donnaient également des mots d'encouragements tels que « *bon courage* » ; « *bonne continuation à vous et le meilleur dans votre parcours* » ; « *bonne chance* ».

IV. Discussion

1. Rappel des principaux résultats de l'étude

« ÉCHELLE COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR EN OBSTÉTRIQUE : Un nouvel outil d'évaluation de la douleur chez les femmes durant le travail et l'accouchement ? »
<i>Etude semi-quantitative et descriptive recensant 60 participant.e.s</i>
Profil des sages-femmes
<ul style="list-style-type: none">➤ Les participant.e.s à l'étude étaient 22 étudiant.e.s sages-femmes et 38 sages-femmes diplômé.e.s ayant majoritairement entre 20 et 40 ans.➤ La majorité des sages-femmes exerçaient en salle de naissances dans le secteur public, trois sages-femmes en maison de naissances et deux sages-femmes en plateau technique.➤ 14/60 personnes bénéficiaient d'une formation supplémentaire dans la prise en charge de la douleur des patientes en salle et/ou maison de naissances, notamment la méthode De Gasquet, l'acupuncture et l'hypnose.
Expérience des sages-femmes en salle et/ou maison de naissances
<ul style="list-style-type: none">➤ Toutes les sages-femmes évaluaient la douleur des patientes, majoritairement toutes les heures.➤ Selon les sages-femmes, les situations cliniques où l'évaluation de la douleur est importante étaient les suivantes : le travail, lors d'une prise en charge médicale de la douleur, en cas de pathologies obstétricales, à l'admission de la patiente, dans toutes les situations.➤ 40/41 sages-femmes utilisaient une échelle d'évaluation de la douleur (EVA, EN, EVS), 15/41 se basaient également sur l'observation de la patiente.
Avis des sages-femmes sur l'ECDO
<ul style="list-style-type: none">➤ Parmi les premières impressions, la majorité des sages-femmes trouvaient l'ECDO intéressante (13/36), adaptée (12/36) mais pour certain.e.s sages-femmes l'ECDO semblait longue (6/36) et difficile à mettre en pratique (3/36).➤ 6/60 personnes avaient testé l'ECDO avec une durée d'évaluation de la douleur de la patiente estimée entre une et trois minutes. Soixante-huit autres personnes avaient testé l'ECDO sans répondre au questionnaire de l'étude.➤ La majorité des sages-femmes étaient « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » avec les affirmations suivantes : « L'ECDO est facilement compréhensible » ; « L'ECDO est facile d'utilisation » ; « L'ECDO ne nécessite pas de formation particulière » ; « L'ECDO permet une amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur de la patiente » ; « Vous recommandez l'utilisation de l'ECDO aux collègues et consœurs chez les patientes en salle de naissances ».➤ La majorité des sages-femmes étaient « ni d'accord, ni pas d'accord » avec les affirmations suivantes : « L'ECDO permet de mieux identifier la douleur de la patiente » ; « L'utilisation en routine de l'ECDO en salle de naissances pourrait être recommandée par les sociétés savantes ».➤ 19/30 sages-femmes affirmaient que l'ECDO présente des intérêts, notamment avoir une échelle adaptée aux patientes et permettre une meilleure évaluation de la douleur des patientes.➤ 14/30 sages-femmes attestaient que l'ECDO présente des limites liées à la taille de l'échelle et au manque de temps dans la pratique quotidienne et au fait que l'expression et l'acceptabilité de la douleur soit différente chez chaque patiente.

Figure 9 : Rappels des principaux résultats de l'étude dans la recherche menée par Jade AMRAOUI en 2022-2023

2. Forces et limites de l'étude

a. Forces de l'étude

L'étude dégage plusieurs forces, notamment son caractère innovant et exploratoire, sa faisabilité en termes de méthodologie et son acceptabilité auprès des sages-femmes.

Tout d'abord, il s'agit d'une étude innovante présentant un nouvel outil d'évaluation de la douleur des femmes en salle et maison de naissances. Dans la revue de la littérature, peu d'études se sont intéressées aux méthodes d'évaluation de la douleur des femmes durant le travail et l'accouchement. Nous retrouvons trois outils d'évaluation de la douleur obstétricale ayant fait l'objet d'une publication : l'Echelle Comportementale (EC) de Bonnel et Boureau fondée sur l'observation directe des patientes qui n'a pas été retenue à ce jour, le Questionnaire de la Douleur Saint-Antoine (QDSA) issu du McGill Pain Questionnaire de Melzack permettant à la patiente d'auto-évaluer sa douleur à l'aide d'une liste d'adjectifs et The Coping With Labor Algorithm traduit en français et basé sur l'évaluation de la capacité des femmes à « faire face » au travail de l'accouchement (13) (14) (11). Notre étude sur l'ECDO apporte donc *a priori* une nouveauté dans le champ de l'obstétrique en proposant aux sages-femmes un nouvel outil d'hétéro-évaluation de la douleur des patientes en salle et maison de naissances.

De plus, l'étude est exploratoire. Au sein de la littérature, nous retrouvons des études sur la satisfaction des patientes de leur prise en charge, notamment de la douleur, en salle et maison de naissances. La dernière Enquête Nationale Périnatale parue en 2022 montre que 62,6% des femmes sont très satisfaites des méthodes proposées pour soulager la douleur en salle de naissances (15). Ce sont les méthodes de gestion de la douleur qui sont largement étudiées afin de proposer le meilleur accompagnement possible par la sage-femme. Or la prise en charge de la douleur repose en premier lieu sur son évaluation qui est insuffisamment explorée chez la femme durant le travail et l'accouchement. Diverses échelles d'hétéro-évaluations de la douleur ont été étudiées et validées par l'HAS selon l'âge de la personne et la situation clinique et/ou pathologique rencontrée : par exemple chez le nouveau-né, il existe l'Evaluation de la Douleur et de l'Inconfort du Nouveau-né (EDIN) ; chez l'enfant il y a l'Evaluation Enfant Douleur (EVENDOL) ; pour le nouveau-né et l'enfant en réanimation l'échelle Comfort Behavior est

utilisée ; pour l'adolescent et l'adulte handicapés l'Expression Douleur Adulte et Adolescent Polyhandicapés (EDAAP) est utilisée ; chez la personne âgée nous retrouvons l'Echelle Comportementale de la douleur chez la Personne Agée (ECPA) ; pour dépister la douleur neuropathique il existe le questionnaire DN4 (10). En définitive, selon l'âge et la situation clinique et/ou pathologique rencontrée, une échelle d'évaluation de la douleur a été validée par la HAS mais aucune ne considère la femme enceinte pendant le travail et l'accouchement. Avec l'ECDO, l'étude permet donc de s'intéresser à une méthode d'évaluation spécifique à la douleur des femmes en salle et maison de naissances.

Par ailleurs, la méthodologie employée pour l'étude représente une force. Le type d'étude ainsi que la méthode de mesure sont adaptés et choisis pour des raisons de faisabilité. Le caractère semi-quantitatif et descriptif grâce à l'utilisation d'échelles de Likert et de questions ouvertes dans le questionnaire permettent d'obtenir des informations claires, précises, libres et détaillées. D'une part, l'échelle de Likert permet de cibler certaines informations, d'autre part les questions ouvertes apportent des éléments de précisions et offrent aux participant.e.s de l'étude davantage de liberté dans leur réponse. En outre, l'anonymat garanti par le questionnaire donne l'avantage aux sages-femmes d'exprimer librement leur avis sur l'ECDO en s'affranchissant de tout jugement.

Enfin, l'étude a suscité de l'intérêt auprès des sages-femmes. Cette acceptabilité de l'étude suite aux moyens de communication mis en œuvre est une force. Soixante sages-femmes en salle et/ou maison de naissances ont adhéré à l'étude et se sont emparés du questionnaire ce qui donne *in fine* un taux de participation à l'étude de 20%. La diversité dans le profil des sages-femmes ayant participé à l'étude est importante : nous recensons 56 femmes et 4 hommes, parmi lesquels se trouvent 22 étudiant.e.s sages-femmes et 38 sages-femmes dont 14 personnes ayant une formation supplémentaire dans la gestion de la douleur. Cela permet d'obtenir l'avis de tout type de sage-femme, des futur.e.s professionnel.le.s pour mieux appréhender comment ils.elles envisagent le métier de sage-femme ainsi que celui des professionnel.le.s plus ou moins expérimentées selon leur formation supplémentaire.

b. Limites de l'étude

En parallèle, l'étude présente aussi plusieurs limites.

D'abord, nous devons prendre en compte un biais de sélection. Il est probable que seules les sages-femmes intéressé.e.s par l'ECDO lors de la diffusion de l'étude aient répondu au questionnaire ce qui fausserait les résultats.

Puis, la mise en page de l'étude représente une limite : deux liens différents ont été soumis aux participants de l'étude, un premier Limesurvey pour tester l'ECDO en ligne et un deuxième Limesurvey pour remplir le questionnaire de l'étude. Nous supposons que cela ait pu rendre la participation à l'étude plus complexe. De surcroît, les personnes ayant testé l'ECDO en ligne étaient invitées à la fin de leur test à répondre au questionnaire de l'étude mais n'avaient pas la possibilité de donner un avis sur l'échelle. Il aurait été intéressant pour les personnes ne souhaitant pas remplir tout le questionnaire de l'étude de laisser une remarque à la fin du test en ligne de l'ECDO.

Ensuite, des biais liés au questionnaire peuvent être évoqués. En effet, des problèmes techniques ont pu être rencontrés lors de la diffusion électronique du questionnaire tels que la non-ouverture du mail, la perte du mail ou encore l'erreur d'adresse mail. De plus, la durée du questionnaire a pu poser un problème. Dans le message d'accueil du questionnaire, il est précisé que le temps pour participer à l'étude est estimée entre 3 et 5 minutes. Or le temps de réponse calculé par LimeSurvey à l'issue de l'étude est en moyenne de 6 minutes pour chaque participant. Le temps étant souvent limité en salle de naissances, il est fort possible que la durée du questionnaire ait été un frein à la participation de l'étude pour les sages-femmes.

Une autre limite de l'étude est liée au taux de participation et aux réponses des sages-femmes : 20% des sages-femmes en salle et/ou maison de naissances en Alsace ont répondu au questionnaire de l'étude ce qui atteste déjà d'un intérêt pour l'ECDO mais un taux plus élevé de participation aurait permis d'avoir un échantillon plus représentatif et des résultats plus pertinents. De plus, nous recensons 60 réponses au questionnaire mais 30 d'entre elles sont incomplètes. Nous émettons l'hypothèse qu'il s'agit de manque de temps, d'intérêt ou encore d'information sur la possibilité de répondre au questionnaire même sans avoir testé l'ECDO au préalable. Aussi, seulement cinq sages-femmes ont testé l'échelle puis répondu au questionnaire de l'étude. Or le logiciel LimeSurvey enregistre au total 72 tests en ligne de l'ECDO, ce qui signifie que 68 sages-femmes ont effectué un test de l'ECDO mais n'ont pas

répondu au questionnaire de l'étude. Enfin, nous retrouvons un nombre important de sages-femmes ayant un avis neutre ce qui limite les résultats de l'étude.

3. Interprétation des résultats de l'étude

a. Première hypothèse : L'ECDO est utilisable.

La première hypothèse de recherche est que l'ECDO est utilisable par les sages-femmes chez les patientes durant le travail et l'accouchement. A l'issue de l'étude, nous pouvons confirmer l'hypothèse.

La majorité des sages-femmes affirme que l'ECDO est facilement compréhensible et facile d'utilisation. L'ECDO a été adaptée de l'ECPA dont les études de validation scientifique montrent aussi que l'échelle est de maniement simple, permettant son usage au quotidien. De plus, la majorité des sages-femmes de l'étude affirme que l'ECDO ne nécessite pas de formation particulière pour être employée chez les patientes en salle et maison de naissances. Les études montrent que le vocabulaire de l'ECPA n'a jamais posé de problèmes dans les centres où elle a été utilisée, toutefois elles recommandent une explication des différents items de l'outil avant son utilisation. Cela nous amène à penser qu'une présentation de l'ECDO serait en effet bénéfique pour permettre aux sages-femmes de découvrir et s'approprier l'échelle, comme ce serait le cas pour tout nouvel outil, mais aucune formation particulière ne semble être nécessaire. Le temps de la cotation de l'ECPA varie entre deux et cinq minutes ce qui correspond environ au temps de cotation des personnes ayant testé l'ECDO qui se situe entre une et trois minutes. Pour les sages-femmes ayant participé à l'étude, ce temps nécessaire à l'utilisation de l'ECDO représente une limite. Or les études sur l'ECPA indiquent que ce temps de cotation est relativement court et devient rapidement négligeable car en réalité, tout soignant observe son patient pendant la prise en charge de celui-ci. Finalement, le temps de cotation se réduit à celui nécessaire à entourer les bons degrés de chaque item sur la feuille de recueil pour calculer le score total de la douleur (16) (17).

En outre, les sages-femmes expriment au cours de l'étude un sentiment d'évidence quant à l'adaptation et l'utilisation de l'ECDO : l'évaluation du comportement de la femme durant le travail et l'accouchement semble déjà faire partie intégrante de la pratique des sages-femmes. Les sages-femmes observent inconsciemment la

patiente durant toute la prise en charge. Ils.elles évaluent le comportement de la femme de manière instinctive pour estimer l'avancée du travail et proposer diverses méthodes de gestion de la douleur. Il s'agit en réalité d'une pratique courante, seulement elle n'est pas cotée objectivement par une échelle. L'ECDO permettrait de poser un cadre sur une pratique déjà existante de l'évaluation comportementale de la douleur obstétricale. Avec ses 8 items et différents degrés de douleur, elle apporterait une aide pour rappeler les manifestations comportementales de la douleur des femmes durant le travail et l'accouchement. Par ailleurs, l'étude souligne que ce sentiment d'évidence quant à la mise en place de l'ECDO se trouve surtout chez les sages-femmes en maison de naissances. Nous pouvons supposer que cela est due à leur pratique du « One-to-one » qui permet à une sage-femme de suivre en continu une seule femme durant toute la durée du travail et de l'accouchement. L'idéal serait alors d'appliquer ce dispositif avec l'ECDO en salle de naissances pour faciliter l'évaluation en continu de la douleur des femmes durant le travail et l'accouchement.

b. Deuxième hypothèse : L'ECDO est pertinente.

La deuxième hypothèse de recherche est que l'ECDO est pertinente pour évaluer la douleur des femmes durant le travail et l'accouchement. L'étude tend à confirmer cette hypothèse mais d'autres recherches permettraient de le confirmer.

Les résultats de l'étude montrent que l'ECDO est adaptée en salle et maison de naissances. Les sages-femmes comparent l'ECDO aux autres méthodes d'évaluation de la douleur en disant que ce nouvel outil est plus adapté à la douleur des femmes durant le travail et l'accouchement. Pourquoi plus adapté ? Car l'ECDO s'intéresse plus spécifiquement à la douleur obstétricale : les 8 items de l'échelle sont parlants et précisent le comportement si particulier des femmes en salle et maison de naissances, ses attitudes, ses réactions, ses postures, ses plaintes. L'ECDO est pertinente car elle rend attentive les sages-femmes à l'observation de la patiente. Ainsi elle permet d'affiner l'observation des sages-femmes en salle et maison de naissances.

La pertinence de l'ECDO réside aussi dans le fait de pouvoir l'utiliser continuellement, comme pour l'ECPA où la cotation douloureuse n'a pas de cadre restrictif et peut être effectuée et répétée à tout moment (18). Selon les recommandations de bonnes pratiques émises par la HAS, il faut une évaluation

initiale de la femme à son accueil ainsi qu'une évaluation de la douleur la plus objective possible à l'aide d'une échelle validée durant tout le travail (18). Aucune fréquence n'est précisée mais cela sous-entend une évaluation régulière de la douleur car cette dernière évolue au cours du travail. Avec l'ECDO, il est possible d'évaluer l'évolution de la douleur chez une même patiente et ainsi d'avoir une personnalisation du suivi.

Par ailleurs, les sages-femmes expriment dans l'étude le manque de temps en salle de naissances et la difficulté qui en découle d'utiliser l'ECDO. Il est vrai qu'un temps d'adaptation est nécessaire lors des premières utilisations de l'échelle, cela s'applique pour tout nouvel outil ou nouveau protocole. Cependant, une fois bien maîtrisée, son utilisation pourrait devenir un réflexe comme nous pouvons le constater avec la cotation du score d'Apgar chez le nouveau-né à la naissance. De plus, si l'ECDO figurait dans le partogramme comme le score d'Apgar, cela pourrait faciliter son utilisation. Finalement, après maîtrise de l'ECDO, l'utilisation de cet outil par les sages-femmes en salle et/ou maison de naissances pourrait même permettre un gain de temps dans la prise en charge de la patiente.

c. Troisième hypothèse : L'ECDO permet une prise en charge adaptée de la douleur.

La troisième hypothèse de recherche est que l'ECDO permettrait de proposer une prise en charge adaptée de la douleur. Cette hypothèse nécessite davantage d'explorations pour être confirmée.

Dans l'étude, la majorité des sages-femmes affirme que l'ECDO permet une amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur de la patiente. Les femmes durant le travail et l'accouchement sont concentrées sur la gestion de leur douleur et se mettent souvent dans leur bulle. Interrompre ces femmes pour demander comment se situe leur douleur à l'aide d'échelles d'auto-évaluation est déroutant. En effet, il a été montré par exemple que l'utilisation de l'EN lors de son implémentation dans les hôpitaux n'était pas appropriée auprès des femmes en salle de naissances : les patientes exprimaient leur mécontentement et étaient agacées de devoir répondre à la demande d'évaluation de leur douleur. Elles considéraient cela comme une intrusion dans leur projet de naissance, en particulier si elles suivaient une méthode de gestion de la douleur, comme l'auto-hypnose basée sur la transformation imaginative des douleurs liées aux contractions (19). En tant qu'échelle

d'hétéroévaluation, l'ECDO donne alors la possibilité aux femmes de rester focalisées sur leur gestion du travail et de l'accouchement tout en laissant la place aux sages-femmes d'évaluer leur douleur à partir de leur comportement.

De plus, nous constatons que dans certains cas l'ECDO présente un réel avantage : les sages-femmes se trouvent en difficulté pour communiquer avec une patiente ayant une barrière linguistique ou encore un trouble de la parole (mutisme, défaut de langage) ou une surdité. Les échelles d'auto-évaluation habituellement utilisées ne peuvent pas s'appliquer et la prise en charge de la douleur est d'autant plus complexe. Il a été prouvé que les barrières linguistiques peuvent entraîner des répercussions négatives sur la qualité des soins et notamment une gestion de la douleur moins efficace (20). Une échelle d'hétéro-évaluation basée sur le comportement de la femme et spécifique à la douleur obstétricale comme l'ECDO serait alors bénéfique dans ces situations bien précises pour assurer une bonne prise en charge de la patiente.

Par ailleurs, comme pour l'ECPA dont a été adaptée l'ECDO, il n'y a pas de conduite à tenir précise selon le score obtenu. C'est la cinétique dans le temps des scores obtenus après plusieurs évaluations de la douleur qui permet d'adapter la prise en charge de la douleur. Ainsi les sages-femmes pourraient observer l'évolution de l'expression de la douleur. La comparaison des scores des différentes évaluations à l'aide de l'ECDO permettrait alors d'ajuster les méthodes de gestion de la douleur ainsi que les moyens thérapeutiques mis en œuvre pour soulager la douleur. Mais les sages-femmes ont relevé comme limite l'absence de conduite à tenir précise en fonction du résultat obtenu. Cela pourrait faire l'objet d'une autre étude pour confirmer le fait que l'ECDO permette une prise en charge adaptée de la douleur.

4. Perspectives

a. Axes d'améliorations de l'ECDO

L'étude a recueilli l'avis des sages-femmes sur l'ECDO qui pensent que cet outil est utilisable et pertinent pour évaluer la douleur des patientes et qu'il permettrait une prise en charge adaptée de la douleur des femmes durant le travail et l'accouchement. Mais les réponses des sages-femmes dans l'étude ont également révélé les limites de l'ECDO et les modifications que nous pourrions apporter à l'échelle. Effectivement, à l'affirmation « L'ECDO présente des limites », six sages-femmes affirmaient être « tout

à fait d'accord », huit participant.e.s à l'étude « plutôt d'accord ». Sept sages-femmes précisaient aussi que des modifications pourraient être apportées à l'échelle.

Un premier axe d'amélioration de l'ECDO est la modification et/ou la précision de certains items de l'échelle pour permettre une meilleure compréhension et ne pas laisser place à différentes interprétations de la part des sages-femmes. L'ECDO doit être le plus clair possible pour répondre aussi à la demande de l'HAS qui recommande une évaluation de la douleur la plus objective possible (18). Des groupes de discussions avec plusieurs professionnels dans le domaine de l'obstétrique (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, anesthésistes) pourraient être utiles pour avoir un consensus sur les items de l'échelle et les différents degrés de la douleur pour chaque item.

Un deuxième axe d'amélioration repose sur la conduite à tenir lors de l'obtention du score de la douleur avec l'ECDO. L'évaluation de la douleur à l'aide de l'ECDO donne un résultat sur 32 et comme pour l'ECPA, c'est la cinétique des scores obtenus au cours du travail qui permet d'adapter la prise en charge de la douleur de la femme. Toutefois il serait peut-être intéressant de rechercher les différents seuils de l'ECDO à partir desquels une prise en charge de la douleur, médicamenteuse ou non, serait recommandée. Effectivement pour l'EVA et l'EN, la HAS stipule que le patient nécessite une prise en charge de la douleur si EVA ou EN $\geq 4/10$ (10). Déterminer un seuil à l'ECDO, voire y attribuer une conduite à tenir spécifique selon le résultat sur 32, permettrait d'affiner davantage la prise en charge de la douleur de la patiente en salle et maison de naissances.

b. L'ECDO, un outil supplémentaire en salle et maison de naissances

L'ECDO est un nouvel outil utilisable et pertinent pour évaluer la douleur des femmes durant le travail et l'accouchement. Toutefois, l'absence de questionnement de la patiente reste une limite importante de l'ECDO selon les sages-femmes. Il est vrai que la communication avec la patiente est essentielle, d'une part pour établir une relation de confiance soignant-soignée, d'autre part pour avoir des précisions sur sa douleur et permettre à la femme d'être actrice de son accouchement. Aussi, la douleur est une expérience subjective influencée par de nombreuses variables dont la culture qui peut donner lieu à différents styles d'expressions et influencer la perception de la douleur. Une différence peut s'observer dans le comportement de la femme selon sa culture. Nous pouvons prendre l'exemple des femmes asiatiques qui extériorisent peu

leur douleur, la maîtrise de soi et la pudeur faisant partie de leur culture (21). L'utilisation de l'ECDO avec des patientes de culture asiatique par exemple donnerait alors des résultats faussés de l'évaluation de leur douleur. Avoir recours à des échelles d'auto-évaluation de la douleur paraît dans ces situations plus approprié. Par conséquent, l'ECDO ne peut pas toujours être utilisée selon la patiente.

Finalement, l'ECDO constituerait davantage un outil supplémentaire pour les sages-femmes en salle et/ou maison de naissances. Les sages-femmes pourraient appliquer l'ECDO en complément de l'EVA et/ou l'EN selon les situations rencontrées. Il semble nécessaire de définir les situations dans lesquelles l'ECDO devrait être utilisée en première intention : une telle échelle d'hétéro-évaluation serait utile notamment en présence d'une barrière linguistique, un trouble de la parole ou une surdité, chez une patiente ayant un souhait d'accouchement physiologique pour ne pas perturber la gestion de ses contractions et ponctuellement chez une patiente ayant une analgésie sous péridurale en complément de l'EVA et/ou l'EN. A l'avenir, d'autres études devront être réalisées afin de comparer l'utilisation de l'ECDO, l'EVA et l'EN et déterminer quelle échelle serait la plus appropriée selon la situation rencontrée.

c. Et si l'ECDO était un prémisses de l'intelligence artificielle ?

Une explosion de l'utilisation de l'Intelligence Artificielle (IA) est constatée en médecine ces dernières années (22). Plus précisément, il s'agit d'un ensemble d'algorithmes capable de faire des prédictions ou d'établir des recommandations répondant à des objectifs définis au préalable par ses utilisateurs. Cette tendance à l'utilisation de l'IA pourrait être appliquée dans le domaine de l'obstétrique. En effet, nous remarquons que l'IA a déjà été envisagée pour l'analyse du rythme cardiaque fœtale pendant le travail et l'accouchement mais cela reste pour l'heure du domaine de la recherche (23).

Nous pouvons aller plus loin dans cette réflexion et penser que dans le futur les données de l'ECDO pourraient être utilisées par l'IA pour déterminer la meilleure méthode de gestion de la douleur, adaptée à la patiente en salle et/ou maison de naissances. L'ECDO serait incluse dans une application accessible sur une tablette électronique en salle et/ou maison de naissance. Les sages-femmes évalueraient la douleur des patientes avec l'aide de l'ECDO puis rentreraient les données informatiquement afin que l'IA puisse générer un résultat et apporter une aide dans la prise en charge de la douleur des femmes durant le travail et l'accouchement. A

l'avenir, l'ECDO pourrait donc être un outil bénéfique pour donner à l'IA les manifestations comportementales de la femme durant le travail et l'accouchement. Nous pouvons même imaginer un jour que l'ECDO permettrait à l'IA d'indiquer l'avancée du travail en montrant à quel stade se situe la femme et si l'accouchement est imminent.

5. Implication professionnelle

L'ECDO, adaptée de l'ECPA, me semble être un outil bénéfique à la prise en charge de la douleur des femmes en salle et maison de naissances. Elle pourrait être utilisée par les sages-femmes en supplément de l'EVA et l'EN et en première intention dans des situations bien particulières telles que la présence d'une barrière linguistique, un trouble de la parole, une surdité ou le souhait d'un travail physiologique sans analgésie péridurale. *In fine*, l'échelle devrait être affichée en salle et maison de naissances, voire être intégrée dans le partogramme du dossier de la patiente.

A ce jour, d'autres études de validation scientifique de l'ECDO doivent être entreprises. En parallèle, je pourrai en tant que sage-femme exerçant en salle de naissances, faire la promotion de l'ECDO en présentant l'outil à l'équipe et en insistant sur l'importance de l'observation des femmes. J'envisage aussi de réaliser le Diplôme Universitaire intitulé « Physiologie en obstétrique » qui comprend un module sur l'observation de la femme en travail. En communiquant et en me formant davantage, je pourrai peut-être impacter la pratique des autres sages-femmes. L'ECDO pourrait également fait l'objet d'une publication écrite ou d'une communication orale lors d'un congrès par exemple pour diffuser l'information sur l'adaptation de ce nouvel outil. Pour faciliter l'implémentation de l'ECDO, je propose d'intégrer la présentation de cet outil dans le programme de formation au Département de maïeutique et de créer une petite flashcard avec l'ECDO qui pourrait être insérée dans la poche de la tenue de sage-femme pour être mémorisée et utilisée plus aisément.

V. Conclusion

En conclusion, les femmes expérimentent une douleur intense durant le travail et l'accouchement qui requiert une attention particulière des sages-femmes, acteur.rice.s centraux.ales dans la prise en charge des patientes en salle et maison de naissances. L'évaluation de cette douleur obstétricale, nécessaire pour assurer une bonne prise en charge, se fait aujourd'hui à l'aide des échelles d'auto-évaluations notamment l'EVA et l'EN. Or ces dernières ne paraissent pas toujours adaptées aux patientes qui semblent emparées dans une certaine transe de la douleur en salle et maison de naissances. Un nouvel outil d'hétéro-évaluation spécifique à la douleur des femmes durant le travail et l'accouchement voit le jour avec l'Echelle Comportementale de la Douleur en Obstétrique ou ECDO. Adaptée de l'ECPA au vu des similitudes identifiées avec le champ de l'obstétrique, cette nouvelle échelle se base sur l'observation détaillée par les sages-femmes de plusieurs critères : le regard et la mimique de la patiente, sa position spontanée, sa mobilité, sa relation à autrui, son anticipation anxieuse, ses réactions aux soins infirmiers, aux examens obstétricaux et à l'accouchement, ses réactions aux contractions et ses plaintes exprimées. L'étude menée dans ce travail de recherche permet de conclure que l'ECDO serait utilisable par les sages-femmes en salle et maison de naissances et pertinente pour évaluer la douleur des femmes durant le travail et l'accouchement. L'ECDO ouvre ainsi de nouvelles perspectives et constituerait une aide à la prise en charge de la douleur, selon les situations rencontrées et en complément de l'EVA et l'EN. Elle servirait notamment de guideline pour rappeler à toutes les sages-femmes l'importance de l'observation de la patiente. *In fine*, l'ECDO représente peut-être une avancée dans le domaine de l'évaluation de la douleur obstétricale, néanmoins d'autres études devront être réalisées à l'avenir pour montrer que son intégration dans la pratique quotidienne des sages-femmes en salle et maison de naissances pourrait renforcer la qualité globale de la prise en charge des patientes. Il serait même intéressant de voir dans le futur que, par le seul biais de l'observation, les sages-femmes puissent déterminer précisément à quel stade se situe la patiente dans le travail et l'accouchement.

VI. Bibliographie

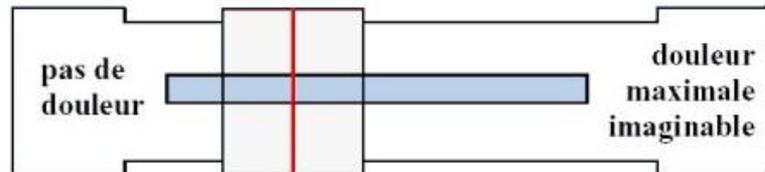
1. Vader K, Bostick GP, Carlesso LC, Hunter J, Mesaroli G, Perreault K, et al. La définition révisée de la douleur de l'IASP. *Physiotherapy Canada*. 2021;73(2):106-9.
2. Melzack R. Labour pain as a model of acute pain. *Pain*. 1993;53(2):117-20.
3. Merrer J, Cinelli H. Origines et caractéristiques de la douleur du travail et de l'accouchement. *Sages-Femmes*. 2020;(4):3.
4. Bonapace J, Gagné GP, Chaillet N, Gagnon R, Hébert E, Buckley S. Fondements physiologiques de la douleur pendant le travail et l'accouchement : approche de soulagement basée sur les données probantes. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2018;40(355):246-66.
5. Pottecher J, Benhamou D. Douleur et analgésie obstétricales. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2004;33(3):179-91.
6. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. Santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
7. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 4 mars 2024]. Comprendre les indicateurs. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>
8. Collectif des Associations et des Syndicats de Sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. 2010.
9. Direction générale de l'offre de soins. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 4 mars 2024]. La douleur. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr>
10. Haute Autorité de Santé. Liste des échelles acceptées pour mesurer la douleur. Haute Autorité de Santé; 2020.
11. Bocognano A. Algorithme d'évaluation du comportement de la femme en travail. *Dossiers de l'obstétrique*. 2018;45(482):9.
12. Bonnel AM, Boureau F. Labor pain assessment : Validity of a behavioral index. *Pain*. 1985;22(1):81-90.
13. Bonnel AM, Boureau F. Labor pain assessment: Validity of a behavioral index: *Pain*. 1985;22(1):81-90.

14. Morisot P, Boureau F. Evaluation de la douleur obstétricale par questionnaire d'adjectifs. Comparaison de deux modalités d'analgésie péridurale. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*. 1991;10(2):117-26.
15. Cinelli H, Lelong N, Le Ray C. Enquête nationale périnatale : rapport 2021. Institut national de la santé et de la recherche médicale; 2022 p. 297.
16. Morello R, Jean A, Alix M, Sellin-Peres D, Fermanian J. A scale to measure pain in non-verbally communicating older patients: The EPCA-2: Study of its psychometric properties. *Pain*. 2007;133(1):87-98.
17. Pradines B. Validation scientifique et utilisation de l'ECPA [Internet]. 2008 [cité 1 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.geriatrie-albi.com>
18. Recommandation de bonnes pratiques. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicale. Haute Autorité de Santé; 2017 p. 46.
19. Roberts L, Gulliver B, Fisher J, Cloyes KG. The Coping With Labor Algorithm: An Alternate Pain Assessment Tool for the Laboring Woman. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2010;55(2):107-16.
20. Bowen S. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé. Ottawa: Santé Canada; 2001.
21. Lebreuilly R, Sakkour S, Lebreuilly J. L'influence de la culture dans l'expression verbale de la douleur : étude comparative entre des patients cancéreux français et syriens: *Revue internationale de soins palliatifs*. 2012;Vol. 27(4):125-9.
22. Ben M'Barek I, Jauvion G, Ceccaldi PF. La gynécologie-obstétrique à l'âge de l'Intelligence Artificielle. *Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie*. 2022;50(4):340-3.
23. Doret Dion M, Massoud M. Les difficultés de l'analyse du rythme cardiaque fœtal pendant l'accouchement. *Médecine Thérapeutique Pédiatrie*. 2023;25(1):10-7.

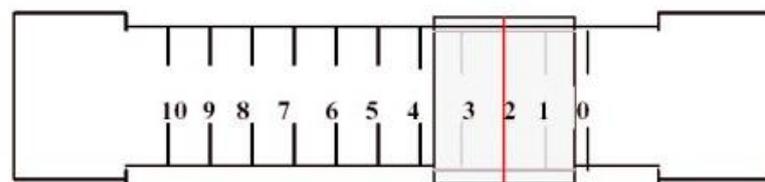
Annexes

Annexe 1 : Echelle Visuelle Analogique (EVA)

FACE PATIENT :



FACE SOIGNANT :

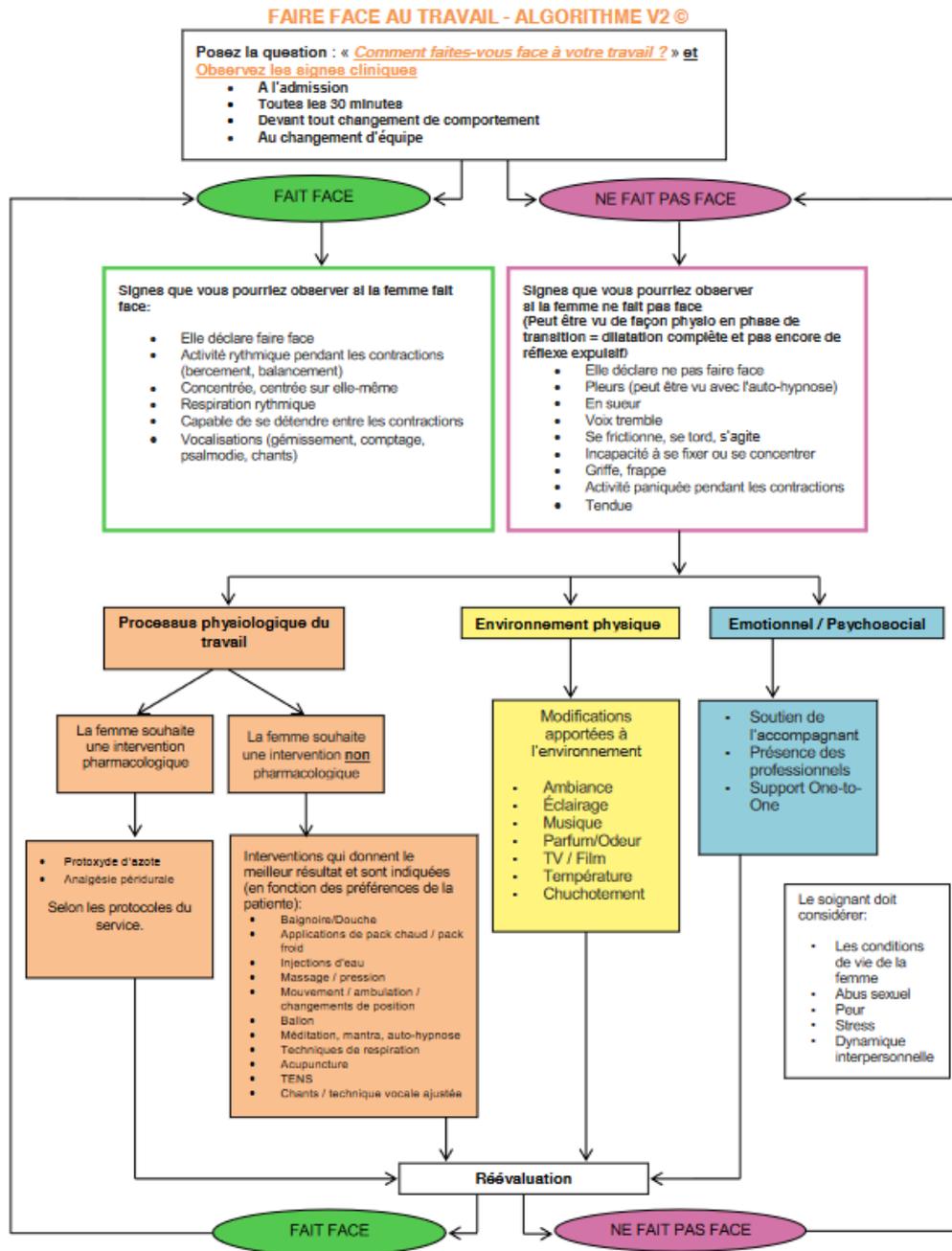


Annexe 2 : Questionnaire de la Douleur Saint-Antoine (QDSA)

- 0 = Absent ou pas du tout
 1 = Faible ou un peu
 2 = Modéré ou moyennement
 3 = Fort ou beaucoup
 4 = Extrêmement fort ou extrêmement

A	Battements	___	E	Tiraillement	___	K	Nauséuse	___
	Pulsations	___		Etirement	___		Suffocante	___
	Elancements	___		Distension	___		Syncopale	___
	En éclairs	___		Déchirure	___	L	Inquiétante	___
	Décharges électriques	___		Torsion	___		Opressante	___
	Coup de marteau	___					Angoissante	___
B	Rayonnante	___	F	Chaleur	___	M	Harcelante	___
	Irradiante	___		Brûlure	___		Obsédante	___
C	Piqûre	___	G	Froid	___		Cruelle	___
	Coupure	___		Glace	___		Torturante	___
	Pénétrante	___	H	Picotements	___		Gênante	___
	Transperçant	___		Fourmillements	___	Désagréable	___	
	Coup de poignard	___		Démangeaisons	___	Pénible	___	
D	Pincement	___	I	Engourdissement	___	Insupportable	___	
	Serrement	___		Lourdeur	___	O	Enervante	___
	Compression	___		Sourde	___		Exaspérante	___
	Ecrasement	___	J	Fatigante	___	Horripilante	___	
	En étai	___		Epuisante	___	P	Déprimante	___
	Broiement	___					suicidaire	___

Annexe 3 : Algorithme d'évaluation du comportement de la femme en travail



Réévaluation

FAIT FACE

NE FAIT PAS FACE

Annexe 4 : Algoplus



Evaluation de la douleur

Echelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale

Identification du patient

Date de l'évaluation de la douleur/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....							
Heureh												
	OUI	NON											
1 • Visage Froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé.													
2 • Regard Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés.													
3 • Plaintes « Aie », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris.													
4 • Corps Retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées.													
5 • Comportements Agitation ou agressivité, agrippement.													
Total OUI	<input type="checkbox"/> /5												
Professionnel de santé ayant réalisé l'évaluation	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre Paraphe

COPYRIGHT

Annexe 5 : Échelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la Personne Agée non communicante (ECPA)

SCORE TOTAL DE L'ECHELLE :

E.C.P.A. Echelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la Personne Agée non communicante

Identifiant patient

<i>I. Observation avant les soins</i>	<i>II. Observation pendant les soins</i>
<p>1. Expression du visage : REGARD et MIMIQUE 0 : Visage détendu 1 : Visage soucieux 2 : Le sujet grimace de temps en temps 3 : Regard effrayé t/ou crispé 4 : Expression complètement figée</p> <p>2. POSITION SPONTANEE au repos (recherche d'une attitude ou position antalgique) 0 : Aucune position antalgique 1 : Le sujet évite une position 2 : Le sujet choisit une position antalgique 3 : Le sujet recherche sans succès une position antalgique 4 : Le sujet reste immobile comme cloué par la douleur</p> <p>3. MOUVEMENT (OU MOBILITE) DU PATIENT (hors et/ou dans le lit) 0 : Le sujet bouge ou ne bouge pas comme d'habitude* 1 : Le sujet bouge comme d'habitude* mais évite certains mouvements 2 : Lenteur, rareté des mouvements contrairement à son habitude* 3 : Immobilité contraire à son habitude* 4 : Absence de mouvement** ou forte agitation contrairement à son habitude N.B. : les états végétatifs correspondent à des patients ne pouvant être évalués par cette échelle</p> <p>4. RELATION A AUTRUI Il s'agit de toute relation quelqu'en soit le type : regard, geste, expression... 0 : Même type de contact que d'habitude* 1 : Contact plus difficile à établir que d'habitude* 2 : Evite la relation contrairement à l'habitude* 3 : Absence de tout contact contrairement à l'habitude* 4 : Indifférence totale contrairement à l'habitude*</p> <p>* se référer au(x) jour(s) précédent(s) ** ou prostration</p>	<p>5. Anticipation ANXIEUSE aux soins 0 : Le sujet ne montre pas d'anxiété 1 : Angoisse du regard, impression de peur 2 : Sujet agité 3 : Sujet agressif 4 : Cris, soupirs, gémissements</p> <p>6. Réactions pendant la MOBILISATION 0 : Le sujet se laisse mobiliser ou se mobilise sans y accorder une attention particulière 1 : Le sujet a un regard attentif et semble craindre la mobilisation et les soins 2 : Le sujet retient de la main ou guide les gestes lors de la mobilisation ou des soins 3 : Le sujet adopte une position antalgique lors de la mobilisation ou des soins 4 : Le sujet s'oppose à la mobilisation ou aux soins</p> <p>7. Réactions pendant les SOINS des ZONES DOULOUREUSES 0 : Aucune réaction pendant les soins 1 : Réaction pendant les soins, sans plus 2 : Réaction au TOUCHER des zones douloureuses 3 : Réaction à l'EFFLEUREMENT des zones douloureuses 4 : L'approche des zones est impossible</p> <p>8. PLAINTES exprimées PENDANT le soin 0 : Le sujet ne se plaint pas 1 : Le sujet se plaint si le soignant s'adresse à lui 2 : Le sujet se plaint dès la présence du soignant 3 : Le sujet gémit ou pleure silencieusement de façon spontanée 4 : Le sujet crie ou se plaint violemment de façon spontanée</p> <p>Date : Heure :</p> <p>Nom du cotateur :</p>

Annexe 6 : Questionnaire Limesurvey GmbH

Bonjour,

En tant que sage-femme, vous êtes un acteur central dans la prise en charge de la douleur chez les patientes en salle de naissances !

A ce jour, il n'existe pas encore d'échelle d'évaluation de la douleur spécifiquement dédiée aux femmes en salle de naissances. Dans le cadre de l'élaboration de mon mémoire de fin d'étude de sage-femme, j'ai adapté un nouvel outil appelé Échelle Comportementale de la Douleur en Obstétrique (ECDO). Les femmes durant le travail et l'accouchement ne sont pas toujours en état de pouvoir communiquer et ressentent souvent le besoin de rester dans leur bulle pour gérer au mieux leur douleur. C'est pourquoi il serait intéressant de tester l'ECDO comme un nouvel outil d'hétéro-évaluation basé sur vos observations des manifestations comportementales des femmes durant le travail et l'accouchement.

L'étude permettrait de recueillir votre avis sur l'ECDO et de savoir si ce nouvel outil d'évaluation de la douleur est applicable chez les femmes en salle de naissances. Votre participation à ce travail de recherche consisterait alors à tester l'ECDO dans votre pratique quotidienne et à répondre au questionnaire de satisfaction pour une durée de 10 minutes. Votre réponse anonyme est gage de consentement de participation à ce travail de recherche.

Je compte sur vous !

Merci par avance,

Jade AMRAOUI, étudiante sage-femme en 5eme année au Département de maïeutique à l'Université de Strasbourg

Partie A: A propos de vous

A1. Qui êtes-vous ?

Un homme

Une femme

A2. Quel est votre âge ?

20 - 40 ans

41 - 60 ans

≥ 61 ans

A3. Quel est votre statut ?

Sage-femme diplômé(e)

Etudiant(e) sage-femme

A4. Si vous êtes diplômé.e, en quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état de sage-femme ?

A5. Si vous êtes étudiant.e, en quelle année de formation êtes-vous ?

A6. Avez-vous bénéficié d'une ou plusieurs formations supplémentaires que vous mobilisez en salle de naissances dans la prise en charge de la douleur des patientes ?

Oui

Non

A7. Précisez la ou lesquelles le cas échéant :

A8. Dans quels type.s de structure exercez-vous ?

Département de maternité

- Secteur public
- Secteur privé
- Maternité de type I
- Maternité de type II
- Maternité de type III
- Maison de naissances
- Autre

A9. Précisez le cas échéant :

Partie B: Votre pratique en salle de naissances

B1. Évaluez-vous la douleur des patientes en salle de naissances ?

- Tout le temps
- Très souvent
- Parfois
- Peu souvent
- Jamais

B2. A quelle fréquence évaluez vous la douleur d'une patiente en salle de naissances ?

- Toutes les 2 heures
- Toutes les heures
- Toutes les 30 minutes
- Jamais
- Autre

B3. Précisez le cas échéant :

B4. Dans quelle.s situation.s clinique.s estimez vous important d'évaluer la douleur d'une patiente en salle de naissances ?

B5. Quelles sont vos méthodes d'évaluation de la douleur des patientes en salle de naissances ?

B6. Utilisez-vous une échelle d'évaluation de la douleur des patientes en salle de naissances ?

Oui

Non

B7. Si oui, la ou lesquelles ?

Echelle visuelle analogique (EVA) avec utilisation d'une règlette

Echelle numérique (EN)

Echelle verbale simple (EVS)

Autre

B8. Précisez le cas échéant :

B9. Pensez-vous que l'utilisation de cette échelle est adéquate en salle de naissances ?

Très adéquate

Adéquate

Ni adéquate, ni inadéquate

Inadéquate

Très inadéquate

B10. De manière générale, êtes-vous satisfait.e de votre évaluation de la douleur des patientes en salle de naissances ?

Très satisfait.e

Satisfait.e

Ni satisfait.e, ni insatisfait.e

Insatisfait.e

Très insatisfait.e

Partie C: Votre avis sur l'Echelle Comportementale de la Douleur en Obstétrique (ECDO)

C1. Quelle a été votre première impression à la découverte de l'ECDO ?

C2. Avez-vous testé l'ECDO chez les patientes en salle de naissances ?

Oui

Non

C3. Si oui, comment avez-vous testé l'ECDO ?

Version papier

Version en ligne

Autre

C4. Précisez le cas échéant :

C5. Combien de fois avez-vous testé l'ECDO ?

1 - 5 fois

6 - 10 fois

≥ 11 fois

C6. Combien de temps avez-vous pris pour une évaluation de la douleur à l'aide de l'ECDO ?

1 - 3 minutes

3 - 5 minutes

> 5 minutes

Autre

C7. Précisez le cas échéant :

Partie D:

Pour les questions suivantes, comment jugeriez-vous les affirmations vis-à-vis de l'utilisation de l'ECDO en dehors de l'ergonomie éventuellement facilitée par l'utilisation du module Wooclap :

D1. L'ECDO est facilement compréhensible.

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Ni d'accord, ni pas d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas d'accord

D2. L'ECDO est facile d'utilisation.

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Ni d'accord, ni pas d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas d'accord

D3. L'utilisation de l'ECDO ne nécessite pas de formation particulière.

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Ni d'accord, ni pas d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas d'accord

D4. L'ECDO présente des intérêts.

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Ni d'accord, ni pas d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas d'accord

D5. Précisez le ou lesquels le cas échéant :

D6. L'ECDO présente des limites.

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Ni d'accord, ni pas d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas d'accord

D7. Précisez la ou lesquelles le cas échéant :

D8. L'ECDO permet de mieux identifier la douleur de la patiente.

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Ni d'accord, ni pas d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas d'accord

D9. L'ECDO permet une amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur de la patiente.

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Ni d'accord, ni pas d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas d'accord

D10. L'ECDO nécessite des modifications.

Oui

Non

D11. Précisez la ou lesquelles le cas échéant :

**D12. Vous recommandez l'utilisation de l'ECDO aux collègues et confrères
chez les patientes en salle de naissances.**

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Ni d'accord, ni pas d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas d'accord

**D13. L'utilisation en routine de l'ECDO en salle de naissances pourrait être
recommandée par les sociétés savantes.**

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Ni d'accord, ni pas d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas d'accord

Partie E:

E1. Avez-vous d'autres remarques ou commentaires à me soumettre ?

Je vous remercie encore pour avoir pris le temps de répondre au questionnaire tout en ayant si possible tester l'ECDO.

Si vous souhaitez être informés des résultats de ce travail de recherche, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse mail suivante : jade.amraoui@etu.unistra.fr.

A bientôt !

Jade AMRAOUI, étudiante sage-femme en 5eme année au Département de maïeutique à l'Université de Strasbourg

Docteurs Vincent Thuet et Mathilde Revert, codirecteurs de ce travail de recherche

Annexe 7 : Message adressé aux sages-femmes en salle de naissances

Madame, Monsieur,



Je m'appelle Jade AMRAOUI et je suis étudiante sage-femme en 5e année au sein du Département de maïeutique à l'Université de Strasbourg.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, co-dirigé par les Docteurs Vincent THUET et Mathilde REVERT, je souhaiterais recueillir l'avis des sages-femmes, étudiant.e.s et diplômé.e.s de toute Alsace, sur un nouvel outil appelé **Echelle Comportementale de la Douleur en Obstétrique (ECDO)**.

Qu'est ce que l'ECDO ?

L'ECDO est un nouvel outil d'hétéro-évaluation de la douleur des femmes en salle de naissances.

L'ECDO est adaptée d'une autre échelle connue appelée Echelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la Personne Agée non communicante (ECPA) qui est validée par la Haute Autorité de Santé.

Quels sont les objectifs de l'étude ?

- Recueillir votre avis sur l'ECDO
- Evaluer les pratiques professionnelles autour de la prise en charge de la douleur en salle de naissances à l'aide de l'ECDO

Comment participer à l'étude ?

Votre participation à ce travail de recherche consisterait à :

- Tester l'ECDO dans votre pratique clinique à l'aide de la version papier ci-jointe ou avec le lien suivant : <https://sondagesv3.unistra.fr/index.php/137271?lang=f>
- Répondre au questionnaire de satisfaction Lime Survey avec lien suivant : <https://sondagesv3.unistra.fr/index.php/824933?lang=fr>

Une seule participation est requise pour l'enquête. En revanche, vous pouvez tester ce nouvel outil auprès de vos patientes en salle de naissances autant de fois que souhaité.

Quel intérêt pour la santé des femmes ?

L'évaluation de la douleur des femmes durant le travail et l'accouchement est fondamentale pour une bonne prise en charge de la patiente. Un nouvel outil spécifique aux patientes en salles de naissances pourrait améliorer la qualité de la prise en charge par les sages-femmes et ainsi augmenter la satisfaction maternelle autour de l'accouchement.

Je compte sur vous !

En vous remerciant par avance,

Cordialement,

Jade AMRAOUI



Annexe 8 : Politique de données de l'étude

« Les informations recueillies sont nécessaires pour la recherche intitulée « Echelle Comportementale de la Douleur en Obstétrique (ECDO) : Un nouvel outil d'évaluation de la douleur chez les femmes durant le travail et l'accouchement ? », menée par Jade AMRAOUI, étudiante sage-femme en 5e année au sein du Département de maïeutique à l'Université de Strasbourg, et co-dirigé par les Docteurs Vincent Thuet et Mathilde Revert.

La base légale de ce traitement est le consentement (article 6 a. du RGPD). Aucun transfert des données hors Union européenne n'est réalisé. Les données seront traitées par Jade AMRAOUI. Elles pourront être conservées jusqu'à 10 ans après la fin de l'étude. L'Université de Strasbourg met en œuvre des mesures de sécurité appropriées. Vous disposez de droits d'accès, rectification et suppression de vos données. Pour les exercer vous pouvez contacter l'équipe de recherche à l'adresse suivante : jade.amraoui@etu.unistra.fr. »

Résumé

Introduction : L'évaluation de la douleur par les sages-femmes est fondamentale pour une bonne prise en charge des patientes en salle et maison de naissances. Des échelles d'auto-évaluation existent telles que l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) et l'Echelle Numérique (EN). Mais en obstétrique, les femmes sont souvent emparées par la douleur et ne peuvent pas toujours communiquer oralement. D'autres échelles d'hétéro-évaluation existent avec des critères assimilables aux comportements des femmes durant le travail et l'accouchement, comme l'Echelle Comportementale d'évaluation de la douleur chez la Personne Agée non communicante (ECPA). Il serait pertinent d'adapter un nouvel outil d'évaluation de la douleur appelé « Echelle Comportementale de la Douleur en Obstétrique » (ECDO). L'étude repose sur la question de recherche suivante : Est-ce que l'ECDO est applicable chez les femmes durant le travail et l'accouchement ? L'objectif de l'étude était de créer l'ECDO et de recueillir l'avis des sages-femmes d'Alsace.

Méthodes : L'étude de type semi-quantitative et descriptive a été réalisée du mois d'octobre 2022 à janvier 2023. Un questionnaire électronique a été diffusé afin de recueillir l'avis des sages-femmes, étudiant.e.s et diplômé.e.s, de toute l'Alsace avec la possibilité de tester l'ECDO en amont.

Résultats : L'étude a recensé 60 sages-femmes dont 22 étudiant.e.s et 38 diplômé.e.s ayant majoritairement entre 20 et 40 ans. Toutes les sages-femmes évaluaient la douleur des patientes durant le travail et l'accouchement en utilisant surtout l'EVA et l'EN mais aussi parfois en se basant sur l'observation de la patiente. La majorité des sages-femmes étaient « tout à fait d'accord » pour dire que l'ECDO est facilement compréhensible, facile d'utilisation, ne nécessite pas de formation particulière et permettrait une amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur de la patiente. Pour les sages-femmes, l'ECDO a l'intérêt d'être une échelle adaptée aux femmes durant le travail et l'accouchement mais présente aussi des limites liées au manque de temps dans la pratique quotidienne et à la subjectivité de la douleur.

Conclusion : L'ECDO serait utilisable par les sages-femmes et pertinente pour évaluer la douleur des femmes durant le travail et l'accouchement. C'est un outil supplémentaire qui constituerait une aide à la prise en charge de la douleur. D'autres études doivent être réalisées à l'avenir pour valider l'outil.

Mots clés : douleur de l'accouchement, échelle d'évaluation du comportement, profession de sage-femme

Abstract

Introduction : Pain assessment during labour and delivery by midwives is crucial for proper medical patient care. Self-assessment scales such as the Visual Analog Scale (VAS) and the Numeric Rating Scale (NRS) are used. However, in obstetrics, women are often overwhelmed by pain and may not always be able to communicate verbally. Other hetero-assessment scales exist with some criteria comparable to the behaviours of women during labour and delivery, such as the Behavioural Pain Assessment Scale for Non-communicative Elderly (ECPA in French). It would be relevant to adapt a new pain assessment tool called the "Behavioural Scale of Pain in Obstetrics" (ECDO in French). The study is based on the following research question: Can the ECDO be used for women during labour and delivery? The main objective of the study was to adapt this new tool and gather the opinions of midwives in Alsace.

Methods : The semi-quantitative and descriptive study was carried out from October 2022 to January 2023. An electronic questionnaire was distributed to collect the midwives' opinions, students and graduates, from all of Alsace, with the possibility to test the new tool beforehand.

Results : The study included 60 midwives, 22 students and 38 graduates, mostly between 20 and 40 years old. In their practice, all midwives assessed the pain of patients during labour and delivery, mostly using VAS and NRS, and sometimes relying on patient observation. The majority of midwives "strongly agreed" that the ECDO is easily understandable, easy to use, does not require any specific training, and would improve the quality of patient pain management. According to the midwives, the ECDO is valuable as a scale designed for women during labour and delivery but also has limits related to the lack of time in daily practice and the subjectivity of pain.

Conclusion : The ECDO could be used by midwives and is relevant to assess women's pain during labour and delivery. It is an additional very valuable tool that would help in pain management thereby setting new guidelines and raising further awareness among health professionals in obstetrics. Additional studies should be made in the future to validate the tool.

Key words : labour pain, behaviour rating scale, midwifery