

**NOTE DE
CADRAGE**

Label « Prise en charge de la douleur de l'accouchement : analgésie périmédullaire et alternatives médicamenteuses »

Validée le 2 mai 2024

Date de la saisine : 1er février 2024 **Demandeur** : Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR) et le Club d'Anesthésie-Réanimation en Obstétrique (CARO)

Service(s) : Service des Bonnes Pratiques

1. Présentation et périmètre

1.1. Demande

Demande de labélisation d'une recommandation de bonne pratique Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR) et le Club d'Anesthésie-Réanimation en Obstétrique (CARO).

1.2. Contexte

Aujourd'hui en France, plus de 80% des femmes bénéficient d'une analgésie périmédullaire (APM) pour la prise en charge de la douleur au cours de leur accouchement avec des modalités variées en fonction des centres (Enquête National Périnatalité (ENP) 2021) [1].

Les dernières recommandations de la SFAR sur l'analgésie obstétricale datent de 2006 [2].

Depuis cette date, il est observé :

- Une évolution des demandes des femmes (accouchement plus physiologique, demande de méthodes non pharmacologiques, déambulation...),
- Une évolution du profil des femmes enceintes (âges plus avancés, personnes en situation d'obésité, personnes présentant des comorbidités ou en situations complexes...) [1]
- Le développement récent de nouvelles techniques et pratiques comme le repérage échographique de l'espace péridural, des modalités d'administration innovante type « Patient Intermittent Epidural Bolus (PIEB) » ou encore la technique « Dural Puncture Epidural (DPE) » ... [3].

De même, depuis 2006, une littérature abondante et de bonne qualité méthodologique a été produite sur la thématique de l'analgésie obstétricale. : études randomisées contrôlées, revues systématiques et méta-analyses.

Pour autant, des points de controverses et des sujets émergents méritent une attention particulière : port d'une casaque stérile pour la pose de l'analgésie péridurale (APD), conséquences de l'APD notamment néonatales (hyperthermie, infection, difficulté allaitement...) et à plus long terme (autisme...), etc.

Enfin, la dernière ENP de 2021 indique que si 90% des femmes sont satisfaites de l'APD, 40% ont ressenti une douleur insupportable lors de l'accouchement par voie basse (AVB) instrumenté ou non et 10% lors d'une césarienne. [1].

Pour toutes ces raisons, il semble nécessaire et pertinent d'établir une actualisation des recommandations sur la prise en charge de la douleur de l'accouchement incluant la gestion des imperfections et échecs de l'analgésie régionale.

Information à disposition des femmes enceintes :

Les femmes enceintes ont depuis plusieurs années accès à des informations détaillées sur les prises en charge de la douleur de l'accouchement via des documents à destination des femmes (brochure et vidéo) réalisés par le CARO et validés par la SFAR.

Ces documents peuvent être distribués en version papier ou lus en format numérique. Ils sont également en libre accès sur cette page dédiée à la préparation de la consultation d'anesthésie : www.preanesthesie.fr

1.3. Enjeux

L'actualisation des recommandations de 2006

1.4. Cibles

Les professionnels concernés sont les anesthésistes-réanimateurs, les gynéco-obstétriciens, les sage-femmes, les infirmiers(ères) diplômés d'état (IADE), les pédiatres, les médecins hygiénistes, les psychiatres.

Les populations concernées sont les parturientes et les nouveau-nés.

1.5. Objectifs

L'objectif de la recommandation formalisée d'expert (RFE) intitulée « **Prise en charge de la douleur de l'accouchement : analgésie périmédullaire et alternatives médicamenteuses** » est de fournir des recommandations afin d'améliorer, à toutes les étapes, la qualité et la sécurité de la prise en charge de la douleur de l'accouchement pour la mère et l'enfant à naître.

1.6. Délimitation du thème / questions à traiter

Champs de l'analyse

Les recommandations formulées concerneront 5 champs :

1. Pose de l'APM
2. Initiation de l'APM
3. Entretien de l'APM
4. Gestion de l'insuffisance et de l'échec de l'APM
5. Alternatives médicamenteuses à l'APM

Questions à traiter

Champs	Questions (seront déclinées PICO)
1 : Pose de l'APM	<p>Q1.2. Le repérage échographique de l'espace périmédullaire permet-il comparé à l'absence de repérage échographique :</p> <ul style="list-style-type: none">- De réduire la morbidité maternel (incluant les populations à risque*) de l'APM ?- De réduire les difficultés de la réalisation/pose de l'APM ?- D'améliorer l'efficacité de l'APD et la satisfaction maternelle ? <p>Q1.2. La position en décubitus latéral permet-elle comparée à la position assise :</p> <ul style="list-style-type: none">- De réduire la morbidité maternelle (incluant les populations à risque*) de l'APM ?- De réduire les difficultés de la réalisation/pose de l'APM ?- D'améliorer l'efficacité de l'APD et la satisfaction maternelle ? <p>Q1.3. Le monitoring systématique maternel et du RCF pendant la pose de l'APM permet-il de réduire la morbidité maternelle et/ou néonatale comparé à l'absence de monitoring ?</p> <p>Q1.4. Le port d'une casaque chirurgicale en plus des mesures d'asepsie usuelles pour la pose de l'APM permet-il de réduire la morbidité maternelle comparé à l'absence de port de casaque ?</p> <p>* Population à risque : obèses, rachis difficile prévu...</p>
2 : Initiation de l'APM	<p>Q2.1. La péri-rachi combinée (PRC) permet-elle comparée à 1) l'APD classique 2) la DPE :</p> <ul style="list-style-type: none">- De réduire la morbidité maternelle (incluant les populations à risque *) et/ou néonatale ?- D'améliorer l'efficacité de l'APM ?- D'améliorer la satisfaction maternelle ?- De modifier les issues obstétricales ? <p>Q2.2 L'APM précoce (dont déclenchement, dystocie...) permet-elle comparée à l'APM plus tardive :</p> <ul style="list-style-type: none">- De réduire la morbidité maternelle (incluant les populations à risque *) et/ou néonatale ?- D'améliorer l'efficacité de l'APM ?- D'améliorer la satisfaction maternelle ?- De modifier les issues obstétricales ? <p>Q2.3 La dose test à la lidocaïne a-t-elle / permet-elle :</p> <ul style="list-style-type: none">- Un impact sur la morbidité maternelle (incluant les populations à risque *) et/ou néonatale ?- Un impact sur les issues obstétricales ?- D'améliorer l'efficacité de l'APM ?- D'améliorer la satisfaction maternelle ? <p>* Population à risque : obèses, ATCD ou comorbidité maternelle...</p>
3 : Entretien de l'APM	<p>Q3.1. Le mode bolus comparé à la perfusion continue permet-il:</p> <ul style="list-style-type: none">- De réduire la morbidité maternelle et/ou néonatale ?- D'améliorer l'efficacité de l'APM ?- D'améliorer la satisfaction maternelle ?- De modifier les issues obstétricales ? <p>Q3.2. La déambulation permet-elle comparée à l'absence de déambulation :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - De réduire la morbidité maternelle et/ou néonatale ? - D'améliorer l'efficacité de l'APM ? - D'améliorer la satisfaction maternelle ? - De modifier les issues obstétricales ?
4 : Gestion de l'insuffisance et de l'échec de l'APM	<p>Q4.1 Des stratégies « non techniques » permettent-elles de limiter la survenue d'une insuffisance ou d'un échec d'analgésie ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les modalités de surveillance • Le type d'AL et adjuvants <p>Q 4.2 En cas d'insuffisance ou d'échec de l'APM, des stratégies permettent-elles d'améliorer l'efficacité de l'analgésie obstétricale ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Type d'AL, concentration et mode d'administration (effet volume) - Adjuvants (morphiniques, clonidine) - Modalités de surveillance - Moment et modalité de la repose - Posture de la parturiente - Modalité d'accompagnement en per et postpartum
5 : Alternatives médicamenteuses à l'APM	<p>Q5.1. Les alternatives médicamenteuses permettent-elles comparées à l'APM :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De réduire la morbidité maternelle (incluant les populations à risque *) et/ou néonatale ? - D'améliorer l'efficacité analgésique ? - D'améliorer la satisfaction maternelle ? - De modifier les issues obstétricales ? <p>Q5.2. Lors de l'utilisation d'une alternative médicamenteuse, quelles stratégies permettent d'améliorer l'efficacité de l'analgésie obstétricale ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Type de molécules, mode d'administration - Modalités de surveillance <p>* Population à risque : obèses, ATCD ou comorbidité maternelle...</p>

Champs exclus de l'analyse :

Ces recommandations ne traiteront pas des approches non pharmacologiques de la prise en charge de la douleur de l'accouchement puisque celles-ci ont été abordées dans les recommandations HAS 2017 « Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales » [4] et restent d'actualité.

2. Modalités de réalisation

- HAS
- Label
- Partenariat

2.1. Méthode de travail envisagée et actions en pratique pour la conduite du projet

La méthode retenue est celle de la recommandation de bonne pratique RFE recommandation formalisée d'expert (5).

Elle intègre l'élaboration et la gradation des recommandations selon le standard international GRADE « Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation »).

Les questions seront produites au format PICO « *Patient/Intervention/Comparateur/Outcome* » avec :

- Périmètre de la recherche bibliographique : 2000 à 2023
- Type d'études à sélectionner : RCT ; méta-analyses ; études observationnelles avec critères de qualité.

2.2. Composition qualitative des groupes

Société savantes organisatrices :

- Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR)
- Club d'Anesthésie-Réanimation en Obstétrique (CARO)
 - Coordonnatrices (SFAR/CARO) : Estelle Morau (CARO), Hawa Keita-Meyer (CARO), Marie-Pierre Bonnet (SFAR),
 - Organisatrice (SFAR/CRC) : Daphné Michelet et Matthieu Dumont

Autres sociétés savantes et associations de patients associées (groupes de travail et groupe de lecture) :

- Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF)
- Collège National des Sage-Femmes (CNSF)
- Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H)
- Fédération de psychiatrie
- Collectif Inter associatif Autour de la Naissance (CIANE)
- Collège de médecine générale
- Autres

Composition qualitative du groupe de travail (GT)

Spécialités	Nombre
Anesthésistes-réanimateurs	16
IADE	1
Gynécologue-obstétriciens	2

Sage-femmes	2
Hygiénistes	2
Psychiatre	1
Patientes et usagères	2

Une proposition des experts est rapportée en annexe (sous réserve de l'analyse et la validation de leur déclaration d'intérêt par le comité de validation des DI, CVDI, selon les règles déontologiques de la HAS).

Groupe de relecture (GL) :

Les recommandations provisoires et les argumentaires scientifiques établies par le groupe de travail sont relus par le groupe de lecture, qui inclus les :

- 2 coordonnateurs du projet
- 12 membres indépendants du comité des référentiels cliniques, CRC¹, établi par la SFAR
- Autres membres experts

Le GL apporte ses commentaires et ses propositions de corrections (forme et fond y compris les niveaux GRADE) et sont discutées en réunion du CRC afin de faire un retour aux coordonnateurs de la RFE et experts du GT.

Les modifications apportées par le GT en réponse font ensuite l'objet d'un nouvel examen et relecture finale par le CRC pour consolider la version finale des recommandations.

2.3. Productions prévues

Productions proposées :

- Texte des recommandations
- Argumentaire scientifique
- Le cas échéant, une fiche outil (messages clés)

Un document patient est déjà disponible et pourra être actualisé autant que de besoin.

Calendrier prévisionnel

- Date réunion initiale : T2 2024
- Date estimée de finalisation du projet : T2 2025

Modalités de validation

- Validation par les demandeurs organisateurs : CA SFAR, CA CARO
- Validation par les instances de la HAS

Modalités de diffusion

- Présentation congrès SFAR/e-SFAR/CARO (eSFAR mars 2025)
- Diffusion sur les sites organisateurs : SFAR/CARO/HAS
- Publication scientifique *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine Journal* (ACCPM)

¹ Le comité des référentiels cliniques (CRC) de la SFAR a pour mission principale de développer des recommandations professionnelles et assure le suivi méthodologique lors de l'élaboration des recommandations ; il n'intervient pas sur le volet scientifique qui reste l'apanage du coordinateur du projet et du groupe de travail.

3. Calendrier prévisionnel des productions

- Date de passage en commission : Date T2 2025
- Date de validation du collège : Date T2 2025

Références bibliographiques

1. Enquête nationale périnatale 2021.
<https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2022/10/rapport-2022-v5.pdf>.
2. Société Française d'Anesthésie-Réanimation. Les blocs périmédullaires chez l'adulte. Recommandations pour la Pratique Clinique 2006.
www.sfar.org/docs/articles/rpc_perimedullaire.pdf.
3. Keita H, Aloussi F, Hijazi D, Bouvet L: Analgésie obstétricale. em-consulte 2020.
4. HAS. Recommandations de bonne pratique : Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. 2017.
5. Dominique Fletcher, Lionel Velly, À quoi servent les recommandations formalisées d'expert ? Le Praticien en Anesthésie Réanimation, Volume 20, Issue 1, 2016.
<https://doi.org/10.1016/j.pratan.2015.12.004>.