

UNIVERSITÉ DE POITIERS
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE POITIERS

**Bloc pudendal : Évaluation des connaissances et
prévalence de la pratique des sages-femmes du
Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers sur
l'année 2015**

Mémoire présenté par

Mlle JACQUELIN Sandrine

Née le 18 avril 1992

Année 2016

Directeur de Mémoire :

Monsieur PEQUERIAU Antonin

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier particulièrement le sage-femme **Antonin PEQUERIAU**, mon directeur de mémoire, pour sa disponibilité, ses encouragements et ses nombreuses corrections tout au long de ce travail.

Je remercie également ma tutrice de mémoire, Madame **Sonia PAPIN**, sage-femme enseignante, pour son investissement et ses précieux conseils dans ce travail ainsi que son soutien durant ces deux dernières années.

Merci à **Rémi FRANCH**, sage-femme au Centre Hospitalier de Perpignan, pour avoir eu la gentillesse de m'avoir fait parvenir l'intégralité de son mémoire ainsi que son DVD explicatif concernant la pratique du bloc pudendal qui m'ont été d'une aide précieuse.

Un grand merci aux **sages-femmes du Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers** sans qui mon étude n'aurait pu être réalisée.

Un très grand merci à toute l'**équipe pédagogique de l'école de sage-femme de Poitiers** pour m'avoir soutenue et supportée pendant ces quatre années.

Merci à **Gabrielle PEQUERIAU** ainsi qu'à mon oncle **Jacques** et sa femme **Marie** pour leur relecture attentive.

Merci à mes **copines de promotion** pour ces belles années durant lesquels nous avons partagé nos doutes, nos questions, nos rires. Merci pour ces si bons moments passés ensemble et j'espère qu'il y en aura pleins d'autres.

Enfin, un immense merci à **ma famille, mes proches**, et particulièrement **Aurélien** pour leur soutien infailible, et pour tout ce qu'ils m'apportent au quotidien.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
GLOSSAIRE	6
INTRODUCTION	7
GÉNÉRALITÉS SUR LE NERF ET L'ANESTHÉSIE PAR BLOC PUDENDAL	8
I. Rappels anatomiques du nerf pudendal	8
1. Innervation pelvi périnéale	8
2. Le nerf pudendal	8
II. Indications du bloc pudendal	9
1. Durant la seconde phase du travail	9
2. Après l'accouchement	9
III. Les contre-indications du bloc pudendal	9
1. Contre-indications liées aux drogues	9
2. Contre-indications liées au geste	9
IV. Les complications du bloc pudendal	10
1. Complications maternelles	10
2. Complications fœtales	10
INTÉRÊT ET CONTROVERSE DU BLOC PUDENDAL	11
CONSTAT	13
I. Problématique	13
II. Hypothèse de recherche	13
MÉTHODOLOGIE	14
I. Objectif principal de la recherche	14
II. Population étudiée	14
1. Questionnaires anonymes destinés aux sages-femmes	14
2. Etude prospective en SDN sur la pratique du bloc pudendal	14
3. Etude rétrospective sur l'année 2014	14
III. Considérations éthiques	14
IV. Critères de jugement	15
a. Questionnaires anonymes destinés aux sages-femmes	15
b. Etude prospective en SDN sur la pratique du bloc pudendal	15
c. Etude rétrospective sur l'année 2014	16
V. Conditions de mise en place	16

VI. Déroulement de l'étude	16
a. Première partie	16
b. Deuxième partie	16
c. Troisième partie	16
VII. Moyen d'exploitation	17
RÉSULTATS	18
I. Questionnaires anonymes destinés aux sages-femmes	18
II. Etude prospective en SDN sur la pratique du bloc pudendal	22
1. Description de la population	22
2. Analyse des résultats	23
III. Etude rétrospective sur l'année 2014	25
DISCUSSION	26
I. Critique de l'étude : points forts, limites et biais	26
1. Questionnaires anonymes destinés aux sages-femmes	26
2. Etude prospective en SDN sur la pratique du bloc pudendal	26
3. Etude rétrospective sur l'année 2014	26
II. Les principaux résultats	27
1. Une faible prévalence du bloc pudendal	27
2. Un manque de connaissance théorique et pratique	27
3. Un intérêt porté à l'égard de cette pratique	27
4. Un souhait de formation	28
III. Comparaison à la littérature	28
IV. Ouverture	29
CONCLUSION	30
BIBLIOGRAPHIE	31
ANNEXES	33
RÉSUMÉ	38

SOMMAIRE DES GRAPHIQUES

Figure 1 – Plexus sacral et pudendal	8
Figure 2 – Territoire sensitif du nerf pudendal	9
Figure 3 – Pourcentage d’indications de réalisation du bloc pudendal (BP) par les sages-femmes (SF) du CHU de Poitiers	18
Tableau 1 – Motifs de non réalisation du BP par les SF du CHU de Poitiers	19
Tableau 2 – Motifs de l’appréhension à la pratique du BP par les SF du CHU de Poitiers ..	19
Tableau 3 – Réponse des SF au QCM	20
Tableau 4 – Comparaison des réponses au QCM des SF formés et non formés au BP	20
Tableau 5 – Comparaison des réponses au QCM des SF formés pratiquant ou ne pratiquant pas le BP	21
Figure 4 – Diagramme de flux du nombre total d’accouchements du 13 avril au 30 septembre 2015	22
Figure 5 – Diagramme de flux des patientes incluses du 13 avril au 30 septembre 2015	22
Figure 6 – Pourcentage de BP qui pouvait être fait sur la période d’étude	23
Figure 7 – Pourcentage des indications des BP réalisés par les SF du 13 avril au 30 septembre 2015	24
Figure 8 – Pourcentage des différentes indications du bloc pudendal par les SF en théorie et pratique	24
Figure 9 – Diagramme de flux de l’analyse du nombre total d’accouchements voies basses sur l’année 2014	25

GLOSSAIRE

AG : Anesthésie Générale

APD : Anesthésie Péridurale

AVB : Accouchement Voie Basse

BP : Bloc Pudendal

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CI : Contre-indication

CIVD : Coagulation Intra Vasculaire Disséminée

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

EN : Echelle Numérique

EVA : Echelle Visuelle Analogique

IMC : Indice de Masse Corporelle

QCM : Questionnaire à choix multiples

SDN : Salle De Naissance

SF : Sage-Femme

SIM : Service d'Information Médicale

INTRODUCTION

Conformément à l'article L.1112-4 du Code de Santé Publique, il appartient à chaque établissement de santé de promouvoir et de mettre en place l'organisation nécessaire pour répondre aux besoins des personnes quant à la prise en charge de la douleur. (1)

La douleur du travail est ressentie par beaucoup de femmes comme la pire douleur jamais endurée (2). Melzack place la douleur de l'accouchement parmi les plus intenses après l'amputation des doigts. (3)

De plus, la douleur obstétricale a des répercussions néfastes sur la physiologie maternelle, sur la physiologie fœtale et sur le déroulement du travail. (4) En effet, une douleur particulièrement intense peut entraîner un stimulus adrénurgique augmentant la pression artérielle et le débit cardiaque. L'hyperventilation causée par les contractions utérines entraîne une hypocapnie et par la suite une vasoconstriction utéroplacentaire avec une réduction conséquente d'afflux de sang au fœtus. Ceci est suivi par une hypoventilation avec hypoxémie maternelle et fœtale. (5)

Parmi les méthodes d'analgésie obstétricale, l'analgésie locorégionale et en premier lieu l'analgésie péridurale représentent le meilleur compromis efficacité/sécurité grâce à des progrès pharmacologiques récents. (4)

Mais qu'en est-il des patientes :

- ne souhaitant pas d'anesthésie péridurale,
- ayant une contre-indication aux anesthésies périmédullaires,
- arrivant à la maternité avec un travail déjà trop avancé pour en bénéficier,
- ne pouvant en bénéficier par manque de disponibilité du médecin anesthésiste,
- ou présentant des douleurs modérées ne nécessitant pas une analgésie aussi puissante ?

Selon une enquête réalisée en 2000 sur 34 maternités françaises, les principales raisons d'une alternative à la péridurale sont (6) :

1. Le refus de la péridurale
2. La contre-indication médicale
3. Le travail trop avancé
4. L'indisponibilité de l'anesthésiste.

D'après le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France, il est nécessaire de développer et de maîtriser des méthodes alternatives aux anesthésies locorégionales afin de répondre aux souhaits des patientes et au besoin légitime d'une analgésie efficace pendant l'accouchement, mais aussi d'appliquer la méthode analgésique présentant le meilleur bénéfice-risque pour la parturiente. (7)

L'analgésie par bloc pudendal (ou nerf honteux) fait partie de ces méthodes alternatives aux anesthésies locorégionales, elle reste de nos jours un geste aussi fiable que peu dangereux et mériterait d'être conservée dans notre arsenal obstétrical. (8)

Selon l'article R-4127-318 du Code de Santé Publique, la sage-femme est autorisée à pratiquer l'anesthésie locale au cours de l'accouchement, la pratique du bloc pudendal fait donc partie de ses compétences. (9)

GÉNÉRALITÉS SUR LE NERF ET L'ANESTHÉSIE PAR BLOC PUDENDAL

I. Rappels anatomiques du nerf pudendal

1. Innervation pelvipérinéale (10)

On peut distinguer schématiquement deux grandes voies principales : celles des racines sacrées (S2, S3, S4), principalement somatique, qui emprunte le trajet des nerfs pudendaux, et celle du plexus hypogastrique inférieur, neurovégétative, sympathique et parasymphatique.

2. Le nerf pudendal (11)

Le nerf pudendal, nerf somatique principal du périnée, est un nerf mixte complexe qui contient des neurofibres sympathiques.

Il est formé de neurofibres provenant des nerfs sacraux S2, S3 et S4.

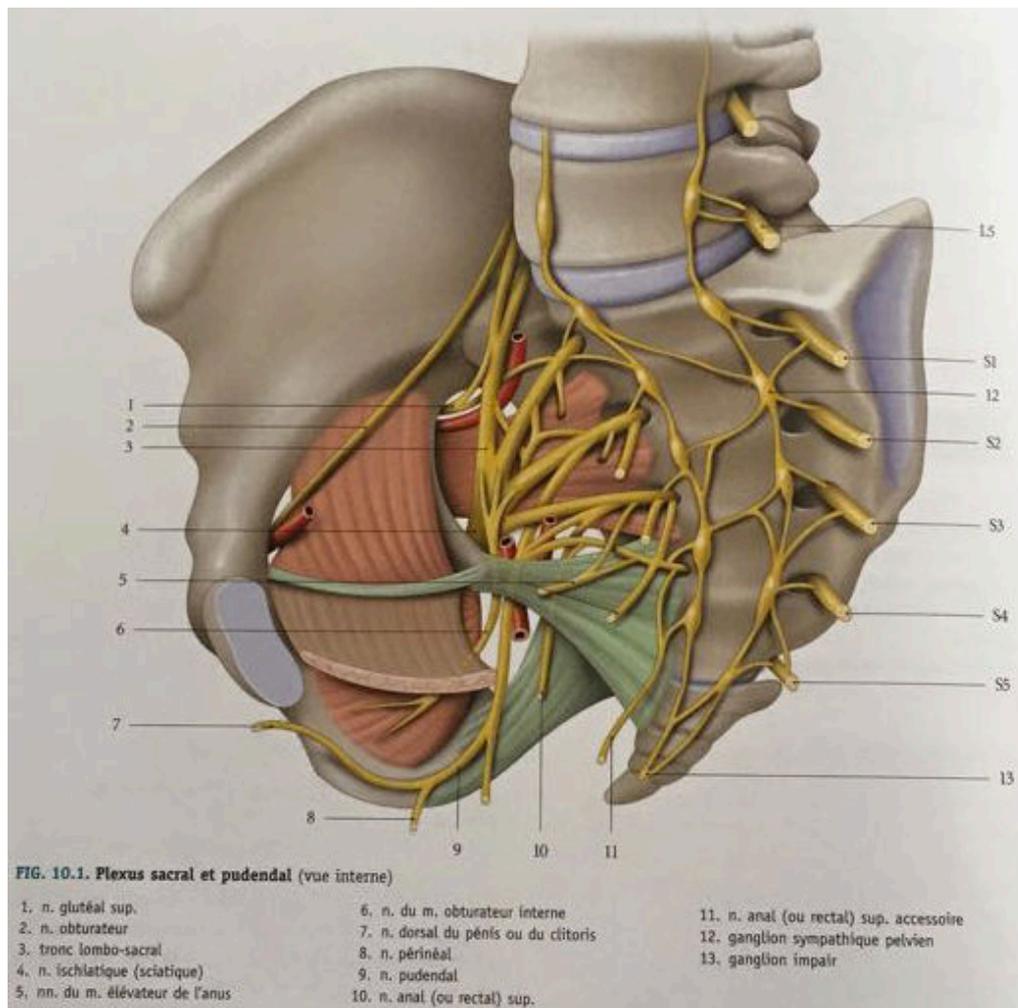


Figure 1 – Plexus sacral et pudendal (11)

Le territoire d'innervation sensitif est en forme de cœur inversé. Il débute au niveau du frein du clitoris en haut, puis s'étend jusqu'au bord externe des grandes lèvres de chaque côté, se termine par une large surface au niveau des deux ischions (Figure 2). (12)

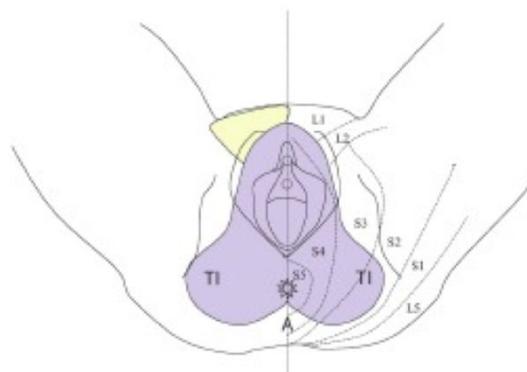


Figure 2 – Territoire sensitif du nerf pudendal

II. Indications du bloc pudendal

1. Durant la seconde phase du travail pour : (8) (13) (14) (15) (16)

- Obtenir un relâchement des parties molles et éviter une éventuelle épisiotomie
- Une extraction instrumentale (spatules, forceps, ventouse)
- Une algie maternelle (douleurs vaginales ou périnéales) lorsqu'une analgésie périmédullaire ne peut être réalisée
- La réalisation d'une épisiotomie
- Le confort maternel

2. Après l'accouchement pour : (14) (15) (17)

- La réfection d'une épisiotomie (un bloc unilatéral suffit)
- La réfection d'une déchirure périnéale

La principale indication de l'anesthésie des nerfs honteux internes en obstétrique reste l'extraction fœtale par voie basse en urgence chez une patiente ne bénéficiant pas d'une APD, et en l'absence de médecin anesthésiste. (18)

III. Les contre-indications du bloc pudendal

1. Contre-indications liées aux drogues (19)

- Hypersensibilité aux anesthésiques locaux à liaison amide ou à l'un des excipients
- Patiente atteinte de porphyries récurrentes
- Patiente souffrant d'une insuffisance cardiaque traitée par bêtabloquants
- Epilepsie non contrôlée
- Hypovolémie

2. Contre-indications liées au geste (10)

- Le refus de la patiente
- Les troubles majeurs de l'hémostase (coagulation intravasculaire disséminée (CIVD), déficit des facteurs de la coagulation, thrombopénie, thrombopathie, Maladie de von Willebrand,...)
- L'infection aux points de ponction
- Thrombopénie

IV. Les complications du bloc pudendal

1. Complications maternelles

Elles sont exceptionnelles.

- Injection intra-vasculaire : le passage vasculaire pourrait entraîner une sensation ébrieuse, voir exceptionnellement des réactions de type allergique. (8)
- Lésions nerveuses (20)
- Perforation rectale (20)
- Hématome ischio-rectal (artère honteuse interne) (20)
- Complications infectieuses (infection du point de ponction, abcès profond, septicémie)

2. Complications fœtales

- A dilatation complète : ponction tête fœtale (20)
- Le passage de l'anesthésique mère-enfant est faible.

Cependant, 3 cas d'intoxication fœtale par l'anesthésique local (lidocaïne) ont été rapportés après analgésie par bloc des nerfs pudendaux lors de l'expulsion. Les tableaux cliniques associaient : hypotonie, mydriase aréactive, apnées, cyanose, coma, mouvements convulsifs nécessitant une ventilation mécanique pour 2 enfants.

La lidocaïne a été dosée dans le sang de 2 bébés. Pour les 3 l'évolution a été favorable. Les propriétés pharmacocinétiques de la lidocaïne et l'hypervascularisation du périnée pendant le travail favorisent le risque d'intoxication néonatale. Il a donc été recommandé de réaliser une surveillance clinique adaptée du nouveau-né dans les heures suivant l'accouchement et du dosage sanguin de l'anesthésique local utilisé au moindre doute sur une intoxication. (21)

En pratique ces complications sont exceptionnelles lorsqu'un matériel adapté est utilisé et que les tests de sécurité sont réalisés. (10)

INTÉRÊT ET CONTROVERSE DU BLOC PUDENDAL

Une étude réalisée en 2012, a cherché à déterminer l'efficacité et l'innocuité des blocs nerveux (bloc pudendal et paracervical) par anesthésie locale pour le soulagement de la douleur pendant l'accouchement. Pour cela, ils ont inclus 12 essais contrôlés randomisés (soit 1549 participantes) évaluant la gestion de la douleur pendant l'accouchement avec l'utilisation de blocs nerveux par anesthésie locale. Ils ont observé que les blocs nerveux par anesthésie locale sont plus efficaces qu'un placebo, qu'un opiacé et qu'un analgésique non-opiacé pour la gestion de la douleur pendant l'accouchement. Les effets secondaires (ralentissement du rythme cardiaque fœtal, vertiges, sueurs et picotements dans les jambes) sont plus courants après un bloc nerveux par anesthésie locale par rapport à un placebo. Les différents agents anesthésiques locaux utilisés pour soulager la douleur offrent un niveau de satisfaction similaire.

Cependant, des études supplémentaires à hauts niveaux de preuve sont nécessaires pour confirmer ces résultats. (22)

Une étude monocentrique prospective randomisée réalisée à Lille en décembre 2014, a cherché à évaluer l'apport du bloc du nerf pudendal sur la qualité de l'analgésie en chirurgie gynécologique périnéale ou vulvaire. Elle incluait toutes les patientes devant subir une chirurgie périnéo-vulvaire sous anesthésie générale. Les patientes ont été randomisées en 2 groupes : anesthésie générale seule (groupe AG, 41 patientes) ou associée à un bloc pudendal bilatéral guidé par neurostimulation (groupe BP, 42 patientes). L'évaluation de la douleur et la prescription d'hypnotiques et d'antalgiques en per- et en post-opératoire étaient notées. Le critère de jugement principal était la moyenne des scores d'échelle visuelle analogique (EVA) de la douleur les 24 premières heures post-opératoires. Ils ont pu montrer que la consommation d'antalgiques en per-opératoire était diminuée dans le groupe BP. (23)

Dans son étude réalisée en 2004, Arslan nous montre que l'anesthésie par bloc pudendal comparée à une anesthésie locale par infiltration était significativement supérieure pour atténuer la douleur immédiatement après l'application de l'anesthésie, au moment de l'épisiotomie, au début de sa réfection ainsi que 30 minutes après la fin de celle-ci. (17)

En 2008, une étude randomisée en double aveugle concernant le bloc pudendal par injection de Ropivacaïne, après l'accouchement et après la suture de l'épisiotomie, montre une diminution de la douleur dans les 12 premières heures qui suivent la naissance ainsi qu'une diminution de la prise d'antalgique per os dans le post-partum. (24)

Le bloc pudendal permet donc une réhabilitation post-opératoire précoce et optimale. Il est utile lors de la seconde phase du travail pour soulager les douleurs résultant de la distension périnéale et peut également compléter une péridurale qui elle, est inefficace dans la région sacrée. (25)

En dehors du confort maternel qu'il apporte, il permet de pratiquer plus facilement toutes les manœuvres d'extraction instrumentale du fœtus (ventouse, forceps) et de pratiquer sans douleur une éventuelle épisiotomie ainsi que sa réfection. (8)

Ce qui permet également d'éviter l'infiltration directe du périnée oedématisé ou des tranches de section de plaie.

Le bloc pudendal fait partie des alternatives de seconde ligne. Il offre une anesthésie de la portion inférieure du vagin, de la vulve et du périnée. Cette technique entraîne une anesthésie immédiate accompagnée d'un relâchement musculaire important par rupture de l'arc réflexe de la commande nerveuse (notamment des releveurs, perceptible par le toucher

vaginal). Ainsi la fréquence des lésions périnéales est significativement diminuée après analgésie. (8)

Cependant, l'analgésie par bloc pudendal exige la connaissance théorique de l'anatomie du périnée, (notamment du nerf honteux), et les compétences techniques nécessaires pour sa réalisation.

En l'absence actuelle de repérage précis en obstétrique (neurostimulation voire échographie), ces blocs réalisés « à l'aveugle » ont malheureusement un taux d'échec élevé dans la littérature : en effet selon une étude réalisée en 2004, sur 56 patientes ayant bénéficié d'une analgésie par bloc pudendal seulement 16 ont rapporté des contractions moins douloureuses. (5)

Cependant, on note qu'une analgésie par bloc pudendal n'est pas réalisée dans le but de soulager la douleur des contractions utérines ce qui pourrait expliquer ce taux d'échec.

En effet, les blocs pudendaux sont insuffisants pour les extractions plus hautes et les interventions impliquant l'utérus.

Le bloc pudendal peut aussi entraîner une diminution de la sensation expulsive (ce qui peut déprimer le désir de pousser), pouvant entraîner une légère augmentation de la durée d'expulsion. (8) (14)

De plus l'obésité peut rendre difficile la réalisation de cette technique, tant pour le repérage anatomique des zones à infiltrer que par la limitation de la taille du matériel à notre disposition. (26)

Cette technique est donc simple, cependant elle est : (5)

- Opérateur-dépendant,
- Volume-dépendant
- Concentration-dépendant,
- Drogue-dépendant
- Patiente-dépendant (variation anatomique, IMC, attitude etc...)

CONSTAT

L'analgésie par bloc pudendal fait partie des méthodes alternatives aux anesthésies locorégionales, elle reste de nos jours un geste aussi fiable que peu dangereux et mériterait d'être conservée dans notre arsenal obstétrical. (8)

Elle devrait être réalisée chez toutes les femmes en période expulsive ne bénéficiant pas d'une analgésie péridurale, ne présentant aucune contre-indication et nécessitant un traitement de la douleur. (8)

Cependant, une enquête nationale prospective sur les alternatives à l'analgésie péridurale obstétricale réalisée en 2000 sur 34 maternités françaises pendant une période d'un an nous rapporte que sur 270 alternatives à la péridurale réalisées seulement 8 concernaient un bloc pudendal. (6)

Malgré tous ses avantages et sa facilité de réalisation, l'analgésie par bloc pudendal semble une pratique peu utilisée par les sages-femmes.

Mais les sages-femmes sont-ils réellement formés à cette pratique ?

Une étude concernant la formation et la pratique des sages-femmes à l'analgésie par bloc pudendal a été réalisée en 2010 auprès de 6 maternités de la région Midi-Pyrénées. Celle-ci nous rapporte que moins de 2/3 des sages-femmes avaient été formés à cette technique et leur utilisation de cette pratique était quasi inexistante. (27)

Une seconde étude réalisée en 2015 nous montre que seulement 17,8% des sages-femmes de la région Centre pratiquent aujourd'hui le bloc pudendal. Les sages-femmes (SF) ne pratiquant pas de bloc pudendal l'expliquaient pour 71% d'entre eux par une absence de formation et pour 46% par une méconnaissance de la pratique. (28)

I. Problématique

- Les sages-femmes du CHU de Poitiers connaissent-ils réellement l'analgésie du bloc pudendal ?
- Un manque de connaissances théorique et pratique serait-il un frein à cette pratique ?
- Quel intérêt portent-ils à l'égard de cette pratique ?
- Ont-ils été formés à celle-ci ?
- Savent-ils la pratiquer ?

II. Hypothèse de recherche

Nous avons émis l'hypothèse que la méconnaissance théorique et pratique du geste relatif à un manque de formation freinerait l'utilisation de cette analgésie.

MÉTHODOLOGIE

I. Objectif principal de la recherche

L'objectif principal de cette étude consistait à connaître la prévalence d'anesthésie par bloc pudendal réalisée par les sages-femmes du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers ainsi que d'évaluer leurs connaissances et leur besoin de formation à cette pratique.

II. Population étudiée

1. Questionnaires anonymes destinés aux sages-femmes

Critères d'inclusion : Tous les sages-femmes travaillant au CHU de Poitiers du 13 avril au 30 octobre 2015 quel que soit l'année d'obtention du diplôme de sage-femme ou le lieu d'exercice au sein de l'hôpital au moment du remplissage du questionnaire.

2. Etude prospective en SDN sur la pratique du bloc pudendal

Critères d'inclusion : Toutes les patientes accouchant voie basse du 13 avril au 30 septembre 2015 en salle de naissance au CHU de Poitiers.

Critères de non inclusion : Toutes les patientes accouchant du 13 avril au 30 septembre 2015

- en dehors du service de la salle de naissance
- par césarienne.

3. Etude rétrospective sur l'année 2014

Critères d'inclusion : Toutes patientes ayant accouché voie basse sur l'année 2014 sans péridurale, ni rachianesthésie, ni anesthésie générale.

Critères de non inclusion : Toutes patientes ayant accouché par césarienne ou ayant bénéficié d'une anesthésie pendant l'accouchement.

Critères d'exclusion :

- Toutes patientes ayant accouché en dehors du service de la salle de naissance.
- Toutes patientes pour lesquelles le dossier d'accouchement n'a pu être retrouvé.
- Toutes patientes pour lesquelles l'échelle de la douleur n'était pas notée.

III. Considérations éthiques

Les données collectées auprès des professionnels de santé (évaluation des connaissances) et les données concernant les patientes ont fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) en application des articles 40-1 et suivant la loi « Informatique et Libertés » sur la demande de la structure de formation responsable de l'étude auprès du correspondant CNIL du CHU de Poitiers.

Seuls les professionnels acceptant de participer à l'étude ont rempli le questionnaire après avoir bénéficié d'une information éclairée portant sur :

- l'identité du responsable du traitement des données,
- l'objectif de la collecte d'informations,

- le caractère non obligatoire de la participation à l'étude,
- les destinataires des informations.

Le questionnaire étant anonyme, aucune donnée concernant le soignant figurait sur le questionnaire. Le retour du questionnaire complété par ce dernier dans les délais impartis faisait office de consentement pour participer à l'étude.

La confidentialité des patientes incluses dans la base de données a été protégée par l'utilisation d'un numéro en lieu et place des données susceptibles de permettre leur identification.

IV. Critères de jugements

1. Questionnaires anonymes destinés aux sages-femmes

- Année d'obtention du diplôme de sage-femme
- Formation au BP
- Lieu de formation au BP
- Pratique du BP
- Indications de la réalisation d'un BP
- Satisfaction face à cette pratique
- Motif de non pratique
- Motif d'appréhension du geste
- Intérêt d'une formation
- Connaissance du bloc pudendal
 - Contre-indication(s)
 - Drogue(s) utilisée(s)
 - Drogue(s) prescrite(s) par sage-femme
 - Moment de réalisation du bloc pudendal
 - Repère anatomique
 - Complication(s)

Pour juger les connaissances des SF, un questionnaire à choix multiples (QCM) a été créé en se basant sur les différentes recommandations des bonnes pratiques professionnelles.

Ont été considérées comme :

- « Vrai » : lorsque toutes les bonnes réponses avaient été cochées.
- « Faux » : lorsqu'au moins un mauvais item avait été coché.
- « Partiellement vrai » : lorsqu'aucun item faux n'avait été coché mais que toutes les réponses justes n'avaient pas été cochées.

2. Etude prospective en SDN sur la pratique du bloc pudendal

- Numéro d'accouchement annuel
- IMC
- Parité
- Présentation fœtale
- Nombre d'embryon
- Mode d'accouchement (eutocique ou extraction)
- Episiotomie / déchirure(s)
- Réalisation d'un BP par un(e) sage-femme (= critère d'évaluation)
- Raison(s) de la réalisation ou non d'un BP

3. Etude rétrospective sur l'année 2014

- IMC
- Parité
- Présentation fœtale
- Nombre d'embryon
- Mode d'accouchement (eutocique ou extraction)
- Contre-indications au BP
- Echelle de la douleur

V. Conditions de mise en place

La mise en place de l'étude est passée par l'information et l'accord du chef de service, de la cadre supérieure de la maternité et de la cadre de la salle de naissance, à qui nous avons exposé nos objectifs.

VI. Déroulement de l'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive sur la prévalence du bloc pudendal réalisée par les sages-femmes au sein du CHU de Poitiers ainsi que leurs connaissances à cette pratique.

Notre étude s'est déroulée en trois parties :

1. Première partie

Un état des lieux des connaissances des sages femmes du CHU de Poitiers a été mis en place sous forme de questionnaire individuel et anonyme. (Annexe 1)

2. Deuxième partie

En parallèle, afin d'apprécier la prévalence du bloc pudendal réalisée par les sages-femmes en salle de naissance du 13 avril au 30 septembre 2015, une étude observationnelle prospective a été menée. Des feuilles observationnelles ont été réparties dans chaque dossier dans le but de connaître le taux d'analgésie par bloc pudendal réalisé ainsi que les raisons pour lesquelles il a été réalisé ou non. (Annexe 2)

3. Troisième partie

Enfin, une étude rétrospective a été mise en place afin de connaître le nombre de femmes ayant bénéficié d'un BP et celles qui auraient pu en bénéficier sur l'année 2014.

Pour cela une analyse de dossier a été réalisée chez les 1963 femmes ayant accouché voie basse en 2014 et plus précisément chez les 655 femmes n'ayant bénéficié d'aucune analgésie lors de leur accouchement afin de savoir si oui ou non elles auraient pu bénéficier d'un BP. Pour cela, nous avons pris en compte l'échelle de la douleur avant les efforts expulsifs ainsi que les éventuelles contre-indications à ce geste.

En se basant sur le protocole du CHU de Poitiers, on a estimé qu'une femme ayant une échelle numérique de la douleur ≥ 4 devait bénéficier d'une mesure médicamenteuse pour la gestion de sa douleur.

VII. Moyen d'exploitation

Pour la saisie anonyme et l'analyse des données nous avons utilisés les logiciels Microsoft Excel et Epi info. Les tests utilisés pour comparer les données étaient le test du Chi^2 lorsque les effectifs théoriques étaient ≥ 5 et le test exact de Fisher lorsque les effectifs théoriques étaient < 5 . Les résultats étaient considérés comme significatifs lorsque $p \leq 0,05$.

RÉSULTATS

I. Questionnaires anonymes destinés aux sages-femmes

52 sages-femmes sur les 61 exerçant au CHU de Poitiers sur la période du 13 avril au 30 octobre 2015 ont répondu au questionnaire, soit un pourcentage de réponse de 85,2%

Sur les 52 sages-femmes ayant répondu au questionnaire, les années d'obtention du diplôme d'état de sage-femme étaient de :

- 5,7% < 1 an
- 13,4% de 1 à 4 ans
- 38,4% de 5 à 9 ans
- 42,3% ≥ à 10 ans

Sur le nombre total de sages-femmes, 28,8% (soit 15 sages-femmes) ont dit avoir été formés. Parmi eux, 26,6% avaient obtenu leur diplôme depuis plus de 10 ans, 53,3% de 5 à 9 ans, 20% de 1 à 4 ans, 0% de moins d'1 an.

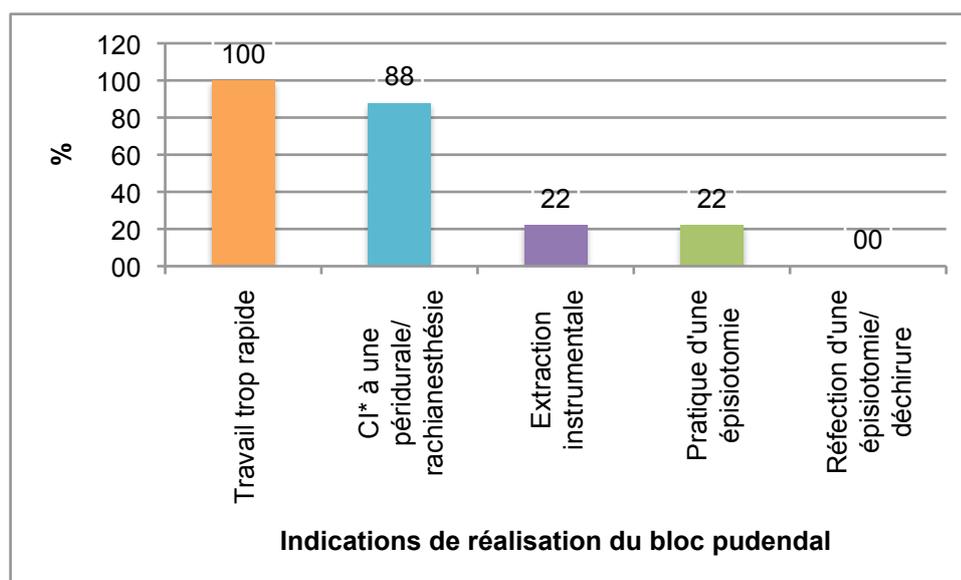
Le lieu de formation des 15 sages-femmes formés était :

- 20 % durant leurs études
- 20 % sur leur lieu de travail par un médecin
- 53,3% sur leur lieu de travail par un(e) sage-femme
- 6,6 % sur leur lieu de travail par un médecin et lors d'une formation continue

Sur le nombre total de sages-femmes, 17,3% pratiquent le bloc pudendal.

Sur le nombre total de sages-femmes formés au bloc pudendal (15 sages-femmes), 60% (9 sages-femmes) le pratiquent.

Pour ceux-ci, les indications pour lesquelles ils pratiquent un bloc pudendal sont les suivantes :



* CI = Contre-indications

Figure 3 – Pourcentage d'indications de réalisation du BP par les SF du CHU de Poitiers

Sur les 9 sages-femmes pratiquant ce geste, 7 d'entre-eux sont satisfaits de son efficacité et 2 insatisfaits en raison d'une efficacité aléatoire.

Sur les 52 sages-femmes interrogés, 43 (82,6%) ne pratiquent pas de bloc pudendal, qu'ils aient bénéficié d'une formation pour 6 d'entre-eux, ou non pour les 37 autres.

Les motifs pour lesquels ils ne pratiquent pas cette analgésie sont les suivantes :

Tableau 1 – Motifs de non réalisation du BP par les SF du CHU de Poitiers

	SF formés au BP N=6	SF non formés au BP N=37
Manque de formation initiale théorique	3 (50,0%)	28 (75,6%)
Manque de formation initiale pratique	6 (100 %)	34 (91,9%)
Manque de formation continue théorique	1 (16,6%)	11 (29,7%)
Manque de formation continue pratique	2 (33,3%)	17 (45,9%)
Absence de protocole	1 (16,6%)	13 (35,1%)
Méconnaissance du matériel à utiliser	0 (00,0%)	6 (16,2%)
Appréhension du geste	4 (66,6%)	11 (29,7%)
Aucun intérêt	0 (00,0%)	1 (02,7%)
Hors champs de compétence	0 (00,0%)	1 (02,7%)

Sur l'ensemble des sages-femmes ne pratiquant pas le bloc pudendal, 15 d'entre-eux expriment une appréhension du geste, dont 4 sages-femmes formés et 11 sages-femmes non formés. Les causes de cette appréhension sont les suivantes :

Tableau 2 – Motifs de l'appréhension à la pratique du BP par les SF du CHU de Poitiers

	Sages-femmes formés N=4	Sages-femmes non formés N=11
Risque de lésions nerveuses	50,0 %	100,0 %
Manque de pratique	50,0 %	00,0 %
Méconnaissance des drogues	00,0 %	18,1 %
Risque d'échec élevé	00,0 %	09,0 %

Concernant l'évaluation des connaissances théoriques sous forme de QCM sur le bloc pudendal, qu'ils aient été formés ou non, aucun sage-femme n'a répondu juste à l'ensemble du QCM.

Concernant le détail du QCM, les sages-femmes ont répondu :

Tableau 3 – Réponses des SF au QCM

	Vrai	Faux	Partiellement vrai	Pas de réponse
Contre-indication(s) au BP	17,3 %	07,6 %	69,2 %	05,7 %
Drogue(s) possible(s)	01,9 %	00,0 %	90,3 %	07,6 %
Drogue(s) prescrite(s) par SF	90,3 %	03,8 %	00,0 %	05,7 %
Moment de réalisation du BP	26,9 %	17,3 %	51,9 %	03,8 %
Repère anatomique	75,0 %	13,4 %	00,0 %	11,5 %
Complications liées au BP	07,6 %	03,8 %	82,6 %	05,7 %

Une analyse des réponses au QCM a été réalisée en comparant les sages-femmes formés et les sages-femmes non formés au BP afin de savoir si le taux de réponse était significativement différent.

Tableau 4 – Comparaison des réponses au QCM des SF formés et non formés au BP

	Sages-femmes formés N=15 (%)	Sages-femmes non formés N=37 (%)	Significativité P=
Contre-indications au BP	N=15	N=34	
Vrai	4 (26,7%)	5 (14,7%)	0,27
Faux	1 (06,7%)	3 (08,8%)	0,64
Partiellement vrai	10 (66,7%)	26 (76,5%)	0,35
Drogues possibles pour BP	N=15	N=33	
Vrai	0 (00,0%)	1 (03,0%)	
Faux	0 (0,00%)	0 (00,0%)	
Partiellement vrai	15 (100 %)	32 (96,9%)	0,69
Drogue(s) prescrite(s) par SF	N=15	N=34	
Vrai	14 (93,3%)	33 (97,0%)	0,52
Faux	1 (06,7%)	1 (02,9%)	
Partiellement vrai	0 (00,0%)	0 (00,0%)	
Moment de réalisation du BP	N=15	N=35	
Vrai	4 (26,6%)	10 (28,6%)	0,59
Faux	3 (20,0%)	6 (17,1%)	0,53
Partiellement vrai	8 (53,3%)	19 (54,3%)	0,60
Repère anatomique	N=15	N=31	
Vrai	12 (80,0%)	27 (87,0%)	0,66
Faux	3 (20,0%)	4 (13,0%)	0,41
Partiellement vrai	0 (00,0%)	0 (0,00%)	
Complications liées au BP	N=15	N=34	
Vrai	2 (13,3%)	2 (05,9%)	0,36
Faux	0 (00,0%)	2 (05,9%)	0,48
Partiellement vrai	13 (86,7%)	30 (88,2%)	0,61

Ci-dessous, le tableau comparant les réponses des sages-femmes formés au bloc pudendal selon leur pratique ou non de cette anesthésie.

Tableau 5 – Comparaison des réponses au QCM des SF formés pratiquant ou ne pratiquant pas le BP

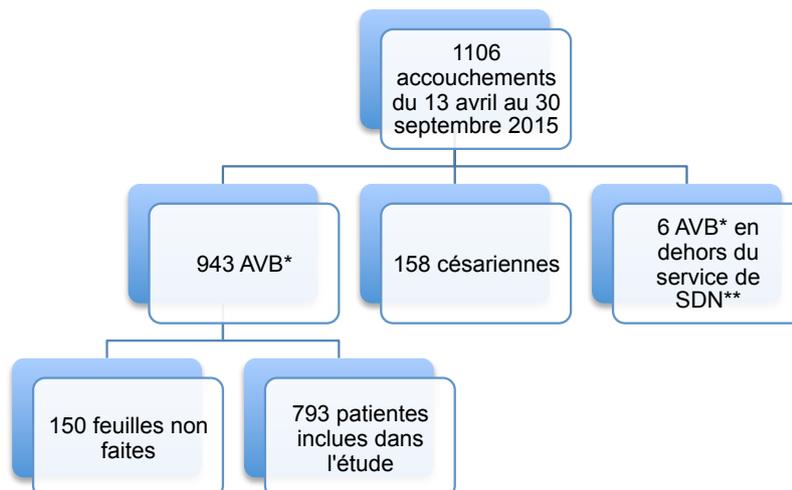
Sages-femmes formés	Pratiquant le BP N=9 (%)	Ne pratiquant pas le BP N=6 (%)
Contre-indications au BP		
Vrai	3 (33,3%)	1 (16,7%)
Faux	1 (11,1%)	0 (0,00%)
Partiellement vrai	5 (55,6%)	5 (83,3%)
Drogues possibles pour BP		
Vrai	0 (00,0%)	0 (0,00%)
Faux	0 (00,0%)	0 (0,00%)
Partiellement vrai	9 (100 %)	6 (100 %)
Drogues prescrites par SF		
Vrai	8 (88,9%)	6 (100 %)
Faux	1 (11,1%)	0 (00,0%)
Partiellement vrai	0 (00,0%)	0 (00,0%)
Moment de réalisation du BP		
Vrai	3 (33,3%)	1 (16,7%)
Faux	1 (11,1%)	2 (33,3%)
Partiellement vrai	5 (55,6%)	3 (50,0%)
Repère anatomique		
Vrai	8 (88,9%)	4 (66,7%)
Faux	1 (11,1%)	2 (33,3%)
Partiellement vrai	0 (00,0%)	0 (00,0%)
Complications du BP		
Vrai	2 (22,2%)	0 (00,0%)
Faux	0 (00,0%)	0 (00,0%)
Partiellement vrai	7 (77,8%)	6 (100 %)

Sur l'ensemble des sages-femmes ayant répondu au questionnaire (soit 52), 47 seraient intéressés par une formation à cette pratique et pensent la développer si une formation leur était faite.

Pour les 5 sages-femmes ne souhaitant pas de formation :

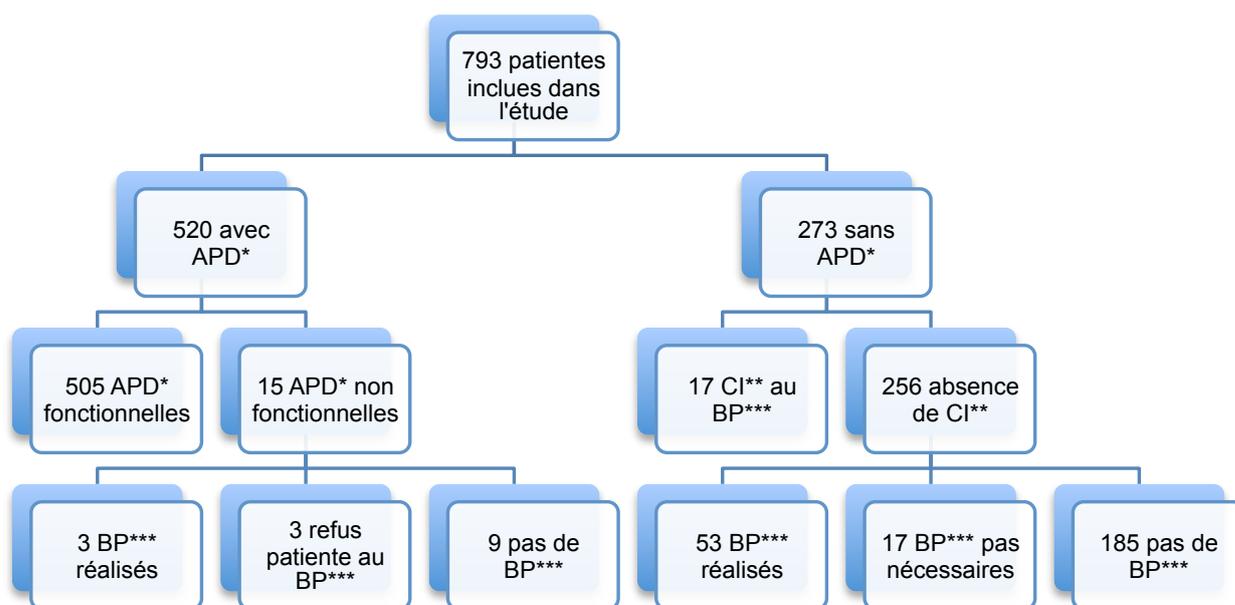
- 2 ont déjà été formés,
- 2 nous précisent qu'ils n'exercent plus en salle de naissance,
- 1 n'a pas été formé mais ne souhaite pas de formation.

II. Etude prospective en SDN sur la pratique du bloc pudendal



* AVB = Accouchement Voie Basse ; ** SDN : Salle De Naissance

Figure 4 – Diagramme de flux du nombre total d'accouchements du 13 avril au 30 septembre 2015



* APD = Analgésie Péridurale ; ** CI = Contre-Indication ; *** BP = Bloc Pudendal

Figure 5 – Diagramme de flux des patientes incluses du 13 avril au 30 septembre 2015

1. Description de la population

Sur la période du 13 avril au 30 septembre 2015, 793 patientes ont été incluses soit 83,47% du nombre total de femmes ayant accouché voie basse.

Concernant l'IMC des patientes, 62% avaient un IMC normal, 20,7% étaient en surpoids, 14,2% étaient obèses, et 2,4% étaient classées en obésité morbide.

Concernant la parité des patientes après leur accouchement, 44,3% étaient primipares, 32,5% deuxième pares, 14,4% troisième pares et 8,2% avaient une parité ≥ 3 .

Parmi les patientes incluses 96,2% avaient une grossesse simple, et 3,6% une grossesse gémellaire. Parmi les grossesses simples, 92,9% des nouveau-nés étaient en présentation céphalique, 3,2% en présentation podalique et 0,1% en présentation transverse. (Annexe 3)

2. Analyse des résultats

Sur la période du 13 avril au 30 septembre 2015, 56 BP ont été réalisés. En prenant en compte les contre-indications et la nécessité de réalisation d'un bloc pudendal, 194 BP supplémentaires auraient pu être réalisés.

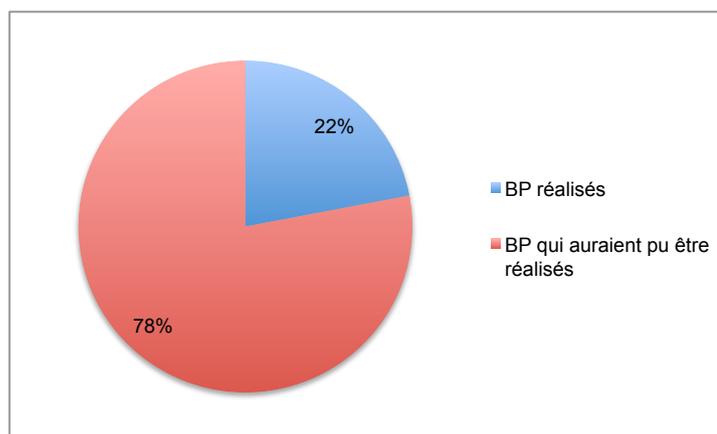


Figure 6 – Pourcentage de BP (bloc pudendal) qui pouvait être fait sur la période d'étude

Concernant les 17 patientes étant contre-indiquées au bloc pudendal, une relecture de dossier a été effectuée :

- 7 ont refusé un BP,
- 5 ont accouché dans une position ne permettant pas la réalisation d'un BP,
- 4 avaient une CI médicale au BP,
- 1 n'avait pas de dossier médical le jour de son accouchement.

Causes de non réalisation d'un bloc pudendal :

- 52,5% (102) par manque de connaissance,
- 54,1% (105) par manque de temps,
- 15,4% (30) car la patiente était trop agitée.

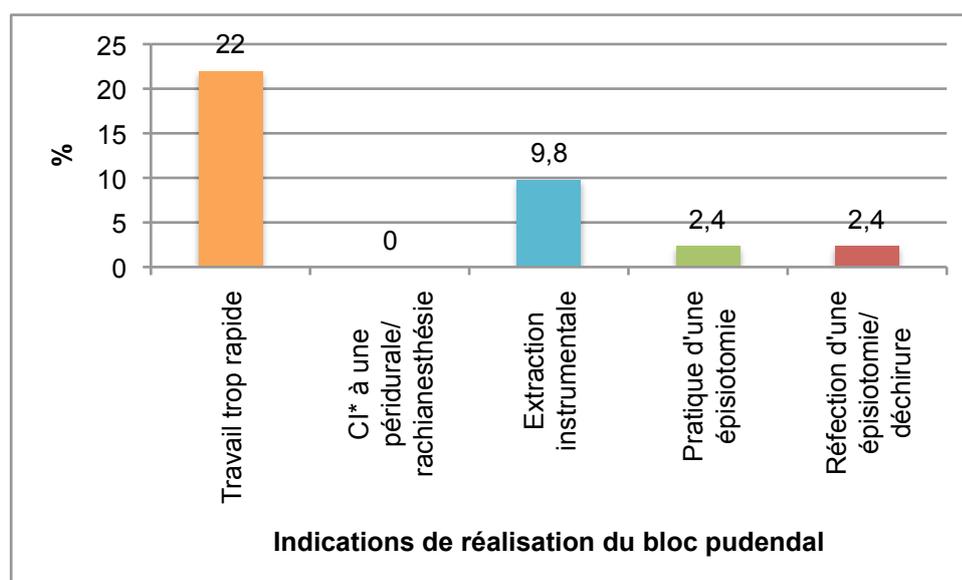
Sur les BP réalisés (soit 56) :

- 55,3% ont été réalisés par le ou la sage-femme pratiquant l'accouchement,
- 17,8% par un ou une autre sage-femme,
- 12,5% par un obstétricien,
- 14,2% par un ou une interne.

Sur la totalité des BP faits (soit 56), les principales indications de réalisation étaient les suivantes :

- 73,2% pour un confort maternel,
- 21,4% pour une extraction instrumentale,
- 16% car le travail était trop rapide pour bénéficier d'une péridurale ou que celle-ci était inefficace,
- 7,1% pour la réfection d'une déchirure ou épisiotomie,
- 3,5% en raison d'une contre-indication à la péridurale,
- 1,7% pour la pratique d'une épisiotomie.

Plus précisément, sur les BP réalisés uniquement par les SF (soit 41 BP), les principales indications étaient :



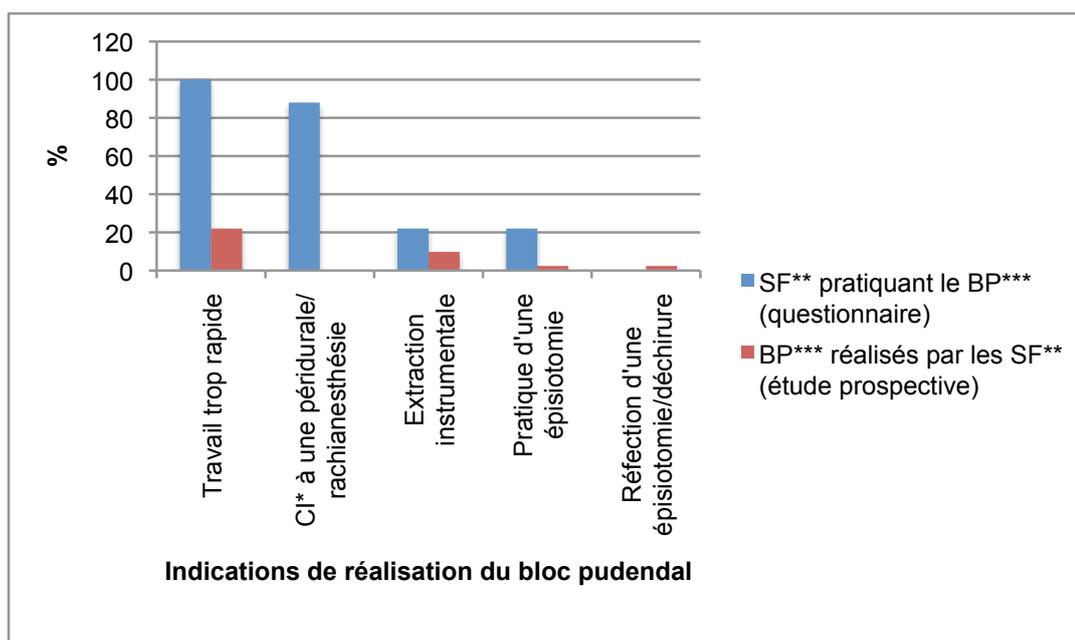
* CI = Contre-Indication

Figure 7 – Pourcentage des indications des BP réalisés par les SF du 13 avril au 30 septembre 2015

En plus des indications inscrites dans l'histogramme, 90,2% des BP réalisés par les sages-femmes étaient dans le but d'un confort maternel.

Sur les 56 blocs pudendaux réalisés, 1 a été estimé inefficace.

Les indications retrouvées étant similaires à celles décrites dans le questionnaire par les SF pratiquant le BP, nous les avons comparé afin de savoir s'il y avait une cohérence entre ce qui était donné comme indication « théorique » et ce qui était réellement pratiqué.

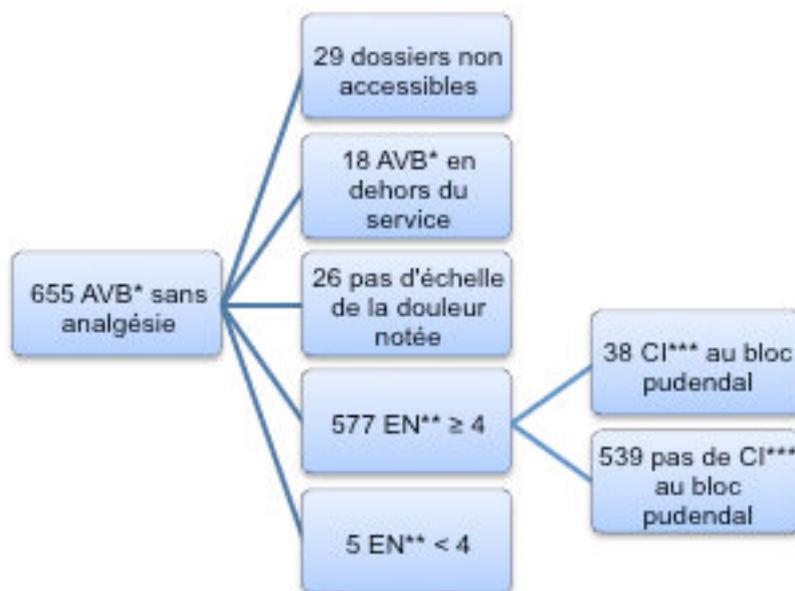


* CI = Contre-Indication ; ** SF = Sages-Femmes ; *** BP = Bloc Pudendal

Figure 8 – Pourcentage des différentes indications du BP par les SF en théorie et pratique

Sur les critères du graphique ci-dessus, seuls un travail trop rapide et une CI à une péridurale/rachianesthésie ont montré des différences significatives avec pour les deux un $p < 0,01$.

III. Etude rétrospective sur l'année 2014



* AVB = Accouchement Voie Basse ; ** EN = Echelle numérique (de la douleur) ; *** CI = Contre-indication

Figure 9 – Diagramme de flux de l'analyse du nombre total d'accouchements voies basses sur l'année 2014

D'après les données du SIM du CHU de Poitiers, sur 1963 accouchements voies basses réalisés sur toute l'année 2014, 694 femmes ont accouché sans péridurale ni rachianesthésie soit environ 35,35%. Sur ces 694 femmes, 39 ont bénéficié d'un BP soit environ 5,6%.

Concernant les 655 autres femmes, d'après l'analyse des dossiers, en se basant sur une prise en charge de la douleur lorsque l'échelle numérique de la douleur était ≥ 4 et en excluant toutes les femmes contre-indiquées à ce geste, 93,4% des patientes auraient hypothétiquement pu d'un point de vue médical bénéficier d'un bloc pudendal.

DISCUSSION

I. Critique de l'étude : points forts, limites et biais

Bien que la prévalence du bloc pudendal soit faible, ce sujet reste toujours d'actualité et s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles.

Concernant l'évaluation de la pratique des sages-femmes du CHU de Poitiers, nous avons accompagné notre questionnaire d'une étude rétrospective et prospective ce qui nous a permis d'être le plus exhaustif possible quant à leur pratique.

1. Questionnaires anonymes destinés aux sages-femmes

Le questionnaire se voulant être une évaluation des connaissances et pratiques des sages-femmes, l'anonymat garantissait un nombre de réponses suffisant. En effet, nous avons noté une forte participation des sages-femmes soit plus de 85%.

Cependant, nous avons constaté plusieurs limites :

Nous n'avons pas fait préciser le lieu d'étude dans notre questionnaire ce qui ne nous a pas permis d'analyser la différence entre les lieux de formation.

Concernant plus particulièrement l'évaluation des connaissances à travers le QCM, nous n'avons pas intégré l'item « je ne sais pas », ce qui nous a peut-être permis d'assimiler une connaissance à une réponse aléatoire.

Nous avons constaté un souhait réel de formation au BP, cependant ne l'ayant pas évoqué dans notre questionnaire, nous ne savons pas sous quelle forme cette formation serait souhaitée.

2. Etude prospective en SDN sur la pratique du bloc pudendal

Une des forces de cette étude a été de constater l'intérêt porté par les sages-femmes à l'égard de cette pratique.

En effet, malgré la longueur de l'étude (5 mois et demi), le taux de participation est resté élevé soit 84%. De plus, il y a eu une réelle augmentation des pratiques comparée à l'année 2014. Nous pensons que le fait d'avoir abordé le sujet auprès des sages-femmes a eu un impact sur leur pratique. En effet, ils devaient se questionner pour chaque accouchement voie basse sur l'intérêt et la nécessité de réalisation ou non d'un bloc pudendal.

La durée d'étude a été menée du 13 avril au 30 septembre 2015, la période d'été étant comprise, on peut expliquer la perte d'un certain nombre de cas par le recrutement d'intérimaires sur cette période car ils n'ont pas eu la même sensibilisation et information au sujet de cette étude.

Le fait qu'en règle général, peu de sages-femmes pratiquent le bloc pudendal n'a pas été un frein à notre étude car nous ne cherchions pas à analyser les pratiques mais à connaître sa prévalence.

3. Etude rétrospective sur l'année 2014

Notre étude rétrospective concernant la prévalence des BP sur l'année 2014 ainsi que le nombre de femmes qui auraient pu en bénéficier n'est qu'une estimation. En effet, on ne

peut connaître le nombre de femmes qui auraient réellement souhaité bénéficier d'un BP ou bien ceux qui n'auraient pas pu avoir le temps d'en bénéficier.

II. Les principaux résultats

1. Une faible prévalence du bloc pudendal

Notre étude menée au sein du CHU de Poitiers nous montre que cette pratique est toujours utilisée aujourd'hui mais qu'elle reste tout de même sous-utilisée.

De plus, durant notre étude menée sur 5 mois et demi, 56 patientes ont bénéficié d'un bloc pudendal, mais lorsque nous avons pris en compte les contre-indications éventuelles à cette technique et sa nécessité de réalisation, 194 blocs pudendaux supplémentaires auraient pu être pratiqués, soit un pourcentage de réalisation de 22,4%.

Ceci peut s'expliquer par le fait que seulement 17,3% du nombre total des sages-femmes exerçant au CHU de Poitiers pratiquent le bloc pudendal. De plus, tous les sages-femmes utilisant cette analgésie n'étaient peut être pas présents en SDN sur la période de l'étude, et nous ne savons pas si les intérimaires pratiquaient cette analgésie ou non.

2. Un manque de formation théorique et pratique

Lorsque nous avons questionné les sages-femmes, les raisons principales de non réalisation d'un bloc pudendal sont un manque de formation initiale et continue que ce soit d'un point de vue théorique ou pratique.

En effet, lors de l'analyse des réponses au QCM nous avons pu constater, qu'ils aient été formés ou non, la technique par bloc pudendal reste globalement mal connue par les sages-femmes d'un point de vue théorique.

Et lors de notre étude en SDN, un peu plus de 100 BP n'ont pas été réalisés en raison d'un manque de connaissance.

Bien que nous n'ayons pas fait préciser le lieu de formation des sages-femmes, nous savons que le bloc pudendal n'est pas traité au cours de nos études de sages-femmes à l'école de Poitiers et nous observons que pour les sages-femmes formés à cette pratique, son apprentissage est essentiellement inter-professionnel et plus particulièrement entre sages-femmes. En effet, seulement 3 sages-femmes sur les 52 interrogés disent avoir été formés au cours de leurs études.

3. Un intérêt porté à l'égard de cette pratique

Durant notre étude, les sages-femmes devaient se questionner pour chaque accouchement voie basse sur l'intérêt et la nécessité de réalisation ou non d'un bloc pudendal. Nous avons constaté que le fait d'avoir remis en avant cette pratique a entraîné une réelle augmentation du nombre de BP comparée à l'année 2014.

De plus, les blocs pudendaux réalisés ont tous, à l'exception d'un, été jugés efficace par les sages-femmes effectuant l'accouchement qu'ils aient ou non eux-même réalisé le geste.

Si une formation au BP leur était proposée, tous les sages-femmes souhaitant cette formation pensent développer par la suite cette technique. Les SF seraient donc prêts à une éventuelle modification de leur pratique quotidienne pour le bien des patientes.

4. Un souhait de formation

Sur l'ensemble des sages-femmes ayant répondu au questionnaire, 90,3% des sages-femmes souhaiteraient une formation. Et sur le nombre de sages-femmes déjà formés, 86,7% d'entre eux souhaiteraient être formés à nouveau.

De plus, 1/3 des sages-femmes ne pratiquant pas le BP, expriment l'absence de protocole de service comme motif de non réalisation de cette technique.

Cela démontre que le manque de connaissance théorique et pratique est un frein à cette technique et qu'il existe un réel souhait des sages-femmes à une formation.

III. Comparaison à la littérature

Deux autres études similaires ont été réalisées dans la région Midi-Pyrénées en 2010 et Centre en 2015 :

Concernant l'étude menée dans la région Midi-Pyrénées, moins d'1/3 des sages-femmes pratiquaient le BP alors qu'un peu plus de 60% d'entre eux y avaient été formés. Cependant sur les sages-femmes formés, 61,3% d'entre eux n'ont pas bénéficié de formation théorique. Au total, 73,4% exprimaient un manque de formation et 92% d'entre eux souhaitaient une formation qu'ils aient été formés ou non. Cette étude a également montré que les formations de type pratique jouaient un rôle primordial dans l'utilisation de cette technique. (27)

Pour l'étude réalisée dans la région Centre, seulement 17,8% des sages-femmes pratiquaient le BP, 71% exprimaient une absence de formation et 71% d'entre eux souhaitaient une formation. (28)

Ces deux études ont toutes deux montré des résultats semblables aux nôtres : il existe une faible prévalence de la pratique du BP imputable à un réel manque de connaissance théorique et pratique. Les sages-femmes qu'ils aient été formés ou non, souhaitent une formation à cette technique afin de pouvoir l'intégrer à leur pratique quotidienne.

Dans notre étude, de nombreux sages-femmes exprimaient une appréhension du geste face à cette pratique. La quasi-totalité d'entre-eux l'ont expliqué par la peur de lésions nerveuses. Dans l'étude menée en région Centre en 2015, la moitié des sages-femmes pratiquant ou ne pratiquant plus le BP estiment qu'il existe un risque à cette pratique tel que l'injection intra-veineuse, le risque d'allergie ou encore la formation d'un hématome. (28)

Par exemple, une étude réalisée en 2005 sur la pose de bandelette sous urétrale avec BP chez 9 patientes nous rapporte des douleurs résiduelles d'une durée de 3 semaines chez l'une d'entre elles, probablement en rapport avec un hématome localisé au niveau du plexus vasculo-nerveux pudendal, entraînant une compression nerveuse. (12)

Nous savons que ces complications peuvent survenir à la suite d'un bloc pudendal (20), cependant très peu d'articles les décrivent dans la littérature.

Nous avons fait un comparatif entre la réponse théorique et la pratique des sages-femmes formés concernant les indications du BP. Pour 2 indications, la différence était significative ($p < 0,05$) entre ce que les sages-femmes avait répondu au questionnaire et leur pratique en SDN : en théorie, les sages-femmes disent pratiquer le BP lors d'une CI à la péridurale ou rachianesthésie et lorsqu'un travail est trop rapide, mais en pratique ils ne le réalisent a priori pas pour ces indication. Cependant on note que seulement une partie des sages-femmes étaient présents en SDN lors de notre étude prospective ce qui peut expliquer cette différence.

De plus, d'après notre étude, en théorie, aucune sage-femme n'utiliserait cette pratique pour la réfection d'une déchirure ou d'une épisiotomie. Hors en 2004, une étude comparant l'anesthésie par bloc pudendal à une anesthésie locale par infiltration a été publiée dans l'International Journal of Gynecology and Obstetrics. Elle montre que le bloc pudendal était significativement plus efficace pour atténuer la douleur immédiatement après l'application de l'anesthésie, au moment de l'épisiotomie, au début de sa réfection ainsi que 30 minutes après la fin de celle-ci. (17)

Dans l'étude menée dans la région Midi-Pyrénées citée ci-dessus, tous les sages-femmes pratiquant cette analgésie sont satisfaits de son efficacité contre 78% dans notre étude. Les 22% restants ne le sont pas en raison d'une efficacité jugée aléatoire. Nous savons que les blocs pudendaux en obstétrique sont actuellement réalisés à l'aide des repères anatomiques perceptibles par le toucher vaginal, ce qui peut entraîner une difficulté supplémentaire par rapport aux chirurgies gynécologiques ou proctologiques qui bénéficient d'un repérage par neurostimulation voire échographie. Ces repérages permettraient d'optimiser la réussite du bloc tout en diminuant la quantité d'anesthésique local nécessaire et d'augmenter la durée d'action. (10) (20)

Cependant, une thèse réalisée à Toulouse en octobre 2015 comparant la technique de réalisation d'un bloc pudendal en chirurgie pédiatrique avec et sans neurostimulateur rapporte une efficacité similaire entre les 2 techniques. En revanche, le temps de réalisation avec neurostimulateur était significativement plus long (4 +/- 1 versus 3,3 +/- 1,4 min). (29)

Le temps de réalisation sous échoguidage n'étant pas précisé, nous ne pouvons savoir si son application en obstétrique serait possible.

Nous avons également constaté que de nombreux BP soit 105, n'avaient pas été réalisés en raison d'un manque de temps. Pourtant d'après l'étude citée ci-dessus, le temps de réalisation d'un bloc pudendal à l'aide des repères anatomiques serait très rapide. (29) Cependant nous n'avons pas pu l'étudier car ce n'était pas le temps de présence en salle qui nous intéressait mais le temps de descente de la tête fœtale dans le bassin.

IV. Ouverture

Au vu du besoin de formation des sages-femmes à la pratique du bloc pudendal, il serait intéressant de savoir sous quelle forme cette formation serait souhaitée. Ainsi, elle pourrait être intégrée au sein du programme des études de sages-femmes à l'école de Poitiers voire dans toutes les écoles de sages-femmes de France.

La mise en place d'un protocole de service sur le bloc pudendal au sein du CHU de Poitiers permettrait de mieux encadrer cette pratique.

Après formation, il serait intéressant d'évaluer à distance les connaissances des sages-femmes vis-à-vis du bloc pudendal et d'observer si celle-ci a eu un impact sur leur pratique professionnelle.

Enfin, à plus long terme, une analyse du ressenti et de la satisfaction des patientes ayant bénéficié d'un bloc pudendal au moment de leur accouchement nous permettrait d'évaluer la réelle efficacité de cette technique.

CONCLUSION

En conclusion, notre étude au sein du C.H.U de Poitiers nous montre une méconnaissance théorique et pratique du bloc pudendal par les sages femmes. De ce fait, cette technique est très peu utilisée malgré son importance.

En effet, le bloc pudendal faisant parti des alternatives de seconde ligne en l'absence de péridurale, il est nécessaire que la sage-femme sache maîtriser ce geste, afin de répondre aux besoins des patientes quant à la prise en charge de la douleur au moment de l'accouchement.

De plus, les sages-femmes montrent un grand intérêt à l'égard de cette technique et seraient prêts à modifier leurs pratiques quotidiennes. Le besoin de formation étant réellement présent, il est nécessaire d'introduire un enseignement théorique et pratique du bloc pudendal dans le cursus des études de sages-femmes de toutes les écoles de France afin d'augmenter la qualité des soins.

BIBLIOGRAPHIE

1. RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Personnes accueillies dans les établissements de santé. Code de la Santé Publique, Ordonnance N°2010-177 février, 2010.
2. HAPIDOU EG, DECATANZARO D. Responsiveness to laboratory pain in women as a function of age and childbirth pain experience. *Pain*. 1992 Feb;48(2):177–81.
3. MELZACK R. The myth of painless childbirth (The John J. Bonica Lecture). *Pain*. 1984 Aug;19(4):321–37.
4. POTTECHER J, BENHAMOU D. Douleur et analgésie obstétricales. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2004 Mai;33(3):179–91.
5. PACE MC, AURILIO C, BULLETI C, IANNOTTI M, PASSAVANTI MB, PALAGIANO A. Subarachnoid analgesia in advanced labor: a comparison of subarachnoid analgesia and pudendal block in advanced labor: analgesic quality and obstetric outcome. *Ann N Y Acad Sci*. 2004 Dec;1034:356–63.
6. BERGERET S, LOFFREDO P, BOSSON JL, PALOT M, SEEBACHER J, BENHAMOU D, et al. Enquête nationale prospective sur les alternatives à l'analgésie péridurale obstétricale. *Ann Fr Anesth Réanimation*. 2000 Aug;19(7):530–9.
7. MIGNON A, MERCIER F, VERROUST N. Analgésie obstétricale : alternatives à la péridurale. In: *Extrait des mises à jours en Gynécologie et Obstétrique*. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Paris; 2007.
8. SCHAALT J-P, RIETHMULLER D, MAILLET R, UZAN M. Infiltration des nerfs honteux internes. In: *Mécaniques & Techniques Obstétricales*. 4e édition. Suramps médical; 2012. p. 867–9. (Spécialités Med).
9. RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Devoirs généraux des sages-femmes. Code de la Santé Publique. Sect. 3, Décret n°2012-881 juillet, 2012.
10. BOLANDARD F, BONNIN M, DUBAND P, MISSION J-P, BAZIN J-E. Techniques d'anesthésie locorégionale du périnée : indications en gynécologie, en proctologie et en obstétrique. *Ann Fr Anesth Réanimation*. 2006 Nov;25(11–12):1127–33.
11. KAMINA P. ANATOMIE CLINIQUE Organes urinaires et génitaux pelvis - coupe du tronc. Maloine. Vol. Tome 4. 27, rue de l'école-de-médecine - 75006 Paris; 2009.
12. DARCO C, AYADI M, DISSAIT V, PIECH J-J, ANTON-BOUSQUET M-C, MANSOOR A. Le bloc pudendal : une anesthésie loco-régionale pour la mise en place d'une bandelette sous-urétrale : étude préliminaire. *Prog Urol*. 2005;49.
13. SCHIERUP L, SCHMIDT JF, TORP JENSEN A, RYE BA. Pudendal block in vaginal deliveries. Mepivacaine with and without epinephrine. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1988;67(3):195–7.
14. DUMONT M, THOULON J-M, LANSAC J. Analgésie locale et loco-régionale. In: *Petite chirurgie obstétricale*. Masson. Masson; 1977. p. 33–6.

15. DIEMUNSCH P, MERCIER F-J, NOLL E. Anesthésie obstétricale pour extractions instrumentales. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2008 Dec;37:269–75.
16. ROSEN MA. Paracervical block for labor analgesia: a brief historic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 May;186(5 Suppl Nature):S127–30.
17. ARSLAN M, YAZICI G, DILEK U. Pudendal nerve block for pain relief in episiotomy repair. *Int J Gynecol Obstet.* 2004 Nov;87(2):151–2.
18. COMITÉ ÉDITORIALi PÉDAGOGIQUE DE L'UVMaF. Analgésie et anesthésie obstétricales. *Univ Virtuelle Maieut Francoph.* 2010 2011;28–30.
19. VIDAL. Xylocaïne. In: VIDAL. Issy-les-Moulineaux; 2014.
20. FEUGEAS J. Bloc pudendal. 2010; Hôpital Conception - Marseille.
21. PAGÈS H, DE LA GASTINE B, QUEDRU-ABOANE J, GUILLEMIN M-G, LELONG-BOULOUARD V, GUILLOIS B. Intoxication néonatale à la lidocaïne après analgésie par bloc des nerfs honteux : à propos de trois observations. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2008 Jun;37(4):415–8.
22. NOVIKOVA N, CLUVER C. Local anaesthetic nerve block for pain management in labour. In: The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012.
23. RUBOD C, HANSENS S, LUCOT J-P, POUGEOISE M-M, DEVOS P, DALMAS A-F. Bloc du nerf pudendal en chirurgie périnéo-vulvaire : étude monocentrique prospective randomisée. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2015 Feb;43(2):97–103.
24. AISSAOUI Y, BRUYÈRE R, MUSTAPHA H, BRY D, KAMILI ND, MILLER C. A randomized controlled trial of pudendal nerve block for pain relief after episiotomy. *Anesth Analg.* 2008 Aug;107(2):625–9.
25. STEPHENS MB, FENTON LA, FIELDS SA. Obstetric Analgesia. *Prim Care Clin Off Pract.* 2000 Mar 1;27(1):203–20.
26. NICCOLAI P, RAUCOULES-AIMÉ M. Anesthésie locale et locorégionale pour la chirurgie proctologique. *EMC - Chir.* 2005 Dec;2(6):621–9.
27. FRANCH R. L'analgésie par bloc pudendal : entre formation et pratique des sages-femmes [Mémoire Sage-femme]. Toulouse; 2009.
28. CRUCHET M. Le bloc pudendal : connaissances et pratique des sages-femmes de la région Centre [Mémoire Sage-femme]. [Tours]: François Rabelais; 2015.
29. BECHET E. Comparaison de deux techniques de réalisation du bloc pudendal en chirurgie pédiatrique. Etude observationnelle. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015.

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE SAGES-FEMMES ANONYME SUR LA RÉALISATION DU BLOC PUDENDAL

1. En quelle année avez vous été admis au diplôme d'état de sage-femme ?
.....
2. Avez-vous déjà été formé(e) à la technique d'analgésie par bloc pudendal (ou nerf honteux) ?
 - Oui
 - Non

Si oui, à quelle occasion ?

- Lors de vos études
 - Sur votre lieu de travail par un collègue médecin ou sage-femme (rayez la mention inutile)
 - Lors d'une formation continue
 - Autres (préciser) :
3. Pratiquez-vous ce type d'analgésie ?
 - Oui
 - Non

SI NON : passez directement à la question 6

4. Si **OUI**, Pour quelle(s) indication(s) la réalisez vous ? (plusieurs réponses possibles)
 - Relâchement des parties molles
 - Extractions instrumentales (forceps, ventouse)
 - Pratiquer une épisiotomie
 - Réfection d'une épisiotomie ou d'une déchirure
 - Lors d'une contre-indication à la péridurale/rachianesthésie
 - Travail trop rapide empêchant la réalisation d'une anesthésie locorégionale
5. Etes vous satisfait(e) de son efficacité ?
 - Oui
 - Non

Si NON pourquoi ?

.....
.....

6. Si **NON**, pour quelle(s) raison(s) ? (plusieurs réponses possibles)
 - Manque de formation initiale théorique
 - Manque de formation initiale pratique
 - Manque de formation continue théorique
 - Manque de formation continue pratique
 - Absence de protocole de service
 - Méconnaissance du matériel à utiliser
 - Appréhension du geste
 - Pas d'intérêt
 - Autres (précisez) :

7. Si appréhension du geste, pour quelle(s) raison(s) ?

- Risque de lésions nerveuses
- Méconnaissance de la drogue anesthésique à utiliser
- Risque d'échecs élevés
- Autres (précisez) :

8. Cochez la ou les bonne(s) réponse(s) :

1. Quelles sont les principales contre-indications au bloc pudendal ?

- Obésité
- Allergies aux anesthésiques locaux
- Toxicomanie
- Thrombopénie
- Condylome au point de ponction
- Traitement par héparine à bas poids moléculaire

2. Quel drogue(s) anesthésique(s) peut-on utiliser ?

- Lidocaïne®
- Ropivacaïne®
- Propofol®
- Bupivacaïne®
- Sufentanyl®

3. Parmi ces anesthésiques le ou lequel(s) peuvent être prescrit(s) la sage-femme ?

- Lidocaïne®
- Ropivacaïne®
- Propofol®
- Bupivacaïne®
- Sufentanyl®

4. A quel(s) moment(s) réalise-t-on un bloc pudendal ?

- A dilatation complète
- Juste avant une extraction instrumentale
- Au moment des efforts expulsifs
- Pour la réfection d'une déchirure / épisiotomie
- Pour la réalisation d'une délivrance artificielle / révision utérine

5. Le principal repère anatomique est :

- L'épine ischiatique
- La tubérosité ischiatique
- Os pubien
- Le pecten du pubis
- L'acétabulum

6. Les complications les plus fréquentes liées au bloc pudendal sont :

- Lésions nerveuses
- Détresse respiratoire due à une injection intra-vasculaire
- Bradycardie fœtale
- Infection au point de ponction
- Rétention placentaire

9. Seriez vous intéressé(e) par une formation ?

- Oui
- Non

Si OUI pensez vous développer cette pratique si une formation vous est faite ?

- Oui
- Non

ANNEXE 2

FEUILLE OBSERVATIONNELLE SUR L'ANALGÉSIE PAR BLOC PUDENDAL

N° de dossier (2015*****) :

IMC :

Parité :

Présentation :

Nombre de fœtus :

1. Avez vous pratiqué une anesthésie par bloc du nerf honteux ?

- Oui
- Non

2. Si OUI, qui a réalisé le geste ?

- Sage-femme réalisant l'accouchement
- Autre collègue sage-femme
- Médecin
- Interne

2.1 Pour quelle(s) indication(s) l'avez réalisée(s) ? (Plusieurs réponses possibles)

- Contre-indication à la péridurale
- Forceps
- Ventouse
- Episiotomie
- Réfection d'épisiotomie
- Le confort maternel
- Autres (précisez) :

2.2 L'analgésie vous a-t-elle semblé efficace ?

- Oui
- Non

3. Si NON, aurait-elle pu en bénéficier ?

- Oui

→ Pourquoi ne l'a-t-elle pas eu ?

- Manque de connaissance
- Manque de temps
- Patiente trop agitée
- Autres (précisez) :

- Non

→ Pourquoi ?

- Péridurale fonctionnelle / Rachianesthésie / Anesthésie générale
- Césarienne
- Refus de la patiente
- Contre-indication (précisez laquelle) :
 - Position accouchement
 - Autres (précisez) :

ANNEXE 3

DESCRIPTION DE LA POPULATION CONCERNANT L'ÉTUDE PROSPECTIVE RÉALISÉE EN SALLE DE NAISSANCE

Pourcentage des patientes incluses du 13/04/2015 au 30/09/2015 en fonction de leur IMC

IMC	% de patientes
< 25	62%
≥ 25 et < 30	20,7%
≥ 30 et < 35	9,3%
≥ 35 et < 40	4,9%
≥ 40	2,4%

Pourcentage des patientes incluses du 13/04/2015 au 30/09/2015 en fonction de leur parité

Parité	% de patientes
Primipare	44,3%
Deuxième pare	32,5%
Troisième pare	14,4%
Quatrième pare	4,4%
Cinquième pare	2%
Sixième pare	1,3%
Septième pare	0,4%
Huitième pare	0,1%

Pourcentage des patientes incluses du 13/04/2015 au 30/09/2015 en fonction de la présentation du nouveau-né

Présentation	% de patientes
Céphalique	92,9%
Podalique	3,2%
Transverse	0,1%
Double présentation (jumeaux)	3,6%

RÉSUMÉ

Objectif : Etat des lieux des connaissances et prévalence de la pratique du bloc pudendal auprès des sages-femmes du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers.

Méthode :

- Etude descriptive réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme individuel adressé aux sages-femmes exerçant au sein du CHU de Poitiers.
- Etude prospective en salle de naissance par l'intermédiaire de feuilles observationnelles quant à la réalisation ou non d'un bloc pudendal pour chaque patiente accouchant voie basse du 13 avril au 30 septembre 2015.
- Etude descriptive rétrospective avec analyse de dossier des patientes accouchant voie basse sans aucune analgésie ou ayant bénéficié d'un bloc pudendal sur l'année 2014.

Résultats / Discussion : Le bloc pudendal est une technique toujours utilisée au sein du CHU de Poitiers mais sa prévalence est faible : seulement 39 blocs pudendaux ont été réalisés sur l'année 2014 alors que d'un point de vue médical et en prenant en compte l'échelle de la douleur, plus de 90% des patientes auraient pu en bénéficier. Cependant, très peu de sages-femmes (28,8%) sont formés à cette technique et seulement 17,3% la pratiquent. En comparant nos résultats avec 2 autres études similaires réalisées dans la Région Centre et Midi-Pyrénées, il apparaît clairement qu'il existe un lien entre formation et pratique du bloc pudendal. La quasi-totalité des sages-femmes (90,3%) du CHU de Poitiers souhaiteraient une formation et pensent développer cette pratique à la suite de celle-ci.

Conclusion : Le bloc pudendal est une pratique sous-utilisée. La méconnaissance théorique et pratique des sages-femmes est un frein à son utilisation. Un apprentissage durant les études de sages-femmes ainsi qu'une formation continue pourrait améliorer sa prévalence ainsi que la prise en charge de la douleur des patientes.

Mots clefs : bloc pudendal, anesthésie locale, accouchement, sages-femmes, formation, Poitiers

SUMMARY

Objective : To observe the current situation of the knowledge and prevalence of the pudendal nerve block used by midwives of Poitiers University Hospital.

Methods :

- A descriptive study was carried out using an individual anonymous questionnaire given to midwives working in Poitiers University Hospital.
- A prospective study in delivery room was carried out by observing the use or not of the pudendal nerve block for patients undergoing a natural childbirth from the 13th April to the 30th September 2015.
- A retrospective descriptive study of the files of patients having had a natural childbirth without analgesia or a pudendal nerve block in 2014 was made.

Results / Discussion : The pudendal nerve block is a current technique used in Poitiers University Hospital but the prevalence of its use is low : only 39 pudendal nerve blocks were carried out in 2014 while, from a medical point of view and taking pain into account, more than 90% of patients could have benefitted from one. However, few midwives (28.8%) are trained in this technique and only 17.3% used it. Comparing our results with 2 other similar studies carried out in the Centre and Midi-Pyrenean Region, it can clearly be observed that there is a link between the training and practice of pudendal nerve block. Almost all of the midwives (90.3%) of Poitiers University Hospital would like training and think of developing this practice once trained.

Conclusion : Pudendal nerve block practice is underused. The lack of technical and practical knowledge is a barrier to its use. Learning about it during midwifery training, plus further training, could improve its prevalence as well as the management of patient pain.

Keywords : Pudendal nerve block, local anaesthesia, delivery, midwives, training, Poitiers

