

L'Aromathérapie : un moyen antalgique pour soulager la douleur du travail et de l'accouchement ?

Mémoire de Fin d'Etudes

Bachelor Thesis Sage-Femme

Tiziana Rama

Carole Héritier

Directrice: Barbara Keiser – PhD, Professeure HES, HEdS

Experte de terrain : Céline Bergoz-Détraz – Sage-femme indépendante

Experte enseignante : Arabelle Gautier – Chargée d'enseignement, HEdS

Genève, août 2016

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteur-e-s et en aucun cas celle de la Haute école de santé Genève, du Jury ou du Directeur ou Directrice de Travail de Bachelor. Nous attestons avoir réalisé seul(e)s le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques.

Genève, le 12 août 2016

Tiziana Rama & Carole Héritier

Remerciements

Nous tenions à remercier toutes les personnes qui nous ont aidées, soutenues et encouragées tout au long de la rédaction de notre travail de Bachelor, respectivement :

Barbara Keiser, notre directrice de mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils et son aide.

Céline Bergoz-Détraz, sage-femme indépendante, pour ses compétences et son savoir, ainsi que pour avoir accepté d'être notre experte de terrain.

Arabelle Gautier, sage-femme, chargée de cours à la HEdS, qui a consenti à assurer le rôle d'experte enseignante.

Nous remercions les relecteurs qui ont œuvré pour que ce travail soit de qualité.

Nous remercions nos camarades de promotion, nos enseignantes, les sages-femmes rencontrées en stage et nos praticiennes formatrices avec qui nous avons toujours pu partager nos expériences.

Et pour finir, un grand merci du fond du cœur à nos familles et compagnons qui nous ont soutenues et accompagnées durant ces quatre années de formation.

1. Table des matières

1.	Résumé	6
2.	Questionnement professionnel	7
3.	Cadre de référence théorique	11
3.1	Définition de la douleur	11
3.1.1	La douleur de l'accouchement.....	12
3.1.2	Le ressenti des femmes face à la douleur de l'accouchement	13
3.2	Les différents moyens antalgiques.....	14
3.2.1	Les moyens médicamenteux	14
3.2.2	Les moyens non médicamenteux	15
3.3	Les médecines alternatives et complémentaires	16
3.4	L'aromathérapie	17
3.4.1	Bref historique.....	17
3.4.2	Définition.....	18
3.4.3	Utilisation en obstétrique	24
3.4.4	Mélanges d'huiles essentielles en lien au travail de l'accouchement.....	27
4.	Problématique.....	30
5.	Ethique	31
6.	Méthodologie	33
6.1	Recherche d'articles pour la revue de littérature.....	33
6.2	Tableaux descriptif des articles.....	38
7.	Analyse critique et structure des résultats de la revue de littérature.....	48
7.1	Issue principale : diminution de la douleur	48
7.1.1	L'évaluation de la douleur à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA)....	48
7.1.2	L'évaluation du niveau d'anxiété des femmes au cours du travail et de l'accouchement.....	49
7.1.3	La satisfaction des femmes en rapport à l'utilisation de l'aromathérapie	50

7.1.4	Le recours à des méthodes pharmacologiques.....	50
7.2	Les issues obstétricales et néonatales de l'utilisation de l'aromathérapie.....	50
7.2.1	La durée du travail	50
7.2.2	Le mode d'accouchement.....	51
7.2.3	Score APGAR à la naissance	51
8.	Biais et limites des articles.....	52
8.1	Échantillons.....	52
8.2	La méthodologie	54
8.3	Méthodes de recrutement	54
8.4	Intervention	55
8.5	Effet placebo	56
8.6	L'éthique	56
9.	Discussion	57
9.1	L'aromathérapie en Iran	57
9.2	Hypothèse n°1 : l'aromathérapie diminue la perception de la douleur chez les femmes.	57
9.3	Hypothèse n°2 : l'aromathérapie diminue le recours aux méthodes pharmacologiques.....	60
9.4	Hypothèse n°3 : l'utilisation médicale de l'aromathérapie n'a pas d'effet négatif sur la santé de la femme et du bébé.....	61
9.5	Hypothèse n° 4 : L'aromathérapie diminue l'anxiété des femmes face à la douleur du travail et de l'accouchement.....	63
10.	Retour dans la pratique	64
10.1	Utilisation actuelle.....	67
11.	Conclusion	70
12.	Bibliographies et Références	71

1. Résumé

Objectif

La gestion de la douleur pendant le travail et l'accouchement est un point important en lien avec le métier de sage-femme. Depuis toujours, la douleur a été au centre des préoccupations. Avec l'avancée de la médecine, plusieurs moyens antalgiques, médicamenteux ou non, sont proposés aux parturientes en salle d'accouchement. Aujourd'hui, un nombre croissant de femmes désirent revenir à des techniques d'accompagnement plus naturelles lors de la naissance de leur enfant. Notre revue de littérature explore l'efficacité de l'aromathérapie comme antalgique pour atténuer la douleur du travail et de l'accouchement.

Méthode

La recherche des articles qui constituent la revue de littérature a été menée dans différentes bases de données telles que PubMed, MIDIRS ou encore CINAHL, cinq articles ont été retenus. Quatre sont des essais cliniques randomisés dont une étude pilote et une étude semi-expérimentale. La dernière étude est de type comparative.

Résultats

La majorité des études sont unanimes quant aux bienfaits de l'aromathérapie comme moyen antalgique pour pallier la douleur lors du travail et de l'accouchement. Les femmes ayant eu recours à cette technique tendent à moins utiliser d'analgésie supplémentaire, semblent plus satisfaites du déroulement de leur accouchement et la réutiliseraient pour une prochaine naissance. Il semble également que l'aromathérapie n'ait pas d'impact sur les issues obstétricales et néonatales.

Conclusion

Les résultats obtenus ne permettent pas de conclure quant à l'efficacité de l'aromathérapie pour soulager la douleur du travail en raison du nombre insuffisant d'études disponibles. Néanmoins, elle semble augmenter la satisfaction des femmes sans produire d'effets délétères sur la mère ou l'enfant. Au vu de l'intérêt toujours croissant pour les méthodes naturelles, il paraît intéressant de poursuivre les recherches avec de plus larges échantillons de femmes à travers le monde.

Mots-clés : Aromathérapie, obstétrique, travail, accouchement, douleur du travail, douleur.

2. Questionnement professionnel

L'art de la sage-femme réside dans l'accompagnement, l'écoute et le soutien des femmes durant cette étape importante de leur vie qu'est la naissance d'un enfant. L'essence même du métier de sage-femme est de promouvoir un accouchement physiologique et harmonieux, le tout dans une atmosphère de bienveillance (Code International de déontologie des Sages-femmes, 2009). A partir de cette conviction, nous, élèves sages-femmes, à l'aube de notre grand pas dans la vie professionnelle, nous nous sommes interrogées, questionnées et avons posé un regard critique sur les pratiques obstétricales actuelles.

Lors de notre immersion dans la pratique, nous avons rencontré de nombreuses femmes issues de cultures différentes qui apprivoisaient la douleur de manière singulière et nous avons réalisé que la médicalisation laissait peu de place à la physiologie (Vuille, 2006). Un décalage s'est alors formé entre la philosophie sage-femme qui est la nôtre et les pratiques obstétricales d'aujourd'hui.

Il est vrai que, de tous temps, la douleur a été un aspect indissociable de l'enfantement. Autrefois, on attribuait à cette douleur une signification religieuse et morale. Cette image de l'accouchement faisait alors partie des mœurs et des croyances. La médecine de l'époque progressait dans l'ombre de la religion. Les parturientes s'en remettaient alors au savoir des sages-femmes et à leur sagesse (Salvat, 1980, pp : 87-106). Puis, progressivement, l'avancée de la médecine a révolutionné l'approche de la douleur. La célèbre phrase biblique « tu enfanteras dans la douleur » (Falco, 2002, Genèse chapitre 3) se dissipera pour laisser place à des méthodes antalgiques efficaces pour pallier la douleur ressentie lors du travail et de l'accouchement. Dès la fin du XVIII^{ème} siècle le protoxyde d'azote et l'éther étaient utilisés, mais, il faudra attendre 1830 pour que le chloroforme soit découvert et utilisé par les femmes lors de l'accouchement, si bien que son efficacité et ses effets secondaires furent contestés par de nombreux médecins de cette époque. C'est alors en 1920, que l'analgésie péridurale fait son entrée dans ce qu'on appelle communément « l'accouchement sans douleur » (Morel, 2012).

Actuellement, et au cours de notre formation, nous avons pu constater à la Maternité des Hôpitaux Universitaires de Genève, un taux de péridurale assez conséquent, soit 80 à 85% sur environ 4'000 naissances par an (www.hug-ge.ch, 2015). Ce pourcentage en hausse constante nous amène à nous questionner sur les raisons qui poussent une

large majorité de parturientes à opter pour cette technique, certes très efficace pour l'abolition de la douleur physique, mais qui n'a aucun effet sur les peurs des femmes face à cet événement bouleversant qu'est la naissance.

D'après Simkin & Bolding (2004), bien que la péridurale soit un moyen antalgique efficace contre la douleur, il convient néanmoins de prendre en compte la dimension psychologique. La clé du soulagement de la douleur étant détenu par d'autres (médecin, sage-femme, etc.), la femme devient alors dépendante et impuissante, non seulement dans la gestion de sa douleur, mais dans tous les autres aspects du travail et de la naissance. Les femmes ne sont donc plus actrices de leurs perceptions et de leurs sensations, elles n'ont plus ce sentiment de contrôle et, dans un certain nombre de cas, l'abolition de la douleur laisse place à l'anxiété et à la peur.

D'après Graffney & Smith (2004), les médecines alternatives et complémentaires (ci-après MAC) adopteraient une approche holistique qui apporterait ainsi une satisfaction aux attentes des femmes contrairement au sentiment d'insatisfaction lié aux médecines conventionnelles. De plus, il semblerait que ces thérapies donnent aux femmes enceintes un meilleur contrôle et d'avantage de satisfaction dans leur expérience périnatale. Aussi, elles optent pour les MAC afin de vivre pleinement leur accouchement avec un sentiment de contrôle et d'autonomie (Tiran, 2006 ; Warriner, 2007 ; Low Dog, 2009) dans une atmosphère naturelle et physiologique en lien avec leurs croyances.

En effet, de nos jours, nous avons pu observer un véritable essor des médecines alternatives et complémentaires. De plus en plus d'individus y ont recours pour se soigner. « *Selon l'OFS (Office Fédéral des Statistiques) 23% de la population a eu recours à ce genre de prestations en 2007, contre 15% en 2002 (...). Actuellement, près de 1 personne sur 3 y ferait appel au moins une fois par année* » (Bertrand, William & Camille, 2012). En Allemagne, 73.2% des femmes font appel aux MAC durant la grossesse (Skouteris & al., 2008) contre 57.1% au Royaume-Uni. (Hall & Jolly, 2014).

En 2012, l'Observatoire Suisse de la Santé (OBSAN) a réalisé un rapport basé sur la santé dans le canton de Genève. Cette enquête a pu mettre en évidence le nombre de personnes ayant eu recours à la médecine complémentaire durant les douze derniers mois de l'année 2012.

Tab. 5.12 Evolution de la proportion de personnes ayant fait recours à la médecine complémentaire au cours des douze mois précédant l'enquête, 2007–2012

		GE				CH			
	Année	Part en %	Intervalle de confiance		n	Part en %	Intervalle de confiance		n
Femmes	2012	34,6	29,8	39,4	537	31,3	30,2	32,5	9 562
	2007	31,2	25,5	36,9	377	30,5	29,1	31,9	7 342
Hommes	2012	17,3	13,3	21,3	389	16,5	15,5	17,4	8 510
	2007	23,0	17,3	28,6	311	15,2	14,0	16,4	5 812
Total	2012	26,8	23,6	30,0	926	24,0	23,3	24,8	18 072
	2007	27,2	23,2	31,2	688	23,0	22,1	23,9	13 154

Source: OFS, Enquêtes suisse de la santé 2007, 2012

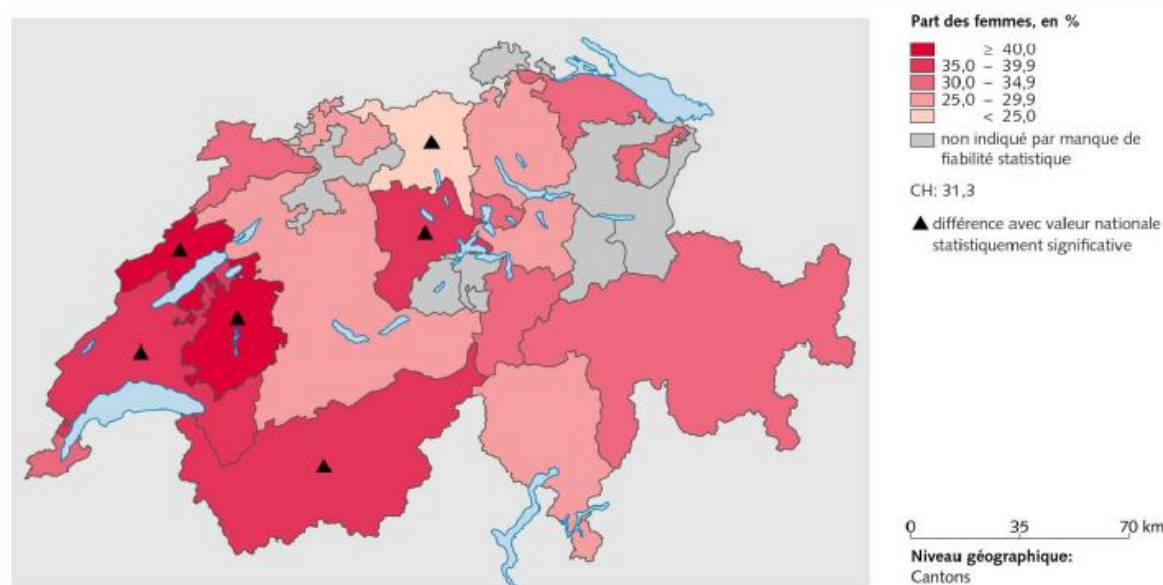
© Obsan

Source: OFS, Enquêtes suisse de la santé 2007, 2012

© Obsan

Nous nous sommes plus particulièrement intéressées aux femmes dont les résultats montrent, chez ces dernières, une augmentation de l'utilisation des médecines complémentaires depuis 2007. Nous sommes passés de 31,2% en 2007 à 34,6% en 2012.

Fig. 5.12: Recours à la médecine complémentaire au cours des douze derniers mois, 2012



Source(s): OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2014

Cette carte de la Suisse indique la répartition, par canton, de l'utilisation des médecines complémentaires faite par les femmes dans notre pays. Nous pouvons constater qu'un grand nombre de femmes y a recours, particulièrement en Suisse romande. Dans certains cantons comme Neuchâtel ou Fribourg, le taux d'utilisation est de plus de 40%. Bien que la médecine conventionnelle soit prépondérante dans notre pays, l'attrait pour l'utilisation des MAC ne cesse d'augmenter.

Nous nous sommes donc interrogées afin de savoir si les MAC pouvaient soulager la douleur lors du travail et de l'accouchement. Parmi toutes les médecines alternatives connues et pratiquées, nous avons choisi l'aromathérapie. Bien que cette méthode soit connue, peu de maternités en Suisse l'utilisent. En revanche, en Allemagne, 77 % des maternités pratiquent l'aromathérapie (Chantry & al., 2012). La phytothérapie et ses filles deviennent des pratiques de plus en plus courantes de nos jours, notamment en période périnatale, où 1 à 40 % des femmes dans le monde ont recours à la médecine par les plantes pendant la grossesse (Hall & al. 2011).

De plus, d'après Burns & al. (2000), l'aromathérapie a une influence bénéfique sur les facteurs associés à la douleur lors du travail et de l'accouchement. En effet, 60 % des femmes ont trouvé que son utilisation pour soulager la douleur était efficace. Nous avons donc choisi de centrer notre question de recherche sur la douleur de l'accouchement, car elle est un facteur important du vécu de l'accouchement ainsi que du lien d'attachement avec le bébé qui sont tous deux les piliers de la stabilité psychique de la mère et de l'enfant (Bettoli, 2003).

Notre rôle en tant que sage-femme est « *de répondre aux besoins psychologiques, physiques, émotionnels et spirituels des femmes nécessitant des soins quelles que soient les circonstances* » (Code International de déontologie des Sages-femmes, 2009). Il est de notre devoir moral et physique d'accompagner les femmes face à la douleur de l'accouchement en répondant d'une part à leurs besoins et d'autre part en leur apportant sécurité, bien-être, écoute et empathie. Parmi les médecines alternatives et complémentaires, l'aromathérapie pourrait être un moyen pour soulager la douleur lors du travail et de l'accouchement.

3. Cadre de référence théorique

3.1 Définition de la douleur

« La douleur », un terme connu de tous, si bien que sa définition reste néanmoins plurivoque. Il est par conséquent, difficile d'en donner une définition exacte qui s'apparenterait à chaque individu (Fondras, 2007). Depuis toujours, le mot douleur a été rattaché à diverses connotations, à la fois scientifiques et philosophiques (Saint-Pierre, 2005). D'après Seydoux (2004), la douleur « morale » et la douleur « physique » sont deux schèmes psychophysiologiques étroitement liés qui peuvent toutefois s'exprimer de manière singulière. Selon ce même auteur, la douleur « morale » est d'origine psychique, alors que la douleur « physique » est strictement physiologique. Seydoux (2004) affirme que toutes les douleurs appartiennent *exclusivement* au schème de la douleur « morale », le schème de la douleur « physique » n'étant qu'illusoire. Selon Freud : « le corps et sa douleur protègent d'une souffrance morale plus intense » (Ongenæ, 2004).

D'un point de vue scientifique, l'IASP (International Association for the Study of Pain) définit la douleur comme étant « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en termes d'une telle lésion » (IASP, 1986, citée par Fondras, 2011). Définie comme telle, la douleur a une fonction de survie pour l'être humain. L'influx nerveux ressenti est un mécanisme de défense et de protection qui permet d'éviter que la douleur se répète et altère le bien-être de l'individu.

La douleur est une expérience universelle et subjective, propre à l'humain (Wilgaux & Prost, 2006). La douleur se caractérise par l'interaction de nombreux facteurs tels que « biologiques, psychologiques, familiaux, sociaux, culturels et environnementaux » (Jaunin-Stalder & Mazzocato, 2012) ce qui donne, par conséquent, un seuil de tolérance à la douleur propre à chacun. Ainsi, le rôle du soignant face à la douleur est de prendre en considération tous ces paramètres afin de ne pas avoir une vision biaisée de la douleur ressentie par le patient.

3.1.1 La douleur de l'accouchement

De tout temps, la littérature obstétricale s'est penchée sur le mystère de la douleur lors de l'accouchement tentant ainsi d'en trouver un sens et une raison (Vuille, 2006). Autrefois appelé le « Mal-joli », la douleur ressentie était banalisée par les médecins et les philosophes de l'époque (Morel, 2012). La fin du proverbe l'exprime de manière explicite : « dès qu'il est fini, on en rit » pour consoler la femme de ses peines ressenties lors de la mise au monde de l'enfant (Revault d'Allonnes, 1976). Dans les tragédies grecques, on retrouve également des allusions à la douleur de l'enfantement. Dans l'œuvre d'Euripide, Clytemnestre dit à sa fille Iphigénie : « Chose étrange que la maternité : elle porte en elle un philtre puissant que nous avons toutes en partage et qui nous pousse à souffrir pour nos enfants » (Œuvre d'Euripide cité par Bodiou, Brulé & Pierini, 2005). En effet, jadis, l'essence même de la maternité prenait racine dans la douleur.

Autrefois, les femmes s'en remettaient aux pratiques « magico-religieuses » des matrones qui en réalité n'avaient aucune connaissance de l'anatomie. Elles proposaient aux femmes des remèdes issus de matière animale ou végétale pour soulager la douleur de l'enfantement (Nicoli, 2007). Il s'agissait bien là de la fatalité du péché originel que les femmes devaient subir pour enfanter. D'après les récits d'obstétriques de Mauriceau, pionnier de l'obstétrique, « *la plupart du monde croit qu'il n'y a pas d'autre raison de la cause de ce mal, sinon parce que Dieu l'a ordonné ainsi ; et que la femme suivant sa parole, doit enfanter avec douleur, à cause de son péché, comme il est dit au troisième chapitre du livre de la Genèse [...] Cette malédiction fut à la vérité bien grande, puisqu'elle s'est étendue sur toutes les femmes qui ont enfanté depuis ce temps-là, et s'étendra sur toutes celles qui viendront ci-après.* » (Morel, 2012). En effet, Mauriceau voit en la douleur que ressentent les femmes une malédiction divine indispensable à l'accouchement.

Il aura fallu attendre les progrès de la médecine pour que le monde de l'obstétrique révolutionne son approche à la douleur grâce à l'utilisation d'antalgiques lors de l'accouchement. Du protoxyde d'azote en 1776, jusqu'au chloroforme en 1880, puis à la découverte de l'anesthésie péridurale au XIX^{ème} siècle, la douleur en tant que telle ne sera plus considérée comme une fatalité (Lazorthes, 2014).

Dans les années 50, un autre mouvement prendra son essor, notamment en France, initié par le Dr Lamaze : « L'accouchement sans douleur ». Ce dernier, principalement utilisé en URSS par le professeur Nicolaïev de Leningrad, a conquis le Dr Lamaze. En effet, cette pratique se base sur les réflexes conditionnés autrefois décrit par Pavlov. Le but de cette approche de l'accouchement dit sans douleur est de faire « disparaître la douleur par un reconditionnement positif, par une pédagogie et un accompagnement psychique rigoureux pendant l'accouchement » (Bettoli, 2003) créant ainsi un suivi psychoprophylactique de préparation à l'accouchement.

Au fil du temps et de l'avancée des connaissances en obstétrique, la méthode Lamaze laissera progressivement sa place au cours de préparation à la naissance et à la parentalité que nous connaissons aujourd'hui (Bernard & Eymard, 2012) pour accompagner au mieux, les prémices de la parentalité.

3.1.2 Le ressenti des femmes face à la douleur de l'accouchement

L'accouchement est une étape importante et bouleversante dans la vie d'une femme. La transition de jeune fille au statut de mère peut susciter un grand nombre d'émotions et d'appréhensions. En effet, le vécu de l'accouchement est marqué par de nombreux facteurs qui influencent la perception des femmes, rendant ainsi cette expérience unique (Labor & Maguire, 2008). Parmi ces facteurs, Yadollahi & al. (2014) en ont mentionné trois principaux à mettre en évidence. L'aspect biologique qui est en lien avec la physiologie de la douleur ressentie lors des contractions utérines. L'aspect socioculturel des femmes qui relève de leur mode de vie et de la transmission intergénérationnelle. Puis, pour finir, l'aspect psychologique qui s'inscrit dans une approche émotionnelle et individuelle. Le vécu de l'accouchement semble donc relever d'une approche multidimensionnelle propre à l'expérience de vie et à la détermination culturelle (Revault d'Allonnes, 1976).

Selon Ogboli-Nwasor & Adaji (2014), la douleur de l'accouchement reste une source d'inquiétude pour les femmes. En effet, d'après Klein & al. (2006), cette inquiétude regroupe à la fois les préoccupations en lien avec le bébé mais aussi les incertitudes liées à l'inconnu. La prévalence de la peur associée à la douleur de l'accouchement concerne 20% des femmes (Fenwick & al., 2013). Dans une étude qualitative menée par Fisher & al. (2006), 22% des femmes ont employé des termes tels que « terrifiant » voir même « pétrifiant » pour décrire la peur qu'elles ont de l'accouchement. Bien que

cette appréhension de l'inconnu puisse paraître une évidence pour les primipares, les multipares ne sont pas une exception. Selon Zar & al. (2001), la peur des multipares face à la douleur qu'elles peuvent ressentir est le résultat d'une expérience antérieure négative voire traumatisante.

Toutes ces appréhensions, craintes et inquiétudes font que les femmes n'arrivent pas à gérer la douleur. De plus, ce sentiment de manque de contrôle corrélé à l'incrédulité dans la capacité de l'organisme à donner naissance, augmente de manière exponentielle la peur de l'accouchement, générant une douleur bien plus intense (Nieminen & al., 2009). C'est pourquoi, un grand nombre de femmes optent pour des moyens antalgiques afin de les aider à mieux gérer la douleur de l'accouchement. D'après Leap (1997), la gestion efficace et satisfaisante de la douleur doit être individualisée pour chaque femme et peut être influencée par deux paradigmes : travailler avec la douleur à l'aide de méthodes naturelles ou la soulager avec des moyens médicamenteux.

3.2 Les différents moyens antalgiques

3.2.1 Les moyens médicamenteux

A l'heure actuelle, plusieurs moyens antalgiques sont proposés aux femmes pour soulager la douleur pendant le travail et l'accouchement.

L'analgésie péridurale est une des méthodes les plus efficaces et les plus utilisées dans le contrôle de la douleur en obstétrique (Bhatt & al., 2014 ; Hung & al., 2015). La prévalence de son utilisation varie d'un pays à un autre : aux Etats-Unis, 60% des femmes désirent la péridurale contre 9,5% à 15% à Hong-Kong (Abassi & al., 2014). Cette pratique consiste à injecter, dans l'espace péridural, un anesthésique local qui abolit la conduction des nerfs inférieurs rendant ainsi la douleur supportable. La mise en place du cathéter permet d'envoyer un débit continu d'analgésie à l'aide d'une pompe, appelée PCEA (Patient Controlled Epidural Analgesia).

La rachianesthésie est une autre méthode de soulagement. Elle consiste à injecter le médicament analgésique directement autour des nerfs de la colonne vertébrale, son mécanisme d'action est plus rapide que l'analgésie péridurale (Simmons & al., 2012) mais sa durée d'action reste brève. Aussi, une troisième méthode combinant les avantages de ces deux pratiques est de plus en plus utilisée en maternité : la rachi-

péridurale. Toutefois, ces différentes techniques, bien qu'elles soient efficaces pour le soulagement de la douleur, ne sont pas dénuées de risques pour la mère et le fœtus.

Lorsque les contractions utérines deviennent douloureuses pour la patiente, il est possible de lui proposer de la Nalbuphine®, un opioïde fréquemment utilisé lors de la phase de pré-travail (Marpeau, 2010, p.122).

Il est également possible d'avoir recours à l'inhalation d'agents anesthésiques tel que le protoxyde d'azote (NO₂) sous forme de gaz et mélangé de manière équimolaire, soit 50% de NO₂ et 50% d'O₂ (Marpeau, 2010, p.122). C'est une méthode non invasive et sans danger pour la mère et le fœtus. Elle a une durée d'action brève mais instantanée (Klomp & al., 2012).

3.2.2 Les moyens non médicamenteux

Différentes techniques naturelles peuvent être proposées aux femmes lors du travail et de l'accouchement afin de les aider à soulager la douleur.

En premier lieu, lorsque les femmes ressentent une douleur, de manière instinctive et spontanée, elles adoptent une position antalgique afin de pallier à cette douleur. La mobilisation est une pratique ancestrale et innée chez la femme. Des études ont montré les bienfaits de la mobilisation aussi bien sur le plan physique que mental. D'après Simkin & Hara (2002), la position debout augmenterait le confort des femmes lors du travail. Les contractions sont plus efficaces en position debout grâce à l'action de la gravité sur la dilatation du col et la descente du fœtus dans la filière génitale, évitant ainsi le risque de dystocie (Gizzo & al., 2014 ; Walsh, 2000). Le fait de se mouvoir augmente également le sentiment de contrôle des femmes sur la gestion de la douleur lors du travail et de l'accouchement, réduisant considérablement le recours à des moyens médicamenteux (Albert & al., 1997).

L'immersion dans l'eau a également un effet bénéfique sur la diminution de la douleur lors du travail et l'accouchement (Gayiti, 2015). Selon Riquet (2011), « la Commission d'Assurance de la qualité de la Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique (SSGO) rapporte que les accouchements dans l'eau sont pratiqués dans les maternités en Suisse depuis les années 90 ». En effet, d'après Mackey (2001), la chaleur de l'eau augmente la perfusion utérine, diminue la sécrétion de catécholamines, favorise la dilatation du col et réduit la durée du travail.

Le massage peut aussi être proposé à la femme, il peut être fait soit par la sage-femme, soit par l'accompagnant. Le massage consiste à solliciter les tissus mous du corps, renforçant l'oxygénation des muscles et ainsi, inhiber la transmission sensorielle de la douleur (Vickers & Zollman, 1999). Dans la Cochrane réalisée par Smith & al. (2012), les auteurs tendent à affirmer que l'utilisation du massage est un bon moyen pour soulager la douleur, uniquement lors de la première phase du travail. Toutefois, au vu du nombre insuffisant d'études réalisées à ce sujet, il n'est pas possible d'en faire une recommandation clinique basée sur des preuves tangibles.

Une autre approche qui depuis quelques années prend sa place au sein des maternités est l'hypnose. Cette pratique qui autrefois s'apparentait au mystique, séduit de plus en plus de femmes. Elle se définit par « un état de conscience altéré qui implique, en partie, une concentration de l'attention afin de diminuer la conscience de l'environnement extérieur » (Madden & al., 2012). D'après Halfon (2008), cette méthode psychologique permet à la femme de mobiliser ses ressources et d'accroître son sentiment de contrôle afin de diminuer la douleur et l'anxiété. Toutefois, elle requiert une personne expérimentée qui initie la femme ou le couple lors de plusieurs séances d'hypnose préparatoires.

Pour conclure, ces différentes manières de soulager la douleur énoncées précédemment, qu'elles soient médicamenteuses ou naturelles, ne représentent en aucun cas une liste exhaustive. Nous avons sélectionné celles qui nous semblaient les plus utilisées. Parmi les méthodes non médicamenteuses, on retrouve un grand nombre de techniques issues des Médecines alternatives et complémentaires. En tant que sujet principal de notre revue de littérature, nous nous sommes plus particulièrement penchées sur ces moyens et notamment l'aromathérapie.

3.3 Les médecines alternatives et complémentaires

Les médecines alternatives et complémentaires ont été définies par l'OMS comme étant « la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé » (OMS, 2000). Les Médecines dites alternatives ne font pas parties du système de santé dominant et ne se rattachent pas aux traditions du pays : elles sont choisies aux dépens de la médecine conventionnelle. En revanche, les médecines complémentaires sont des thérapies qui, comme leur nom

l'indique, se pratiquent en complément de la médecine conventionnelle. On emploie plus facilement le terme de médecines parallèles ou médecines douces pour définir les MAC car ces dernières ne sont pas considérées comme partie intégrante de la médecine conventionnelle allopathique.

3.4 L'aromathérapie

3.4.1 Bref historique

L'aromathérapie est une médecine holistique qui existe depuis des millénaires. Il s'agit d'une branche de la phytothérapie, première médecine qui remonte aux origines de l'humanité. Selon Manoury (2011), « plus de 60% des médicaments de la médecine moderne découlent plus ou moins directement de la phytothérapie et bon nombre de médicaments actuels ne doivent leur efficacité (et leurs principes actifs dominants) qu'à l'adjonction d'extraits de plantes (ou d'une synthèse de ceux-ci), mêlés à des composants chimiques qui ne servent, trop souvent, que de faire-valoir, alors que les principes actifs, eux, sont d'origine végétale », et « aujourd'hui encore, un grand nombre de médicaments usuels trouvent leur origine dans la matière végétale sans que la synthèse chimique puisse copier parfaitement la perfection de la nature », écrit Baudoux (2001). Et si la phytothérapie est dépassée aujourd'hui par l'industrie pharmaceutique et la chimie, cela ne peut que prouver sa légitimité et susciter notre intérêt.

Bien que l'histoire exacte de l'aromathérapie se confonde avec l'histoire des parfums et des pratiques magico-religieuses, où de tous temps et en tous lieux on a brûlé des plantes aromatiques en offrande aux dieux (Manoury, 2011 ; Baudoux, 2001), on retrouve des traces de la connaissance des plantes thérapeutiques à l'époque des hommes des cavernes, dans la grotte de Lascaux (France), datant de 18 000 ans avant notre ère (Whichello Brown, 2008). Les parfums sont utilisés en médecine ayurvédique depuis plus de 7 000 ans en Inde, l'une des plus anciennes et des plus riches civilisations. En Chine également avec le Pen Tsao, le plus ancien ouvrage relatif aux propriétés des plantes. L'Égypte des pharaons regorgeait de connaissances sur le sujet et l'utilisation des huiles aromatiques à des fins préventives et thérapeutiques, ainsi qu'en parfumerie et en cosmétique y était largement répandue. Ensuite, dans l'Antiquité gréco-latine, les bains, les massages et les fumigations aux plantes aromatiques constituaient les traitements de luxe pour tout type de maux. Avec l'invention de

l'alambic, dont on a retrouvé un premier modèle pakistanais datant d'environ 5 000 ans, perfectionné par Avicenne, grand médecin perse, et dont l'utilisation s'est largement répandue dès le Moyen Âge en Europe avec les "aromatherii", pharmaciens de l'époque, (Whichello Brown, 2008; Baudoux, 2001). On peut dès lors extraire l'essence même de la plante, vibrante de vie et riche de propriétés fascinantes: l'huile essentielle.

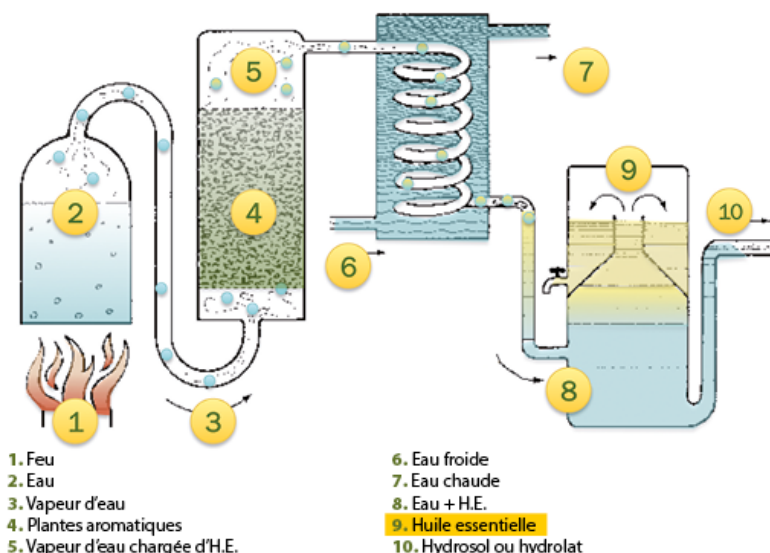
3.4.2 Définition

Le terme "aromathérapie" a été créé en 1928 par le pharmacien français René-Maurice Gattefossé. Il désigne l'utilisation d'huiles essentielles (ci-après HE), composés liquides, très volatiles et s'oxydant au contact de l'air, issues des plantes aromatiques pour améliorer la santé et le bien-être, prévenir et guérir les maladies, mais aussi rétablir l'équilibre entre la pensée, le corps et l'esprit (Baudoux, 2001).

C'est une médecine à la fois douce, puisque 100% naturelle, mais également très puissante, car extrêmement concentrée. Biochimiquement clairement définies (HEBBD), les HE ne présentent aucun danger dès lors que les critères de choix des huiles et les posologies prescrites par un thérapeute expérimenté sont respectés. Des connaissances précises en botanique sont nécessaires pour garantir une prescription sans danger (Baudoux, 2001). Les effets secondaires résultant soit d'une mauvaise utilisation, soit plus rarement d'une réaction allergique à une plante donnée, peuvent aller de légers à très graves. En effet, certaines HE sont dermocaustiques, d'autres photosensibilisantes ou allergisantes. Un certain nombre de précautions d'emploi sont donc indispensables, en particulier chez les personnes sensibles, les jeunes enfants, et la femme enceinte et allaitante. Il convient également d'éviter tout contact des HE pures avec les muqueuses (nez, oreille, et muqueuses ano-génitales) et avec les yeux, mêmes diluées (Baudoux, 2001 ; Gautier, 2015).

Les huiles essentielles sont des composés volatiles liposolubles contenus dans différentes parties des plantes *aromatiques qui* sont obtenues au moyen de différents procédés.. Les techniques traditionnelles d'extraction (donc admises pour l'utilisation à des fins thérapeutiques) sont la distillation à la vapeur d'eau et l'expression à froid. Selon la partie de la plante qui est distillée (feuille, écorce, fleur, graine, racine, fruit) on obtiendra des HE différentes, avec des propriétés très différentes (Manoury, 2011 ; Baudoux, 2001). Pour la famille des agrumes (Rutacées) on parlera d'essences et non

d'huiles essentielles car elles sont extraites par première pression à froid des écorces de fruits.



Dans l'alambic, les particules aromatiques sont entraînées par de la vapeur d'eau sous pression. À la sortie de la cuve, celle-ci traverse un serpentin où elle refroidit et se condense. Le liquide aboutit dans l'essencier (vase florentin). La différence de densité permet de recueillir l'HE qui surnage.

Tiré de : Pranarôm, 2016

Il existe d'autres modes d'extraction (solvants (alcool), dioxyde de carbone, seconde pression à froid, pression à chaud, ...) qui permettent par exemple l'utilisation des HE en parfumerie mais non pour le traitement de maladies. Pour des questions de clarté, nous ne parlerons ici que des HE utilisées à des fins thérapeutiques. La macération huileuse est utilisable pour un traitement par massage pour des plantes comme le calendula (anti-inflammatoire, antioxydant, immunomodulateur) ou le millepertuis (antidépresseur). L'enfleurage permet également une utilisation thérapeutique mais cette méthode est pratiquement abandonnée à cause du travail fastidieux qu'elle demande, et donc de son coût (Whichello Brown, 2008).

La qualité d'une HE est définie par des critères très précis et ses propriétés peuvent varier énormément selon chaque circonstance durant la transformation d'une plante en HE. Aussi, pour Dominique Baudoux, « il faut être exigeant quant au type de plante, au moment de la cueillette, à la pression et à la durée de la distillation ainsi qu'à la conservation ». Il est donc primordial de savoir lire une étiquette d'huile essentielle afin d'y trouver toutes les informations nécessaires avant son emploi.

Selon Baudoux (2001), les garanties nécessaires portent sur :

- La plante elle-même : dénomination scientifique latine (genre, espèce, sous-espèce, famille)
- Son mode de culture : origine sauvage ou cultivée (parfois utilisable mais beaucoup moins riche) et sans polluants (atmosphériques, pesticides, engrais)
- Son mode et période de récolte : la composition biochimique d'une plante (et donc ses propriétés) varie fortement en fonction de la saison, de la saison et même du moment de la journée et selon chaque type de plante. La Rose de Damas par exemple se cueille après la rosée du matin, c'est à ce moment que ses pétales sont le plus chargés en essence.
- Le processus d'extraction : chaque espèce nécessite un procédé d'extraction précis (temps, température, pression, etc), en plus de la technique d'extraction (expression à froid ou distillation à la vapeur d'eau).
- Le chémotype (ou race chimique) : désigne une variation biochimique au sein d'une même espèce (ex : *Thymus vulgaris*, le thym commun) selon l'environnement de la plante: le climat, le type de sol, l'altitude, la quantité d'eau, jusqu'aux plantes avoisinantes. Le *Thymus vulgaris* CT (chémotype) thymol et le *Thymus vulgaris* CT thujanol ont des propriétés et une toxicité totalement différentes ; l'un détruit les hépatocytes, l'autre les régénère. .

Afin de lister précisément les principes actifs (la plupart des HE contiennent entre 50 et 100 molécules) et de détecter d'éventuels agents chimiques ou étrangers, on utilise un procédé appelé *chromatographie en phase gazeuse*, qui permet de mieux connaître les plantes, leurs indications et contre-indications, et de les classer par familles selon leurs propriétés. Selon le cours de Gautier (Sensibilisation à l'aromathérapie [PowerPoint], 15 octobre 2015), les chémotypes les plus courants sont :

Chémotype	Propriétés	Contre-indications
Acides	Anti-inflammatoires +++ spasmolytiques	Bonne tolérance +/- dermocaustiques
Aldéhydes	Anti-inflammatoires++, spasmolytiques, anti- infectieuses+++, viricides, anti- dépressives, calmantes	Tolérance très variable selon l'H.E. ! +/- dermocaustiques +/- photosensibilisantes
Cétones monoterpéniques	Cicatrisantes, mucolytiques, lipolytiques, anticoagulantes, régénératrices cutanées	Neurotoxiques, abortives Pas pour femmes enceintes, ni enfants <10 ans !
Cétones sesquiterpéniques et diterpéniques	Cicatrisantes, régénérantes cutanées++, mucolytiques, fongicides++, anticoagulantes	Bonne tolérance
Coumarines	Sédatives, anticoagulantes, antispasmodiques et hypotensives	Phototoxiques
Esters	Antispasmodiques, anti-stress, calmantes neuro-psychiques, hypotensives, anti-inflammatoire, antalgiques et anxiolytiques !	Bonne tolérance
Ethers	Activent la digestion, action antihistaminique, spasmolytiques	Bonne tolérance si diluées Prudence chez les bébés et femmes enceintes!
Monoterpènes	Antiseptiques, stimulantes, désinfectantes atmosphériques++	+/- photosensibilisantes +/- dermocaustiques
Phénols	Bactéricides, viricides, fongicides, antiparasitaires (intestins !), immunostimulantes, anti- infectieuses puissantes, tonifiantes du SNC	Dermocaustiques++ Hépatotoxiques Pas pour femmes enceintes, ni enfants <10 ans !
Monoterpénoles	Fongicides, viricides, bactéricides, immunostimulantes, euphorisantes, anti-stress	Bonne tolérance À l'exception du menthol !
Sesquiterpénoles	Immunostimulantes, toniques, régulent le système hormonal	Bonne tolérance

Sesquiterpènes et azulènes	Anti-inflammatoires, sédatives, régénérantes, hypothermisantes, immunostimulantes, anti-allergiques	Bonne tolérance
Oxydes	Expectorantes, mucolytiques, antiparasitaires, antivirales	Bonne tolérance

- La garantie « HE 100 % naturelle » indique que l'huile essentielle est non dénaturée avec des molécules de synthèse chimique, et « 100% pure » indique qu'elle est exempte d'autres HE avec des caractéristiques proches. (Ex : lavande vraie coupée avec du lavandin, moins cher et aux propriétés moindres).

Conservation : excellente pendant au moins 5 ans si l'HE est conservée dans un flacon étanche (très volatile) et en verre teinté empêchant la modification biochimique par les rayons ultraviolets.

3.4.3 Voies d'administration

Toutes les HE ne sont pas administrables par toutes les voies, certaines sont dermocaustiques par exemple. Il est donc primordial de se renseigner clairement.

Voie cutanée : dans un excipient gras, une huile végétale le plus souvent. En soin de peau ou en massage, voie la plus couramment utilisée. De par leur liposolubilité, les HE pénètrent très rapidement dans la circulation sanguine, le temps de libération pouvant être quelque peu modulé par la viscosité du support utilisé. L'application pure sur la peau est strictement réservée à quelques situations et sur de très petites surfaces (bouton, verrue, brûlure très localisée, ...). Le bain aromatique est un autre moyen de procurer détente et bien-être, mais les HE n'étant pas solubles dans l'eau, il faut les diluer avant, dans un corps gras, un peu de miel, du sel de bain ou une base moussante.

Voie orale : dans un excipient gras (huile d'olive), du miel, sirop d'érable ou un morceau de sucre. Largement utilisée en dehors de la grossesse, cette voie est totalement contre-indiquée durant les trois premiers mois de la grossesse, et généralement contre-indiquée durant toute la grossesse et chez les enfants, sauf avis contraire d'un thérapeute expérimenté.

Voie rectale : sous forme de suppositoires, les HE sont absorbées par les veines hémorroïdaires puis par la veine cave. Cette voie offre donc une grande rapidité d'action et une efficacité remarquable, en court-circuitant tout le système digestif. Recommandée chez les enfants.

Voie vaginale : sous forme d'ovules à base de cire (mycoses, diverses infections).

Voie olfactive : Les particules volatiles des HE sont captées par les chémorécepteurs de l'épithélium nasal et sont transmises au centre de l'olfaction, dans le cerveau limbique, qui joue un rôle important dans le comportement, et surtout dans certaines émotions comme la peur, l'agressivité ou le plaisir, ainsi que la formation de la mémoire à long terme. Une odeur est perçue différemment selon chaque personne, son vécu, ses souvenirs et émotions en lien à cette odeur, qui sera donc perçue comme plaisante ou non. L'intérêt réside dans le fait que l'odorat est le seul de nos sens qui évite le passage par le néocortex, les composés volatils provoquent donc une réaction indépendante de la volonté, et influent sur l'état émotionnel, les sentiments, les comportements (aromachologie), ainsi que sur le système nerveux autonome (respiration, tension artérielle, digestion, ...) (Baudoux, 2001 ; Dupont, 2014).

3.4.4 Les huiles végétales

Les huiles végétales (HV) sont utilisées comme support pour les HE, en huile de massage ou dans une préparation cosmétique. Les HV de choix sont celles obtenues par expression à froid, qui gardent donc toutes leurs propriétés. Selon leurs propriétés on choisira entre l'huile d'olive ou d'avocat (atteint la couche cornée de l'épiderme), germe de blé ou jojoba (épiderme vivant), noisette ou amande douce (derme), sésame ou noisette (hypoderme, synovie, musculature) (Baudoux, 2001). Plus l'HV est visqueuse, plus elle mettra de temps à atteindre la circulation systémique. Pour les massages, on appréciera aussi les HV de macadamia, pépins de raisins ou encore tournesol.

3.4.5 Les hydrolats (ou eaux florales)

L'hydrolat (HA) est l'eau qui a servi au transport des molécules aromatiques lors de la distillation, et qui, une fois refroidie, en contient encore, et possède donc les mêmes propriétés que l'HE mais en plus doux. Hydrosolubles, les HA s'utilisent beaucoup en cosmétique ou en cure de détoxification par exemple (dilution à boire).

- La garantie “Huile Essentielle 100 % pure et naturelle” indique que l’huile essentielle est non modifiée ou diluée, non déterpénée, rectifiée ou reconstituée. (Ex : lavande vraie coupée avec du lavandin, moins cher et aux propriétés moindres).

Modes d'utilisation : les essences et les HE peuvent être utilisées par voie cutanée (pur ou dans un excipient gras selon conditions, une huile végétale le plus souvent), par voie orale, rectale (suppositoires), respiratoire et olfactive (nerveuse). Elles ne sont bien sûr pas toutes administrables par toutes les voies, certaines étant dermocaustiques par exemple.

Conservation : si l'HE qui est très volatile, est conservée dans un flacon étanche et en verre teinté empêchant la modification biochimique par les rayons ultraviolets, sa conservation est excellente pendant une durée d'au moins 5 ans.

3.4.6 Utilisation en obstétrique

Les experts citent une trentaine d'HE utilisables en toute sécurité pour la femme enceinte (Festy, 2011, p.7) à des doses précises et sur une courte durée d'utilisation. Tous les auteurs s'accordent cependant sur la dangerosité des HE prises par voie orale, dont le but est généralement une action systémique, c'est pourquoi cette voie d'administration est totalement contre-indiquée durant les trois premiers mois de la grossesse, sauf exceptions (par exemple nausées du 1er trimestre), et par la suite elle sera prescrite uniquement lorsque cela est nécessaire, et sur une durée plus courte (Festy, 2011, p.10). Les HE ne doivent pas non plus être appliquées pures sur la peau, ni sur les régions de l'abdomen et des seins durant toute la grossesse, même diluées (Festy, 2011; Baudoux, 2001).

Le tableau ci-dessous récapitule les 25 HE que Festy, pharmacien spécialiste de l'aromathérapie, considère comme indispensables et qui sont utilisables en toute sécurité durant la grossesse et l'allaitement, ainsi que leurs propriétés principales, tant physiques que psychologiques et spirituelles (selon Festy (2011), Baudoux (2001 et 2006), Manoury (2011), Whichello Brown (2008)). Comme pour toutes les HE, à chaque huile correspondent des posologies, des voies d'administration et des précautions d'emploi différentes (y compris trimestres de la grossesse) qui ne sont pas détaillées ici

et nécessitent donc la consultation d'ouvrage spécifique et/ou d'un thérapeute avisé avant toute utilisation.

Arbre à thé (Tea tree) * <i>Maleleuca alternifolia</i>	antimycosique +++, antibactérienne, virale et parasitaire +++, aide à se débarrasser des anciens traumatismes
Basilic * <i>Ocimum basilicum</i>	antispasmodique +++, antalgique +++, tonique digestive, hépatobiliaire ++ et nerveuse. Eclaircit les idées, soulage les tensions
Camomille noble (romaine) * <i>Chamaemelum nobile</i>	antistress +++, antalgique et pré-anesthésiante +++, antispasmodique +++, antidépressive, antiprurigineuse. Favorise équilibre, paix et joie de l'esprit.
Céleri * <i>Apium graveolens</i>	antipigmentaire +++, tonique digestive, stimulante et drainante hépatique et rénale, sédative, calmante
Citron * <i>Citrus limonum</i>	antibactérienne, antiseptique +++, tonique nerveuse et digestive +++, dépurative, litholytique, dynamisante
Citronnelle * <i>Cymbopogon nardus</i> et autres	anti-inflammatoire percutanée +++, antibactérienne et antifongique ++, déodorante et antiseptique aérienne++, répulsive de moustiques +++)
Epinette noire * <i>Picea mariana</i>	cortisone mimétique +++, anti-inflammatoire +++, anti-infectieuse ++, tonique générale, recharge du plexus solaire
Eucalyptus citronné * <i>Eucalyptus citriodora</i>	anti-inflammatoire +++++, antalgique +++, apaisante cutanée, répulsive des moustiques
Eucalyptus radié * <i>Eucalyptus radiata</i>	anti-infectieuse +++, immunomodulante, anticatarrhale, antitussive et expectorante +++. Énergisante, facilite mémoire et concentration
Fenouil doux * <i>Foeniculum vulgare dulce</i>	oestrogène mimétique +++, galactogène, antispasmodique +++, antalgique et anti-inflammatoire +++, tonique digestive +++++. Insuffle courage, force et espoir face aux obstacles. Déconseillée pendant la grossesse, uniquement durant l'allaitement!
Hélichryse (Immortelle)	antihématome +++++, anticoagulante, antiphlébitique +++, antispasmodique +++, désclérosante, astringente et

*Hélichrysum italicum	cicatrisante+++ . Aide à sortir des situations difficiles, résoudre les blocages suite aux traumatismes psychologiques (abus sexuels), redonne confiance et paix intérieure.
Laurier noble *Laurus nobilis	anti-infectieuse +++, antifongique +++, antalgique +++, mucolytique et expectorante +++, régulatrice nerveuse +++. Donne confiance, aide à dépasser ses limites, apporte la force du vainqueur, courage, intuition, inspiration, concentration, mémoire.
Lavande aspic *Lavandula latifolia spica	antitoxique +++, fongicide +++, antivirale et stimulante immunitaire +++, cicatrisante et antalgique +++ (psoriasis, brûlures et piqûres +++) , anticatarrhale et expectorante +++
Lavande vraie (officinale) *Lavandula angustifolia	antispasmodique +++, antalgique +++, hypotensive +++, cicatrisante et régénératrice cutanée +++, calmante, sédative et antidépressive +++. Amène équilibre et harmonie, respect de soi-même, inspiration.
Lentisque pistachier *Pistacia lentiscus	décongestionnante veineuse et lymphatique +++, antispasmodique ++
Petitgrain bigaradier *Citrus aurantiim ssp. aurantium (fe.)	antispasmodique +++, anti-inflammatoire +++, cicatrisante et régénératrice cutanée +++, rééquilibrante nerveuse +++, sédative. Puissante harmonisante affective, c'est l'huile du "cœur". Apaise et rassure les cœurs blessés, accompagnatrice des pertes ou carences affectives. Associée au Chakra Sacré, elle aide à accéder aux dimensions spirituelles.
Pin sylvestre *Pinus sylvestris	cortisone-mimétique +++, décongestionnante lymphatique et ovarienne++, antiseptique respiratoire +++, rubéfiante+++, hypertensive ++, neurotonique +++
Ravintsara *Cinnamomum camphora cineoliferum	antivirale et immuno-stimulante +++, expectorante +++, neurotonique +++. Énergisante puissante, aide à savourer les joies de la vie et à trouver sa voie spirituelle.
Rose de Damas *Rosa damascena	équilibrante +++++ (tout changement important de vie), neurotonique et aphrodisiaque +++, régulatrice des troubles féminins. Puissante harmonisante psycho-émotionnelle, aide +++ au lâcher-prise.
Thym à thujanol *Thymus vulgaris CT thujanol	anti-infectieuse +++, immuno-stimulante++++, tonique circulatoire +++, détoxifiante hépatique +++, activatrice sanguine réchauffante +++, neurotonique et harmonisante

	nerveuse +++
Verveine citronnée <i>*Lippia citriodora</i>	anti-inflammatoire puissante +++, harmonisante endocrinienne, sédative puissante +++, antidépressive +++
Ylang-ylang <i>*Cananga odorata genuina</i>	antiparasitaire+++, hypotensive ++, tonique sexuelle, aphrodisiaque +++, équilibrante nerveuse +++, antidépressive
(Cannelle de Ceylan <i>*Cinnamomum verum)</i>	anti-infectieuse +++ puissante à large spectre, antifongique +++, antivirale +++, antiseptique +++. Stimulante physique et psychique, tonique sexuelle. Aide à développer la chaleur humaine et à surmonter la méfiance (si problème aigu uniquement : avec accord du médecin ou spécialiste)
(Origan compact <i>*Origanum compactum)</i>	antibiotique naturel puissant +++++ à large spectre, fongicide/viricide/parasiticide +++. Tonique générale, stimulante physique, mentale et sexuelle (avec accord du spécialiste, en cas d'extrême nécessité)

En plus de ces 25 HE, d'autres sont citées dans différents mélanges, qui « pures, seules, en quantité importante ou sur une longue durée, [...] pourraient poser problème. Mais diluées, en synergie avec d'autres huiles essentielles et sur un temps court, [...] ne présentent pas de danger » (Festy, 2011, p.81). Parmi les multiples mélanges proposés pour les différents maux de la grossesse figurent : giroflier, palmarosa, sauge sclarée, jasmin, ciste ladanifère, géranium rosat, géranium d'Egypte, géranium bourbon, bergamote, mandarine, bois de rose, gingembre, néroli, marjolaine, gaulthérie, orange, orange douce et thym à linalol.

3.4.7 Mélanges d'huiles essentielles en lien au travail de l'accouchement

Selon Festy (2011) :

Pour lutter contre le stress et l'anxiété : HE petitgrain bigaradier 20 gouttes, camomille noble 10 gouttes, laurier noble 10 gouttes, dans 5 ml HV noisette, J -4 et jour J. A appliquer (plexus solaire + poignets) et à respirer.

Pour déclencher/renforcer les CU et soulager les douleurs : HE palmarosa 5 gouttes, thym CT thujanol 5 gouttes, giroflier 2 gouttes dans HV noisette 10 gouttes, J -3 et jour J. A appliquer sur le ventre et bas du dos.

HE laurier noble, sauge sclarée, rose, jasmin : appliquer l'une et/ou l'autre de ces HE sur la face interne des poignets et respirer amplement.

Selon Baudoux (2001) :

Pour faciliter l'accouchement : HE thym CT linalol 2 gouttes, palmarosa 2 gouttes, girofle 1 goutte dans HV noisette 2 gouttes. Appliquer 6-8 gouttes du mélange en massage dans le bas du dos toutes les 30 minutes pendant le travail, ou 3 fois par jour en cas de terme dépassé.

Selon Baudoux (2006) :

Aide psychologique lors de l'accouchement : HE encens 0.1 ml, camomille noble 0.2 ml, néroli 0.5 ml, laurier noble 0.3 ml, clou de girofle 0.1 ml dans 10 ml HV noisette ou amande douce. Appliquer 3 gouttes du mélange sur le plexus solaire ou face interne des poignets, ou 1 goutte sous les narines et inspirer amplement.

Gestion de la douleur pendant de travail : HE néroli 0.5 ml, laurier noble 0.2 ml, clou de girofle 0.1 ml dans 10 ml HV noisette. Appliquer 4 gouttes sur face interne des poignets pour inhaler à volonté sur la durée nécessaire au contrôle de la douleur (voie cutanée et olfactive).

HE héliochryse 1 ml, laurier noble 2 ml, clou de girofle 1 ml, thym saturéoïde 1 ml dans 15 ml HV noisette. Appliquer 6 gouttes en massage dans le bas du dos, à répéter toutes les 30 minutes au besoin.

Selon Leuba & Bendani (2007) :

Aide psychologique lors de l'accouchement : HE néroli (ou à défaut petitgrain bigarade) 1 goutte sur la plante des pieds toutes les 30 minutes maximum.

Gestion de la douleur pendant de travail : HE néroli ou petitgrain bigarade en diffusion ou 1 goutte sur la plante des pieds toutes les 30 minutes maximum, pendant toute la durée de l'accouchement.

Nous pouvons constater que les différents auteurs, d'une manière générale, s'accordent sur les quelques huiles essentielles favorisant un accouchement harmonieux et une aide à la gestion de la douleur. Les HE de camomille noble, laurier noble, clou de girofle, néroli et/ou petitgrain bigarade (différentes parties d'une même plante : l'oranger amer) semblent avoir des propriétés parfaites pour accompagner cette étape extraordinaire qu'est la naissance.

Giroflier (clou de girofle) <i>*Eugenia caryophyllata</i>	tonique utérine, nerveuse et sexuelle +++, anti-infectieuse à large spectre +++, anesthésiante +++
Néroli <i>*Citrus aurantium ssp. aurantium (fl.)</i>	tonique nerveuse +++, sédative et antidépressive +++. Redonne vitalité, joie et confiance en soi, apaise angoisses et peurs++
Palmarosa <i>*Cymbopogon martinii</i>	tonique utérine et du système neuro-hormonal +++, anti-infectieuse à large spectre +++, cicatrisante +++, drainante lymphatique. Positivante.

4. Problématique

Comme il a été mentionné précédemment, la douleur de l'accouchement est une expérience unique et subjective propre à chaque femme. C'est pourquoi différentes méthodes peuvent être proposées en fonctions des besoins individuels. La sage-femme peut conseiller la femme et le couple sur le choix des moyens non médicamenteux comme l'aromathérapie qui amène à une approche naturelle.

Nous avons remarqué que la population suisse revient petit à petit aux médecines complémentaires et notamment à l'aromathérapie. Toutefois, comme son utilisation est encore un sujet controversé chez les femmes enceintes, il serait fort intéressant de nous interroger sur la question de savoir si réellement l'aromathérapie a un effet bénéfique sur la gestion de la douleur lors du travail et de l'accouchement.

Afin de cibler au mieux notre question de recherche, nous nous sommes appuyées sur l'acronyme PICO (Centre Cochrane Français, 2011) :

	Signification	Explications
P	Patient ou problème	Les femmes en travail
I	Intervention	L'aromathérapie
C	Comparateur	Autres méthodes ou placebo
O	Outcome	L'efficacité de l'intervention

Notre question de recherche est la suivante :

« L'aromathérapie est-elle un moyen antalgique efficace lors du travail de l'accouchement ? »

De cette question de recherche découlent plusieurs hypothèses :

Hypothèse n°1 : L'aromathérapie diminue la perception de la douleur chez les femmes.

Hypothèse n°2 : L'aromathérapie diminue le recours aux méthodes pharmacologiques.

Hypothèse n°3 : L'utilisation médicale de l'aromathérapie n'a pas d'effets négatifs sur la santé de la femme et du bébé.

Hypothèse n°4 : L'aromathérapie diminue l'anxiété des femmes face à la douleur du travail et de l'accouchement.

5. Ethique

La définition de l'éthique est complexe de par ses différentes approches dans les nombreux courants philosophiques, et a connu, à travers les siècles, maintes modifications. Un grand nombre d'auteurs, depuis la nuit des temps, tentent d'en donner une définition qui s'appliquerait à tout un chacun. D'après Ogien (2007), l'éthique actuelle serait étroitement liée à la morale mais s'en différencierait de par sa finalité humaine. Selon lui, « l'éthique » serait alors le rapport de soi à soi et « la morale » le rapport de soi aux autres et des autres entre eux. Une chose semble certaine, l'éthique vise à faire le bien et ce qui est juste pour soi et autrui.

Selon Deletraz-Delporte, (2012) : « *L'éthique est une approche fondamentale et omniprésente dans les métiers de la santé car son caractère récurrent exprime un aspect fondamental de la condition humaine* ».

Il est important de mettre en lumière les quatre principes fondamentaux de l'éthique énoncés par Beauchamp & Childress (1994), soit :

1. Le *respect de l'autonomie* : le soignant, en fournissant les informations nécessaires, donne la capacité à la personne de penser et d'agir librement de son plein gré.
2. La *bienfaisance* : l'action entreprise par le professionnel doit chercher le bien d'autrui.
3. La *non-malfaisance* : cette notion met en avant le fait de ne pas nuire à autrui, d'éviter de causer le mal.

4. La *justice* : le devoir de traiter l'individu de manière équitable en considérant ses besoins, sa contribution et ses différences.

Le quotidien des sages-femmes se fonde sur ces concepts bien définis de l'éthique puisque chaque prise en soin et décision s'établit en fonction des avantages/inconvénients mais aussi des bénéfices/risques, dans le but de promouvoir un suivi qui convienne tant à la femme/couple qu'au soignant.

Lors de l'accompagnement de la femme durant le travail, la sage-femme dispose de moyens médicamenteux et non-médicamenteux pour soulager la douleur. Comme mentionné précédemment, environ 80% des femmes à Genève choisissent l'analgésie péridurale (www.hug-ge.ch, 2015), et l'on peut poser l'hypothèse que ce choix est souvent dû en partie à un manque de propositions alternatives qui rend la femme dépendante des soignants pour gérer la douleur de son accouchement. La question du respect des principes éthiques se pose alors. Pour les femmes qui le souhaitent, ou chez qui une analgésie péridurale est contre-indiquée, un accompagnement plus global et holistique, comme c'est le cas avec l'aromathérapie par exemple, pourrait favoriser la satisfaction des femmes dans leur expérience de maternité en augmentant leur sentiment de contrôle et d'autonomie. Les principes de bienfaisance et de justice prennent également racine dans le respect des croyances et des valeurs de chaque personne, c'est pourquoi une information complète sur les différents moyens non-médicamenteux existants devrait être fournie à chaque femme, ainsi que la possibilité d'y accéder concrètement afin de respecter pleinement chacun des principes d'éthique mentionnés.

De ce fait, notre questionnaire relatif à l'utilisation de l'aromathérapie lors du travail et de l'accouchement est basé notamment sur les principes fondamentaux de l'éthique biomédicale.

Nous avons sélectionné des articles qui respectaient en tout point les principes d'éthique et avaient obtenu l'approbation d'un comité d'éthique. De plus, les femmes devaient avoir donné leur accord et avaient la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment si elles le désiraient afin que les principes d'autonomie et de justice soient respectés.

6. Méthodologie

6.1 Recherche d'articles pour la revue de littérature.

Afin de constituer une revue de littérature portant sur le thème de l'aromathérapie, nous avons fait des recherches dans différentes bases de données scientifiques, telles que PubMed, MIDIRS ou encore CINAHL. Suite à cela, nous n'avons retenu que cinq articles qui répondaient à notre problématique.

Initialement, nous avons sélectionné les mots-clés principaux de notre question de recherche tels qu'indiqués dans la colonne centrale du tableau ci-dessous. Nous les avons mis en évidence et, à partir de ceux-ci, nous avons pris les MeSH® Terms (Medical Subject Headings) afin de mener notre recherche sur différents niveaux de spécificités. Il nous a fallu les associer avec l'opérateur booléen « AND » afin que nos articles contiennent les mots-clés choisis. Nous avons donc répertorié dans le tableau ci-dessous, les MeSH® Terms spécifiques à notre recherche ainsi que le nombre de références obtenues dans la base de données PubMed.

En français	MeSH® Terms	Nombre de références (dans PubMed)
Aromathérapie	Aromatherapy	975
Huile essentielle	Essential oil	16'810
Obstétrique	Obstetric	102'680
Accouchement	Delivery	453'442
Douleur	Pain	637'641
Douleur de l'accouchement	Pain delivery	13'286
Travail	Labour	860'438
Douleur du travail	Labour pain	6'299

Suite aux résultats et au nombre conséquent de références obtenus, nous avons affiné notre recherche au moyen de critères de sélection. En effet, nous avons privilégié les articles de langues compréhensibles (français, anglais, italien...). De plus, nous nous sommes basées sur la clarté du titre et de l'abstract pour inclure ou exclure certains articles. L'objectif de l'étude devait être clairement énoncé et se rapporter au soulagement de la douleur lors du travail par l'aromathérapie, ce qui a permis de resserrer le nombre d'articles susceptibles d'être inclus. L'échantillon était également un

critère de sélection puisque nous avons tenu compte des études qui portaient sur un nombre suffisamment élevé de personnes afin qu'elles soient significatives $n > 60$. Puis, comme l'aromathérapie est un sujet vaste et que l'utilisation des huiles essentielles peut se faire de différentes manières, nous avons essayé de prendre en compte des études avec un mode d'utilisation hétéroclite.

Après avoir effectué une lecture approfondie des articles, nous avons porté notre attention au choix de la méthodologie des auteurs pour mener à bien l'étude. En effet, afin de limiter le nombre de biais, nous avons essentiellement choisi des essais cliniques randomisés. De même que l'éthique devait être présente dans chaque article sélectionné, nous devons retrouver les quatre principes fondamentaux de l'éthique soit : la bienfaisance, la non malfaisance, l'autonomie et la justice. Si ces fondements n'étaient pas présents ou mis en évidence, l'étude était automatiquement écartée.

Lors de notre première recherche d'articles, nous avons trouvé une Cochrane de 2011 traitant de la gestion de la douleur par l'aromathérapie : « Aromatherapy for pain management in labour (Review) » (Smith, Collins & Crowther, 2011). Il nous a semblé pertinent de l'inclure dans notre revue de littérature. Cependant, nous avons trouvé par la suite une autre étude intéressante menée par Burns & al., 2007 : « Aromatherapy in childbirth : a pilot randomised controlled trial » et avons préféré inclure cette dernière dans notre revue de littérature et garder la Cochrane comme complément de citation pour le cadre théorique ainsi que pour la discussion. Bien que l'étude Burns & al., ait été menée en 2007, elle répondait parfaitement aux critères d'inclusion mentionnés plus haut. De plus, sa parution dans le journal « *BJOG, An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* » contient un impact factor à 3.760 (www.bjog.org) qui nous a confirmé sa validité.

Dans l'optique d'élargir davantage les différents aspects de notre sujet, nous avons recherché des articles de type multicentrique. Pour ce faire, nous avons essayé tout d'abord les bases de données citées auparavant ainsi que PsychINFO mais n'avons pas trouvé ce genre d'études en lien avec notre question de recherche.

Recherche sur PubMed

Termes utilisés	Nombres d'études correspondantes	Nombres d'études disponibles en texte intégral	Nombres d'études retenues
Aromatherapy AND delivery	31	24	1
Aromatherapy AND labour	72	61	2
Aromatherapy AND labour pain	23	18	0
Aromatherapy AND delivery AND labour	13	13	0
Aromatherapy AND delivery AND labour pain	8	8	0

Mots-clés : **Aromatherapy AND delivery**

- « Aromatherapy in childbirth : a pilot randomised controlled trial » (Burns, Zobbi, Panzeri, Oskrochi & Regalia, 2007).

Mots-clés : **Aromatherapy AND labour**

- « Effects of Citrus Aurantium (Bitter Orange) on the Severity of First-Stage Labor Pain » (Namazi, Ali Akbari, Mojab, Talebi, Alavi, Majd & Jannesari, 2004).
- « Effect of Inhalation of Aroma of Geranium Essence on Anxiety and Physiological Parameters during First Stage of Labor in Nulliparous Women: a Randomized Clinical Trial. » (Rashidi Fakari, Tabatabaeichehr, Kamali, Rashidi Fakari & Naseri, 2015).

Recherche sous Midwives Information and Resource Service (MIDIRS)

Termes utilisés	Nombres d'études correspondantes	Nombres d'études disponibles en texte intégral	Nombres d'études retenues
Aromatherapy AND delivery	30	3	0
Aromatherapy AND labour	96	12	0
Aromatherapy AND labour pain	7	2	1
Aromatherapy AND delivery AND labour	26	3	0
Aromatherapy AND delivery AND labour pain	3	0	0

- « The effect of lavender aromatherapy on pain perception and intrapartum outcome in primiparous women » (Kaviani, Azima, Alavi & Tabaei, 2014).

Recherche sur CINAHL

Termes utilisés	Nombres d'études correspondantes	Nombres d'études disponibles en texte intégral	Nombres d'études retenues
Aromatherapy AND delivery	30	10	0
Aromatherapy AND labour	75	29	1
Aromatherapy AND labour pain	51	21	0
Aromatherapy AND delivery AND labour	15	6	0
Aromatherapy AND delivery AND labour pain	13	6	0

Mots-clés : **Aromatherapy AND labour**

- « Aromatherapy and Massage Intrapartum Service Impact Upon Use of Analgesia in Women in Labor : A Retrospective Case Note Analysis » (Dhany, Mitchell & Foy, 2012).

Au terme de notre recherche d'articles, nous avons finalement réussi à trouver des textes qui nous semblaient pertinents et qui, surtout, répondaient d'une part à notre question de recherche, et d'autre part à nos quatre hypothèses. Nous allons donc détailler, sous forme de tableau, chaque article et par la suite, mettre en évidence les résultats obtenus en regard de notre problématique.

6.2 Tableaux descriptif des articles.

<p><u>Aromatherapy and Massage Intrapartum Service Impact on Use of Analgesia and Anesthesia in Women in Labor: A Retrospective Case Note Analysis</u></p> <p>Auteurs : Dhany, A., Mitchell, T. and Foy, C.</p> <p>Paru dans : <i>The Journal of Alternative and Complementary Medicine</i> (2012)</p>						
Objectif de l'étude	Population étudiée	Critères d'inclusion/ d'exclusion	Méthodologie	Principaux résultats	Ethique	Limites de l'étude
<p>L'objectif de cette étude était de vérifier si l'utilisation du massage associé à l'aromathérapie intra-partum réduisait le besoin d'analgésie durant le travail.</p>	<p>L'étude a été réalisée dans une unité de la maternité générale sud de l'Angleterre, au Royaume-Uni depuis 2007.</p> <p>La taille de l'échantillon comportait au total 2158 femmes nullipares et multipares. Un groupe de comparaison (n= 1079) et un groupe d'intervention (n= 1079).</p> <p>La répartition de la parité de ces échantillons était de 56% (n = 601), les femmes nullipares et 44 % (n = 478), les femmes multipares.</p>	<p>Les critères d'inclusions et d'exclusions n'ont pas été mentionnés de manières explicites puisque l'étude se basait sur le dossier médical des femmes.</p> <p>Toutefois, les dossiers sélectionnés devaient être complets et contenir des informations cliniques complètes (le nom, le numéro de l'hôpital, l'âge, l'origine ethnique, la parité, la gestation, conditions médicales préexistantes, et les complications de la grossesse, le mode d'accouchement).</p>	<p>Une approche comparative de la recherche a été effectuée, l'évaluation des services de 1079 femmes (601 femmes nullipares et 478 femmes multipares) ont été analysés rétrospectivement en comparaison avec les dossiers de naissance d'un nombre égal de femmes semblables (groupe de comparaison).</p>	<p>Bénéficier d'un massage associé à l'aromathérapie semble avoir un impact positif sur la réduction des taux de toutes les anesthésies durant le travail.</p>	<p>L'éthique a bien été respectée puisque l'approbation a été obtenue à partir d'un service national de santé (NHS). Le comité d'éthique de la recherche a conclu que l'étude était évaluative et sans risque pour les femmes pour autant que leurs données restent anonymes.</p>	<p>Les auteurs s'accordent à dire que les principales raisons pour utiliser l'aromathérapie et le massage étaient de réduire la peur et l'anxiété. La physiologie chimique de l'anxiété associée à l'augmentation de la douleur a peut-être, par la suite, augmenté le besoin d'analgésie médicamenteuse chez certaines femmes. Ceci est aussi explicable par le fait que chaque individu ne réagit pas de la même manière à la douleur.</p>

Aromatherapy and Massage Intrapartum Service Impact on Use of Analgesia and Anesthesia in Women in Labor: A Retrospective Case Note Analysis

<u>Points forts</u>	<u>Points faibles</u>
<ul style="list-style-type: none">- Taille de l'échantillon 2158 femmes- Etude menée en Europe, résultats transposables à notre population- L'étude comprend des femmes nullipares et multipares.- Etique respectée- L'Étude a respecté son objectif principal.	<ul style="list-style-type: none">- Choix de l'étude, comparative, pouvant comporter des biais- Critères d'admissions ne sont pas exprimés de manière explicite, se basant uniquement sur les dossiers des femmes ayant accouché- Pas de notion d'utilisation de statistiques pour l'inclusion des participantes.

Bachelor Thesis, Sage-femme, HEdS Genève

Aromatherapy in childbirth : a pilot randomised controlled trial

Auteurs : Burns, E., Zobbi, V., Panzeri, D., Oskrochi, R. and Regalia, A.

Paru dans : *The International Journal of Obstetrics & Gynaecology (2007)*

Objectif de l'étude	Population étudiée	Critères d'inclusion/ d'exclusion	Méthodologie	Principaux résultats	Ethique	Limites de l'étude
<p>Essai clinique contrôlé randomisé (RCT) sur l'usage de l'aromathérapie pendant le travail comme option de soins pouvant améliorer les issues maternelles et néonatales.</p> <p>Évaluer l'efficacité des HE comme facilitatrices du travail dans le but de diminuer les interventions médicales.</p>	<p>Étude menée à la maternité de San Gerardo Hospital à Milan, Italie, entre le 01.05 et 31.12.2003</p> <p>1926 femmes recrutées 298 ne remplissant pas les critères d'inclusion 134 : refus de participer → répartition aléatoire de 513 femmes (2 ont changé d'avis) =251 dans le groupe aromathérapie , 262 dans le groupe contrôle.</p>	<p><u>Inclusion</u> nullipares et multipares, >36 SA, grossesse unique, présentation céphalique</p> <p><u>Exclusion</u> <36 SA, grossesse multiple, présentation en siège ou transverse, césarienne élektive</p>	<p>RCT prospective comparant l'aromathérapie aux soins standards pendant le travail.</p> <p>HE et mode d'administration choisis par la femme et la SF. 1 seule HE choisie (risque de réaction allergique, éviter biais, ...)</p> <p><u>A choix :</u> camomille romaine, sauge sclérée, encens, lavande vraie, mandarine + HV d'amande douce.</p> <p><u>He administrées pour :</u> peur, anxiété, douleur, >CU.</p> <p>Modes d'application: points d'acupressure, compresse (imbibée d'HA), bain de pieds, massage, baignoire, inhalation.</p> <p><u>Analyse selon les issues :</u> Travail spontané vs induit, utilisation d'antalgiques médicamenteux ou naturels, RSM vs RAM, nombre de TV, ocytocine, épisiotomie, type d'accouchement.</p> <p>Données néonatales : Apgar à 1, 5, et 10' de vie, admission en néonatalogie.</p> <p>Les données sur les effets indésirables sont relevées.</p>	<p>513 femmes. 99% du groupe aromathérapie et 100% du groupe contrôle ont fini l'étude.</p> <p>Caractéristiques maternelles identiques, proportion ethnique représente la population locale.</p> <p>Pas de différence significative (DS) dans le type d'accouchement, les événements intrpartum, durée du travail et score d'Apgar. Réduction significative des admissions en néonatalogie dans le groupe aroma.</p> <p><u>Douleur :</u> EVA de 7.5 à 7.2 chez les nullipares, pas de DS chez les multipares.</p> <p>Aucun effet indésirable reporté.</p>	<p>Un consentement éclairé a été signé par toutes les femmes.</p> <p>L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'hôpital San Gerardo.</p>	<p>Le type d'étude et son petit échantillon semblent expliquer l'absence de DS. Les auteurs posent la question de la chance en ce qui concerne les admissions en néonatalogie.</p> <p>Pas habituel en Italie de donner des antalgiques pendant le travail (1.5% d'APD dans cet hôpital) = biais pour évaluer l'aroma car beaucoup de moyens naturels et de soutien sont déjà utilisés.</p> <p>Les auteurs soulignent la nécessité d'études supplémentaires, et considèrent ces études comme une priorité au vu de la popularité grandissante de l'aroma et l'absence d'évidences suffisantes.</p>

Aromatherapy in childbirth : a pilot randomised controlled trial

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none">- Essai clinique randomisé avec randomisation par ordinateur- Publication dans un journal comportant un Impact factor élevé- Résultats comprenant les issues obstétricales et néonatales- Taille de l'échantillon, 1926 femmes nullipares et multipares- Réalisation de l'étude en Europe, résultats transposables à notre population- Evaluation d'un groupe placebo et d'un groupe contrôle- Ethique respectée avec consentement éclairé donné aux femmes et approbation par un comité d'éthique- Utilisation d'un protocole sur l'aromathérapie utilisé par les sages-femmes- Les statistiques ont été établies à l'aide du T-test, le X^2 ou le Fisher's test.	<ul style="list-style-type: none">- Etude pilote- Choix d'huiles essentielles différentes pour chaque femme- Différentes méthodes d'application des huiles essentielles pour chaque femme- Résultats non significatifs concernant l'admission en néonatalogie.- Déjà de nombreuses alternatives naturelles proposées aux femmes dans cet hôpital, biais possible pour l'utilisation de l'aromathérapie- Peu d'études sur le sujet, auteurs favorables à mener d'autres études afin d'avoir des résultats plus significatifs.

Bachelor Thesis, Sage-femme, HEdS Genève

Effects of Citrus Aurantium (Bitter Orange) on the Severity of First-Stage Labor Pain.

Auteurs: Namazi, M., Ali Akbari, S. A., Mojab, F., Talebi, A., Majd, H.A. and Jannesari, S.

Paru dans : *Iranian Journal of Pharmaceutical Research (2004)*

Objectif de l'étude	Population étudiée	Critères d'inclusion/d'exclusion	Méthodologie	Principaux résultats	Ethique	Limites de l'étude
<p>Evaluer l'efficacité du <i>Citrus Aurantium</i> comme moyen antalgique lors de la première phase du travail chez les primipares.</p>	<p>En Iran, dans l'hôpital Vali-e-Asr à Toyserkan (la province de Hamadan, ouest de l'Iran).</p> <p>Au départ, 126 femmes enceintes ont été admises dans l'étude par simple randomisation.</p> <p>4 femmes n'ont pas participé à l'étude.</p> <p>Groupe de contrôle n= 61</p> <p>Groupe d'intervention (aromathérapie) n= 61</p> <p>L'étude a donc comporté 122 femmes primipares en travail.</p>	<p><u>Inclusion :</u> Origine iranienne, primipares, âgés entre 18-35 ans, grossesse à terme, grossesse unique, présentation céphalique du fœtus, travail spontané, 3-4 cm de dilatation, état du bassin approprié, poche des eaux intacte, aucune consommation d'analgésiques dans les 8 heures avant le début de l'étude, bonne santé, pas de pathologies obstétricales (par exemple, pré-éclampsie, chorioamnionite, décollement placentaire), l'absence de troubles olfactifs ou sensibilité à la médecine par les plantes.</p> <p><u>Exclusion</u> Césarienne en urgence avant la fin de l'étude, sensibilité insupportable connue au C. aurantium, présence de signes indiquant l'accouchement, tels que des saignements vaginaux.</p>	<p>Essai clinique randomisé.</p> <p><u>Le groupe d'intervention :</u> a reçu un carré de gaze trempé dans 4 ml de C. aurantium et d'eau distillée.</p> <p><u>Le groupe de contrôle :</u> a reçu un carré de gaze trempé dans 4 ml de solution saline normale.</p> <p>chaque carré de gaze a été fixé au collier de patientes.</p> <p>L'intervention a été répétée toutes les 30 min. L'intensité de la douleur a été mesurée à 3-4, 5-7, et 8-10 cm de dilatation du col à l'aide de l'échelle numérique de mesure de la douleur → l'instrument de mesure de la douleur est échelonné de 0 à 10, 0-3 indiquant « légère » douleur, 4-7 « douleur modérée » et « 8-10 » douleur sévère ».</p>	<p>Avant l'intervention, l'intensité de la douleur est la même pour les deux groupes, mais après l'intervention, la sévérité de la douleur est réduite dans le groupe d'intervention à 3-4 cm (P <0,05), 7-5 centimètre (P <0,05), et 8-10 centimètre (P <0,05) par rapport au groupe contrôle.</p> <p>Il n'y a pas de résultats significatifs concernant l'âge, l'éducation, la profession, le terme de la grossesse, le type d'accouchement ainsi que la fréquence et la durée des contractions avant l'intervention (P> 0,05).</p>	<p>Chaque participante a signé un consentement éclairé.</p> <p>L'étude a été menée avec la permission du vice-président pour les affaires registraires de l'Université Shahid Beheshti médicale et à l'approbation du comité d'éthique de l'Université.</p>	<p>Pour les auteurs, l'évaluation de la douleur entre les deux groupes a montré que l'utilisation du C. aurantium réduit la douleur du travail.</p> <p>Concernant le degré de satisfaction des participantes sur l'utilisation du C. aurantium, les réponses ont indiqué que 88,1% des participantes du groupe de l'aromathérapie étaient satisfaites de la méthode et 92,1% ont déclaré qu'elles allaient utiliser cette méthode lors d'un futur accouchement.</p> <p>Toutefois, il est mentionné qu'en raison du nombre limité d'études sur les effets de C. aurantium, il serait conseillé d'approfondir le sujet.</p>

Effects of Citrus Aurantium (Bitter Orange) on the Severity of First-Stage Labor Pain.

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none">- Essai clinique randomisé- Prise en compte des données démographiques de la population générale pour s'assurer du caractère représentatif de leur échantillon- Utilisation d'un groupe placebo et d'un groupe contrôle permet d'évaluer l'effet placebo- Une seule huile essentielle a été utilisée lors de cette étude- L'éthique a été respectée	<ul style="list-style-type: none">- Etude menée en Iran, peu représentative de notre population- Taille de l'échantillon faible, soit 126 femmes- Inclusion de femmes uniquement nullipares ce qui constitue une faiblesse pour notre revue de la littérature

Effect of Inhalation of Aroma of Geranium Essence on Anxiety and Physiological Parameters during First Stage of Labor in Nulliparous Women: a Randomized Clinical Trial Auteurs : Rashidi Fakari, F., Tabatabaeichehr, M., Kamali, H., Rashidi Fakari, F. and Naseri, M. Paru dans : Journal of Caring Sciences (2015)						
Objectif de l'étude	Population étudiée	Critères d'inclusion/ d'exclusion	Méthodologie	Principaux résultats	Ethique	Limites de l'étude
<p>Évaluer l'efficacité de l'aromathérapie pour la réduction de l'anxiété lors du travail et de l'accouchement.</p>	<p>100 femmes nullipares, dans l'hôpital Bent al-Hoda dans la ville de Bojnord, en Iran.</p> <p>L'étude a été menée entre 2012 et 2013.</p> <p>Au départ 122 femmes ont été sélectionnées, puis 100 ont été retenues pour l'étude.</p> <p>Groupe contrôle (placébo) : n=50</p> <p>Groupe d'intervention (aromathérapie) : n = 50</p>	<p>Critères d'inclusions : Nullipares, grossesse à terme, âge de 18 à 35 ans, dilatation du col à 3-5 cm, sans antécédents de maladies chroniques (HTA, épilepsie, asthme, migraine), absence de déficience olfactive, pas d'allergies, pas de grossesse à risque, pas de détresse fœtale et aucune prise d'analgésiques ou de médicaments anxiolytiques dans les 3 heures avant le début de l'intervention.</p> <p>Critères d'exclusion : Le manque d'envie de participer à l'étude, symptômes de détresse fœtale et toute utilisation d'analgésique lors de l'intervention</p>	<p>Le groupe d'intervention a reçu deux gouttes d'HE de géranium 2% sur un tissu accroché à leur cou.</p> <p>Le groupe contrôle quant à lui a reçu de l'eau distillée en même quantité sur un tissu également attaché à leur cou.</p> <p>A mesure de la dilatation du col et entre les contractions, le niveau d'anxiété a été mesuré à l'aide du questionnaire STAI (Spielgerger's State-Trait Anxiety Inventory). Les paramètres vitaux (TA, pouls et fréquence respiratoire) ont été pris 20 minutes avant l'intervention et 20 minutes après.</p>	<p>Dans le groupe d'intervention, la moyenne des scores d'anxiété avant et après l'intervention est de 56.75 (9.9), 52,73 (11,7), respectivement, ce qui montre une diminution significative (P = 0,001) de l'état d'anxiété.</p> <p>Dans le groupe de contrôle, les scores d'anxiété avant et après l'intervention sont de 53.45 (6.1) et 52.31 (6.2), respectivement, ce qui a également montré une diminution significative (P = 0,003).</p> <p>Les niveaux d'anxiété avant et après l'intervention a montré des différences de -4.02 -1.14 et pour les groupes d'intervention et contrôle.</p>	<p>Toutes les participantes ont signé un consentement éclairé pour participer à l'étude.</p> <p>Le comité d'éthique a donné sa permission pour mener l'étude.</p>	<p>La limite énoncée par les auteurs est que cette étude ne peut pas réellement être menée en simple aveugle puisque les molécules de l'huile essentielle s'évaporent et se diffusent dans l'air.</p> <p>La petite taille de l'échantillon constitue également une limite à l'étude.</p>

Effect of Inhalation of Aroma of Geranium Essence on Anxiety and Physiological Parameters during First Stage of Labor in Nulliparous Women: a Randomized Clinical Trial

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none">- Essai clinique randomisé- Utilisation d'un groupe placebo et d'un groupe contrôle permet d'évaluer l'effet placebo- l'objectif de l'étude a été respecté- l'anxiété a été évaluée à l'aide d'un questionnaire, STAI au cours du travail-l'éthique a été respectée, les femmes ont signé un consentement éclairé et un comité d'éthique a donné son approbation	<ul style="list-style-type: none">- Etude menée en Iran- Inclusion de femmes nullipares- taille de l'échantillon peu représentatif de la population, soit 122 femmes- l'étude n'a pas pu être menée en simple aveugle puisque les huiles essentielles sont des composés volatiles facilement reconnaissables à l'odeur

Bachelor Thesis, Sage-femme, HEdS Genève

The effect of lavender aromatherapy on pain perception and intrapartum outcome in primiparous women

Auteurs : Kaviani, M., Azima, S., Alavi, N. and Tabaei M. H

Paru dans : *British Journal of Midwifery* (Vol 22, No 2) Février 2014

Objectif de l'étude	Population étudiée	Critères d'inclusion/ d'exclusion	Méthodologie	Principaux résultats	Ethique	Limites de l'étude
<p>Déterminer les effets de l'HE de lavande vraie (<i>Lavandula angustifolia</i>) sur</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. l'intensité de la douleur 2. durée des phases 1 et 2 du travail 3. score d'Apgar 4. satisfaction maternelle <p>Les objectifs sont énoncés dans le titre et l'abstract, et sont clairement développés dans la discussion.</p>	<p>En Iran, aux Hôpitaux Universitaires de Shiraz.</p> <p>Recrutement de 160 femmes primigestes ayant prévu accoucher par voie basse, entre décembre 2008 et juin 2009.</p> <p>Groupe de contrôle n= 80</p> <p>Groupe d'intervention (aromathérapie) n= 80</p>	<p>Inclusion :</p> <p>Grossesse unique, 36 SA ou plus, et à partir de 3-4 cm de dilatation</p> <p>Exclusion</p> <p>Tout problème médical ou obstétrical, toute contre-indication à l'aromathérapie ou à la lavande (telle qu'asthme, allergie, refroidissement et anosmie diagnostiquée), ainsi que le choix des patientes pour une autre méthode antalgique ou une césarienne.</p>	<p>Etude en double aveugle impossible = biais possibles. Jours d'intervention tirés au sort pour chaque groupe (jours pairs : aroma, jours impairs : contrôle).</p> <p><u>Le groupe d'intervention</u> a reçu 0.1ml d'HE de lavande vraie + 1ml d'eau distillée sur une compresse stérile accrochée près de leurs narines.</p> <p><u>Le groupe de contrôle</u> a reçu 2ml d'eau distillée, dans les mêmes conditions.</p> <p>La récolte des données s'est faite à l'aide d'un questionnaire comprenant les données démographiques, le statut de la grossesse, le processus d'accouchement et l'intensité de la sensation douloureuse, mesurée à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA). La douleur est mesurée avant ainsi que 30 et 60 minutes après l'intervention.</p>	<p>160 femmes participant à l'étude réparties de façon équilibrée dans les groupes selon leur âge, éducation et AG, (critères considérés par les auteurs comme importants dans le ressenti de la douleur). Les deux groupes sont identiques démographiquement.</p> <p>Avant l'intervention, l'intensité de la douleur est la même pour les deux groupes mais après l'intervention, on trouve une différence significative dans la perception douloureuse à 30 et 60 minutes ($P < 0.001$) dans le groupe aroma. L'effet maximal de l'HE de lavande vraie se situe 30 minutes après le début de l'intervention, ce qui correspond aux résultats obtenus dans l'étude de Han et al (2006) qui portait sur l'utilisation de l'aromathérapie par inhalation dans les dysménorrhées.</p> <p>Également une différence significative concernant la satisfaction maternelle ($p < 0.001$), avec 41% des femmes du groupe aroma satisfaites de l'intervention, contre 19% dans le groupe contrôle, et 39% insatisfaites, contre 61% dans le groupe contrôle. Les femmes du groupe intervention n'avaient jamais utilisé d'HE de lavande avant l'étude.</p>	<p>Le protocole d'étude a été passé en revue et approuvé par le Comité d'Éthique Humain du Conseil de Recherche du Doyen d'Affaire de Recherche de l'Université des Sciences Médicales de Shiraz.</p> <p>Aucune notion dans l'article de signature de consentement éclairé ni des informations qui ont été données aux femmes au sujet de l'étude.</p>	<p>Les auteurs comparent leurs résultats à ceux obtenus dans d'autres études mais ne portent pas de regard critique sur leur propre travail, et concluent donc l'article en recommandant l'utilisation de l'HE de lavande vraie pour soulager la douleur du travail, et ainsi réduire le taux de césariennes inutiles causées par la peur de la douleur. Bien que les résultats soient prometteurs, cette conclusion nous semble hâtive, dû à un certain nombre de biais et d'informations manquantes.</p>

The effect of lavender aromatherapy on pain perception and intrapartum outcome in primiparous women

Points forts	Points faibles
<ul style="list-style-type: none">- Essai clinique randomisé- Une huile essentielle utilisée dans l'étude- Objectif de l'étude clairement énoncé- Données démographiques mises en évidence pour l'homogénéité de la population étudiée- Résultats analysés à l'aide d'un logiciel de statistique SPSS- Utilisation d'un groupe placebo et d'un groupe contrôle permettant d'évaluer l'effet placebo	<ul style="list-style-type: none">- Impossibilité de mener l'étude en simple aveugle au risque des biais possibles- Etude menée en Iran- Faible taux de l'échantillon, soit 160 femmes- Participantes uniquement nullipares- Pas de notion de consentement éclairé signé- Les auteurs ne posent pas de regard critique quant aux résultats obtenus, il est nécessaire de mener d'autres études sur le sujet afin d'affirmer ou d'infirmer l'impact de l'aromathérapie

7. Analyse critique et structure des résultats de la revue de littérature

7.1 Issue principale : diminution de la douleur

L'objectif principal de notre revue de littérature est de mesurer l'efficacité de l'aromathérapie pour le soulagement de la douleur lors du travail et l'accouchement. Nous nous sommes donc basées sur l'approche quantitative (échelle analogique visuelle) et qualitative (la satisfaction des femmes par rapport à l'utilisation de l'aromathérapie et le recours aux méthodes pharmacologiques).

7.1.1 L'évaluation de la douleur à l'aide de l'échelle visuelle analogique (EVA)

La douleur a été quantifiée à des moments précis et une réduction significative a pu être observée dans les trois études ci-dessous :

- Dans l'étude de Namazi & al. (2004) la douleur a été mesurée à l'aide de l'échelle analogique de la douleur en trois critères bien précis soit : 0-3 indiquant une « légère douleur », 4-7 « douleur modérée » et 8-10 « douleur sévère ». Au terme de l'étude, les résultats montrent qu'avant l'intervention, l'intensité de la douleur était la même pour les deux groupes, mais après l'intervention, la sévérité de la douleur était réduite dans le groupe d'intervention à 3-4 centimètres ($P < 0,05$), 7-5 cm ($P < 0,05$), et 8-10 cm ($P < 0,05$) par rapport au groupe contrôle.
- Dans l'étude de Kaviani & al. (2014) « The effect of lavender aromatherapy on pain perception and intrapartum outcome in primiparous women ». Avant l'intervention, l'intensité de la douleur était la même pour les deux groupes. Après l'intervention, on constate une différence significative dans la perception douloureuse à 30 et 60 minutes après l'intervention ($P < 0.001$) dans le groupe ayant eu recours à l'aromathérapie.
- Dans l'étude de Burns & al. (2007) « Aromatherapy in childbirth : a pilot randomised controlled trial » une diminution de la douleur a également été rapportée. Les données pour la perception de la douleur maternelle ont été autoévaluées en utilisant une échelle de Likert de 10 points (0-10 score), elles

ont été recueillies juste avant et 30-40 minutes après avoir reçu l'aromathérapie. Les femmes nullipares ont signalé une réduction de la perception de la douleur après l'aromathérapie passant de 7,5 (19 SD) avant par rapport à une moyenne de 7,2 (18 SD) après l'administration. Les femmes multipares n'ont enregistré aucune différence, passant de 6,9 (SD 19) avant à 6,8 (SD 19) après l'administration. De plus, sur un échantillon de 251 femmes dans le groupe de l'aromathérapie, 38 % d'entre elles utilisent les huiles essentielles pour le soulagement de la douleur.

7.1.2 L'évaluation du niveau d'anxiété des femmes au cours du travail et de l'accouchement

Le niveau d'anxiété a été analysé dans une seule étude de notre revue de littérature, (Fakari & al., 2015).

Dans le groupe d'intervention, la moyenne des scores d'anxiété avant et après l'intervention était de 56.75 (9.9) et 52.73 (11.7), respectivement, ce qui montre une diminution significative ($P = 0,001$) de l'état d'anxiété.

- Dans le groupe de contrôle, les scores d'anxiété avant et après l'intervention étaient de 53.45 (6.1) et 52.31 (6.2), respectivement, ce qui a également indiqué une diminution significative ($P = 0,003$).
- Dans l'étude de Burns & al. (2007) 30% des femmes utilisent l'aromathérapie pour diminuer leur taux d'anxiété.

Au vu des résultats obtenus dans l'étude de Fakari & al., l'aromathérapie a eu un impact réel sur la diminution de l'anxiété au cours du travail. Toutefois, étant le seul article à aborder ce sujet il n'est pas possible de le considérer comme une vérité généralisable.

7.1.3 La satisfaction des femmes en rapport à l'utilisation de l'aromathérapie

Un seul article a évalué la satisfaction des femmes lié à l'utilisation de l'aromathérapie au cours du travail et de l'accouchement.

- Une différence significative a été observée dans l'étude de Kaviani & al. (2014) concernant la satisfaction maternelle ($p < 0.001$), avec 41% des femmes du groupe aromathérapie contre 19 % dans le groupe de contrôle.

7.1.4 Le recours à des méthodes pharmacologiques

Dhany & al. (2012) ont mis en évidence l'utilisation de l'aromathérapie et le recours aux moyens antalgiques.

- une comparaison globale de l'utilisation de la péridurale entre le groupe aromathérapie et les groupes de comparaison a révélé une utilisation plus faible dans le groupe ayant eu recours aux huiles essentielles (30% contre 34% dans le groupe de comparaison ; nullipares : 39% contre 48% ; multipares : 18% contre 16%).
- L'utilisation de l'épidurale était statistiquement moins significative dans le groupe de l'aromathérapie ($p = 0,004$).
- L'utilisation de l'anesthésie rachidienne au cours du travail était plus faible dans le groupe de femmes utilisant l'aromathérapie (6% par rapport à 12% ; nullipares : 8% contre 15% ; multipares : 3% contre 8%). Son utilisation était statistiquement moins significative ($p < 0,001$) dans le groupe de l'aromathérapie que dans le groupe de comparaison.

7.2 Les issues obstétricales et néonatales de l'utilisation de l'aromathérapie

7.2.1 La durée du travail

- L'article de Burns & al. (2007) a mis en évidence que la durée moyenne de la première et deuxième phase du travail était la même pour chaque groupe, 217 minutes + 112 SD dans le groupe aromathérapie par rapport à 216 minutes +

130 SD ($P=0.90$) dans le groupe contrôle soit respectivement 35 minutes + 26 SD et 33 minutes + 23 SD ($P= 0.51$).

- Il n'y a pas de résultats significatifs concernant la durée de la première et deuxième phase du travail dans l'étude de Kaviani & al. (2014) puisqu'elle est en moyenne de $3,6 \pm 1.39$ heures pour le groupe de l'aromathérapie et de $3,9 \pm 0,5$ heures dans le groupe de contrôle.

On peut donc conclure que les résultats associés à la durée du travail ne sont pas à prendre en considération puisque les données sont non significatives, la valeur P est supérieure à 0,05.

7.2.2 Le mode d'accouchement

- Selon Burns & al. (2007), les résultats en lien au mode d'accouchement sont non significatifs puisque le nombre d'accouchements par voie basse spontanée dans le groupe de l'aromathérapie était de 224/251 et de 234/262 pour le groupe contrôle avec un RR de 0.99 (0.75–1.3) et une valeur P à 1,00.
- De même selon Namazi & al. (2014), il n'existe pas de différence significative liée au mode d'accouchement ($P=0,561$) entre les deux groupes.

L'utilisation de l'aromathérapie ne semble donc pas influencer le mode d'accouchement.

7.2.3 Score APGAR à la naissance

- Pour Burns & al. (2007), les scores d'APGAR n'étaient pas différents pour les deux groupes à 1, 5 et 10 minutes de vie ($P=0,38$). Il y avait, cependant, une réduction significative dans l'admission en néonatalogie pour les nourrissons du groupe de l'aromathérapie ($P=0.017$).
- De même, Kaviani & al. (2014) n'ont trouvé aucun résultat significatif concernant l'APGAR à 1 minute ($P=0,927$) et 5 minutes de vie ($P=0,749$).

Bien que l'APGAR à la naissance ait été pris en compte dans deux études différentes, les résultats ne sont pas significatifs puisque la valeur P est supérieure à 0.05. Néanmoins, dans l'étude de Burns & al. (2007) il n'y a eu aucun transfert de bébé en néonatalogie ($P=0.017$).

8. Biais et limites des articles

Après avoir énoncé les principaux résultats des études, il est indispensable de faire ressortir les biais et limites des articles choisis.

8.1 Échantillons

Une majorité des études choisies a été menée au Moyen Orient et en Iran. Deux seulement ont été réalisées en Europe, respectivement en Italie et en Angleterre. Cela pourrait constituer un biais culturel puisque la question principale que l'on peut se poser est de savoir s'il est possible de transposer ces études à notre population occidentale, notamment lorsque l'on sait que la culture est un facteur important de la relation à la douleur.

De plus, en ce qui concerne la taille des échantillons, la plupart des études sur l'efficacité de l'aromathérapie a été réalisée sur de petits échantillons. En effet le nombre de femmes incluses dans les études est variable, allant de 2158 (Dhany & al. (2012)) à 100 (Fakari & al. (2015)). Bien que certains articles portent sur un large échantillon, d'autres en revanche, se basent uniquement sur un nombre limité de femmes, notamment les études menées en Iran. De ce fait, on peut supposer qu'il existe certaines limites à l'utilisation de l'aromathérapie dans ces pays, comme par exemple, le manque de pratiques et de connaissances sur les huiles essentielles ou encore la difficulté à recruter des participantes, voire même des critères d'inclusions bien trop stricts. L'un de nos critères de sélection portait précisément sur le nombre de femmes sélectionnées afin que les résultats puissent être représentatifs de la population étudiée. De manière générale, les auteurs sont unanimes sur le fait que la taille de chaque échantillon est trop petite pour tirer des conclusions (Burns & al. (2007) ; Fakari & al. (2015) ; Namazi & al. (2014)).

L'homogénéité des échantillons est également l'un des critères pris en compte lors de la sélection d'articles. L'étude contrôlée randomisée est la seule méthodologie qui le garantisse et c'est la raison pour laquelle nous en avons incluses deux à notre revue de littérature.

Dans les articles choisis pour la revue de littérature, les critères de sélections sont pour la plupart relativement semblables (grossesse unique, à terme, sans pathologie et présentation céphalique, âge maternel,), avec une différence pour le moins importante : la parité. En effet, seule l'étude menée par Burns & al. (2007) inclut des femmes multipares, ce qui semble représenter une limite quant au caractère représentatif des échantillons par rapport aux autres études.

Un autre aspect de l'échantillonnage est important, pour que les études soient significatives, elles ne doivent pas présenter de différences en termes de données démographiques. Dans l'étude de Fakari & al. (2015), il n'existe pas de différence significative concernant l'âge ($p= 0.06$), le niveau d'éducation ($p= 0.06$), l'emploi ($p=0.88$), l'emploi du conjoint ($p= 0,54$) et le sexe du fœtus ($p= 0,6$). Les auteurs se sont aidés du test de Kolmogorov-Smirnov afin d'évaluer la normalité des principales variables lors du pré-test et du post-test. Kaviani & al. (2014), démontrent que les deux groupes étudiés étaient similaires quant à leurs caractéristiques démographiques - pas de différence significative concernant l'âge et les semaines de grossesse -. Toutefois, on ne constate pas de p-value et cette étude, semi-expérimentale, constitue un biais pour la randomisation et l'homogénéité des groupes. Il n'y a d'ailleurs pas eu de corrections statistiques ce qui peut être également un biais de sélection. Namazi & al. (2014) respectent les caractéristiques démographiques sur différents points ce qui montre un souci de prendre en compte la population étudiée. Dans l'article choisi de Dhany & al. (2012), les critères d'inclusion et d'exclusion n'ont pas été mentionnés de manière explicite puisque l'étude se base sur le dossier médical des femmes, ce qui peut être un biais notamment dans la retranscription des résultats pour mener l'étude. C'est pourquoi, ils se sont aidés d'un test d'échantillons indépendants entre les groupes pour les variables numériques et d'un test X^2 pour les variables catégorielles afin d'éviter les biais possibles entre les groupes et les résultats obtenus.

8.2 La méthodologie

Essais contrôlés randomisés (ECR)

Quatre études, afin de limiter les biais de sélection entre les groupes, sont des essais contrôlés randomisés. Bien que l'étude de Kaviani & al. (2014) soit un ECR, elle reste malgré tout « semi-expérimentale », et constitue un biais en ce qui concerne l'homogénéité des groupes choisis. L'ECR de Burns & al. (2007) est une étude pilote qui nécessite encore quelques ajustements comme par exemple la taille de l'échantillon.

Etude comparative

La seule étude comparative est celle de Dhany & al. (2012), puisqu'elle met en regard deux échantillons de femmes ayant donné naissance dans une maternité d'Angleterre. Le choix initial de cette étude était l'ECR, mais les auteurs ont estimé que les femmes étaient vulnérables lors de l'accouchement, ce qui va à l'encontre de l'éthique biomédicale en termes de justice et d'autonomie.

Etude en aveugle

Aucun des auteurs de notre sélection d'articles, n'a choisi de la mener son étude en simple ou double aveugle. Kaviani & al. (2014) ont affirmé que si leur étude avait été menée en simple aveugle, elle aurait un certain nombre de biais, notamment en lien à leur mode d'intervention. Ceci explique donc leur choix de l'ECR.

8.3 Méthodes de recrutement

Dans plusieurs études, les femmes correspondant aux critères d'inclusion étaient déjà en phase active du travail soit 3-4 cm de dilatation et sans pathologies préexistantes. Toutefois, on peut remarquer que les études se basent sur d'autres articles pour définir la taille de leur échantillon. Kaviani & al. (2014) se sont donc appuyés sur la base de l'étude réalisée par Lehrner et al. (2005), compte tenu de la variance à 7.25, du niveau de confiance à 99%, de la puissance à 95% et du taux de perte à 6%. Pour Fakari & al. (2015), la taille des groupes (50 chacun) a été déterminée à partir d'une étude préliminaire, à un intervalle de confiance à 95%, une puissance à 80%, ainsi qu'une variable à 6%. Certes, cela est possible mais comporte tout de même un biais de recrutement car dans l'étude de Fakari & al. (2015), l'étude en question n'est pas

mentionnée. Pour Burns & al (2007), la randomisation a été faite via un ordinateur qui a séquencé de manière aléatoire, l'attribution des femmes à l'intervention avec un ratio de l'ordre de 1 : 1.

8.4 Intervention

Les articles comparent tous l'utilisation de l'aromathérapie à un groupe contrôle (Burns & al. (2007) ; Fakari & al. (2015) ; Namazi & al. (2004) ; Kaviani & al. (2014)), hormis, l'étude de Dhany & al. (2012) qui compare uniquement des dossiers de naissance sans même avoir vu les femmes.

L'effet de l'aromathérapie sur la douleur a été mesuré à différentes étapes du travail et de la dilatation. Namazi & al. (2004) ont répété l'intervention toutes les 30 minutes et quantifié l'intensité de la douleur à 3-4, 5-7, et 8-10 cm de dilatation du col à l'aide de l'échelle numérique de mesure de la douleur. On constate un biais possible concernant le temps de dilatation puisqu'il n'est pas prédéfini pour chaque femme et varie considérablement d'une femme à l'autre. De plus, Fakari & al. (2015) ont quant à eux, choisi d'évaluer l'intensité de l'anxiété 20 minutes avant l'intervention et 20 minutes après afin de mettre en évidence une possible diminution de l'anxiété. Or, la question se pose sur la durée choisie pour mesurer l'efficacité de l'aromathérapie sur l'anxiété. Actuellement, nous ne sommes pas en mesure de pouvoir y répondre ce qui pourrait constituer un biais.

Burns & al (2007) ont mis en avant l'utilisation de plusieurs huiles essentielles. L'hôpital dans lequel se déroulait l'étude a tout de même donné des informations au personnel soignant sur l'utilisation des huiles essentielles. Toutefois, dans les autres études choisies (Fakari & al. (2015) ; Namazi & al. (2004) ; Kaviani & al. (2014)) ; Dhany & al. (2012)). il n'est mentionné nulle part si les sages-femmes avaient reçu une formation ou non dans le domaine. Ce point représente un biais car la formation et l'expérience en matière d'utilisation de l'aromathérapie pourraient avoir un impact sur l'efficacité du traitement.

8.5 Effet placebo

L'effet placebo est utilisé comme moyen de comparaison entre le groupe de contrôle et le groupe d'intervention (Fakari & al. (2015) ; Namazi & al. (2004) ; Kaviani & al. (2014)). Ces trois auteurs ont utilisé de l'eau distillée comme placebo, or l'un des biais résulte précisément du fait que, grâce à l'odorat, il est facile de reconnaître l'odeur d'une huile essentielle. Il aurait donc fallu trouver un autre moyen, comme la mélanger à de l'huile d'amande douce par exemple pour atténuer son parfum.

8.6 L'éthique

Toutes les études choisies se préoccupent de l'éthique. Un comité d'éthique a d'ailleurs été sollicité pour donner son approbation en vue de mener l'étude. Un consentement éclairé a été demandé aux participantes de l'étude. Toutefois, dans l'article de Kaviani & al. (2014), aucune mention de consentement éclairé n'est indiquée. De ce point de vue, nous pouvons en conclure que l'éthique n'a pas été respectée dans sa globalité.

9. Discussion

9.1 L'aromathérapie en Iran

Trois des études que nous avons sélectionnées ont été réalisées en Iran aussi, il convient de prêter attention à ce pays, berceau culturel du Moyen-Orient dont l'histoire s'étale sur des millénaires. Un médecin perse, Avicenne (Ibn Sina), a écrit au X^e siècle le *Canon de la médecine* (Kitab Al Qanun fi Al-Tibb), qui est l'un des textes fondateurs de la médecine occidentale et qui sert de base d'enseignement en Europe jusqu'au XVII^e siècle. Ecrit en cinq volumes, le dernier tome *Aqrabadin* (pharmacopée) traite des médicaments à base de plantes. De nos jours, l'Iran connaît une émancipation démographique importante et l'industrie médicale tend à suivre son évolution tout en exploitant les ressources du pays. Ce dernier ne compte pas moins de 75'000 plantes médicinales utilisées aujourd'hui dans l'industrie pharmaceutique du pays (Pourmazaheri, 2013). Pour donner un exemple, différentes plantes aromatiques traitées en HE sont cultivées en Iran, notamment le galbanum (*Ferula galbaniflua*), la rose de Damas (*Rosa X damascena*) et le cumin noir (*Nigella sativa*).

9.2 Hypothèse n°1 : l'aromathérapie diminue la perception de la douleur chez les femmes.

Parmi les cinq études choisies, trois abordent l'évaluation de la douleur à l'aide d'une échelle visuelle analogique ou d'une échelle de Likert qui se score également sur 10 (Namazi & al. (2004) ; Kaviani & al. (2014) ; Burns & al. (2007)).

Les résultats obtenus à l'issue de ces études montrent en effet qu'il y a bien une diminution de la douleur après l'utilisation de l'aromathérapie. Dans l'étude de Namazi & al. (2004), la sévérité de la douleur était réduite dans le groupe intervention à 3-4 cm ($P < 0,05$), 7-5 cm ($P < 0,05$), et 8-10 cm ($P < 0,05$) par rapport au groupe contrôle. La p-value est inférieure à 0,05.

Puis, Kaviani & al. (2014) en viennent à la conclusion que l'aromathérapie a eu un effet bénéfique sur la douleur, avec une différence significative dans la perception douloureuse à 30 et 60 minutes après l'intervention ($P < 0.001$) dans le groupe ayant eu recours à l'aromathérapie.

Pour finir, Burns & al. (2007) indiquent également que, suite à l'auto-évaluation des femmes, une réduction de la douleur a été constatée. Les femmes nullipares ont signalé une réduction de la perception de la douleur qui passe de 7,5 (19 SD) avant l'intervention à une moyenne de 7,2 (18 SD) après l'administration. Les femmes multipares, quant à elles, n'ont enregistré aucune différence notable, passant de 6,9 (SD 19) avant à 6,8 (SD 19) après l'administration.

D'après ces résultats, pour ces trois études, l'aromathérapie semble influencer la perception douloureuse à l'exception de Burns & al. (2007) dont l'évaluation de la perception douloureuse chez les femmes multipares n'a montré aucune différence. Pour cette raison, nous avons remarqué que les études choisies incluent des femmes essentiellement nullipares sans aucun facteur de risque. Un point intéressant serait de se pencher davantage sur la perception des femmes multipares pour avoir ainsi une vision plus globale de la douleur et ainsi déterminer si l'utilisation de l'aromathérapie a un réel impact sur la douleur. En effet, l'article de Burns & al. (2007) est un essai contrôlé randomisé ; toutes les femmes ont dû remplir un questionnaire avant l'intervention concernant l'administration de l'aromathérapie, ce qui constitue un biais en soi, puisque l'étude conditionne les femmes à recevoir l'huile essentielle ou non. Il aurait fallu dès lors choisir une étude en double aveugle afin de limiter les biais. De même, le choix de l'intervention est un biais en soi car les huiles essentielles sont généralement très odorantes et recevoir un placebo constitue un biais. Aussi, un questionnaire aurait dû être soumis avant l'intervention afin de sonder les connaissances des parturientes en aromathérapie.

De plus, l'utilisation de l'échelle visuelle analogique (EVA) est un moyen commun pour quantifier la douleur dans le domaine médical. Toutefois, nous nous sommes interrogées sur la réelle efficacité de cette évaluation subjective et susceptible d'être influencée par la manière dont elle est présentée par les soignants.

Afin de tenter de confirmer ou d'infirmer notre hypothèse de départ, il nous semblait pertinent de discuter ces résultats à la lumière d'autres études.

En premier lieu, dans l'essai clinique de Janula & Mahipal (2015), réalisé sur un échantillon de 600 femmes nullipares, ayant été assignées au hasard à un groupe d'aromathérapie (n = 200), un groupe de biofeedback (n = 200), et un groupe témoin (n = 200). Janula & Mahipal (2015) ont voulu évaluer la perception de la douleur à l'aide

de l'échelle analogique visuelle. Concernant les résultats obtenus, la douleur moyenne pour le groupe d'aromathérapie et de biofeedback était réduit par rapport au groupe témoin, soit : 6.2 (SD : 0.13) en phase de latence pour l'aromathérapie contre 7.8 (SD : 0,15) pour le groupe témoin. En revanche, on observe une différence significative entre les scores de douleur du groupe de l'aromathérapie et du groupe biofeedback lors de la phase latence (6.2 pour l'aromathérapie et 7.8 pour le biofeedback), la phase active (7.5 et 8.2) et la phase d'expulsion (8.3 et 9.2) avec pour ces trois résultats une p-value inférieure à 0.0001. Les auteurs s'accordent donc à confirmer à travers leur étude que l'aromathérapie est efficace dans le soulagement de la douleur. Ils affirment que l'huile utilisée, soit l'HE de lavande, agit sur les terminaisons nerveuses et procure ainsi un effet sédatif mais également analgésique.

De plus, l'essai contrôlé randomisé de Lamadah & Nomani (2016), qui vise à évaluer l'effet de l'HE de lavande par massage sur l'intensité de la douleur et de l'anxiété pendant le travail chez les femmes primigestes, montre des résultats significatifs concernant la réduction de la douleur à différents stades du travail. 60 femmes ont participé à l'étude, et ont été assignées au hasard dans deux groupes : le premier groupe (n = 30) a reçu l'aromathérapie en massage au niveau du dos avec 2 gouttes d'huile de lavande dissoutes dans de l'huile d'amande douce, le second groupe (n = 30) a reçu uniquement le massage. L'évaluation de la douleur s'est faite par l'échelle visuelle analogique à différents stades du travail et différentes dilatations. Il en résulte que le score moyen de la douleur avant l'intervention était de 7,0 pour le groupe d'aromathérapie et 8.1 pour le groupe témoin avec une p-value à 0,08, ce qui n'est pas significatif. En revanche, après l'intervention, le score moyen de la douleur a diminué à 6,4 au cours de la phase active pour le groupe d'aromathérapie par rapport à 8,9 pour le groupe témoin ($p < 0.01$). De même que le score moyen de la douleur a diminué à 7,7 pendant la phase d'expulsion pour le groupe d'aromathérapie comparativement à 9,6 pour le groupe témoin ($P = 0,000$). Les auteurs sont donc unanimes face à ces résultats et confirment une différence statistiquement significative entre les deux groupes après l'intervention.

Enfin, dans leur méta-analyse, Luo & al. (2013) affirment que, bien que statistiquement parlant il n'y a pas assez de données concernant la diminution de la douleur lors de l'utilisation de l'aromathérapie, un essai a révélé que les femmes qui ont utilisé

l'aromathérapie ont rapporté une réduction de la douleur dans la phase latente et active du travail ($p = 0,0001$).

Les auteurs s'accordent à dire qu'il serait préférable de faire des études supplémentaires à plus large échelle avec des critères d'inclusion moins stricts pour affirmer ou infirmer les bénéfices de l'aromathérapie, comme par exemple de ne pas limiter l'intervention aux femmes primigestes, aux présentations céphaliques, à l'ethnie ou encore à l'âge des femmes.

Pour conclure, l'aromathérapie joue un rôle dans la diminution de la douleur mais comme énoncé précédemment, la douleur est subjective et il aurait fallu, pour que les résultats soient concluants, utiliser par exemple l'EVA de manière homogène, avec le même discours de la part des soignants et compléter l'étude avec un questionnaire qualitatif sur le vécu des femmes qui ont utilisé l'aromathérapie.

9.3 Hypothèse n°2 : l'aromathérapie diminue le recours aux méthodes pharmacologiques.

Il nous est paru évident de nous intéresser au recours aux méthodes pharmacologiques durant le travail puisqu'elles montrent indirectement l'efficacité ou l'inefficacité de l'aromathérapie.

Une seule étude faisant partie de notre revue de littérature traite de ce sujet. Selon Dhany & al. (2012), il y a une plus faible demande d'antalgie chez les femmes ayant utilisé l'aromathérapie au cours du travail (30% contre 34% dans le groupe de comparaison ; nullipares : 39% contre 48% ; multipares : 18% contre 16%). De plus, l'utilisation de la péridurale était nettement moins élevée dans le groupe aromathérapie que dans le groupe de contrôle ($p = 0,004$). Il en va de même pour le recours à l'anesthésie rachidienne (6% par rapport à 12% ; nullipares : 8% contre 15% ; multipares : 3% contre 8%) ($p < 0,001$).

De plus, dans une méta-analyse de Luo & al. (2013) incluant quatre études, seules deux mentionnent le recours aux moyens médicamenteux. En effet, Burns & al. (2007) et Calvert & al. (2000) démontrent qu'il n'y a pas de différence observée entre le groupe aromathérapie et le groupe de contrôle dans leur utilisation de l'analgésie péridurale (rapport des risques - $RR = 0,97$, IC à 95% = 0,14 à 6,57, deux essais, 535 sujets).

Si l'on se penche davantage sur les résultats obtenus, une diminution de l'utilisation de moyens médicamenteux a certes été objectivée, toutefois, Dhany & al. (2012) soutiennent que la physiologie chimique de l'anxiété associée à l'augmentation de la douleur a peut-être, par la suite, augmenté le besoin d'analgésie médicamenteuse chez certaines femmes. Ce qui confirme que chaque individu réagit de manière différente face à la douleur.

Les résultats étant divergents, il nous paraît nécessaire de réaliser d'autres études afin de confirmer notre hypothèse.

9.4 Hypothèse n°3 : l'utilisation médicale de l'aromathérapie n'a pas d'effet négatif sur la santé de la femme et du bébé.

Il était indispensable de mettre en lumière les possibles effets négatifs de l'utilisation de l'aromathérapie sur la santé des femmes et de leur bébé. Dans la mesure où l'aromathérapie est composée de molécules actives qui passent dans le sang pour agir chimiquement, son utilisation peut ne pas être sans risques.

D'après Burns et al. (2007), les scores d'APGAR à 1, 5 et 10 minutes n'étaient pas différents pour les deux groupes ($P=0,38$). Toutefois, dans le groupe de l'aromathérapie, il a pu être observé une réduction significative de l'admission de nourrissons en néonatalogie ($P=0.017$). Il en va de même pour Kaviani & al. (2014) qui n'ont trouvé aucun résultat significatif concernant l'APGAR à 1 minute ($P=0,927$) et 5 minutes de vie ($P=0,749$).

Janula & Mahipal (2015) ont également mis en évidence les issues néonatales liées à l'utilisation de l'aromathérapie, soit les effets indésirables que peut avoir l'aromathérapie sur les nouveau-nés dont un APGAR inférieur à 7 à 5 minutes de vie. Les résultats ne sont pas significatifs. Des études supplémentaires seraient nécessaires pour avoir des résultats plus fiables.

De ces résultats peu concluants, on ne peut pas faire un lien direct entre le score d'APGAR et l'utilisation de l'aromathérapie, mais celle-ci ne semble pas avoir d'impact sur l'adaptation néonatale.

Concernant les issues obstétricales maternelles, il est intéressant de se pencher sur la question de savoir si l'utilisation de l'aromathérapie peut engendrer des effets néfastes lors du travail.

Burns & al. (2007) ont traité différentes thématiques en lien avec de possibles complications lors du travail. Les résultats ne montrent en effet aucune incidence sur le mode d'accouchement dans les deux groupes ($P=1.00$). Les auteurs ont néanmoins remarqué une légère réduction, non significative, de rupture artificielle des membranes pour le groupe d'aromathérapie (43%) par rapport aux témoins (50%), $RR = 0,87$, IC à 95% 0,73 à 1,03 ($P = 0,11$). Toutefois, nous ne pouvons pas affirmer qu'il y ait moins de rupture artificielle des membranes dans le groupe aromathérapie puisque, comme les auteurs le mentionnent dans leur étude, les sages-femmes se sont conformées aux protocoles de l'institution et ont privilégié une attitude d'active management lors du travail.

De même que pour Namazi & al. (2014), il n'y a pas de différence significative liée au mode d'accouchement ($P=0,561$) entre les deux groupes.

On peut donc en conclure qu'il ne semble pas y avoir de différences concernant les issues obstétricales lors de l'utilisation de l'aromathérapie et qu'elle ne joue probablement aucun rôle dans la durée du travail.

C'est effectivement ce que Burns & al. (2007) et Kaviani & al. (2014) ont démontré dans leurs études respectives. Il ne semble pas y avoir d'augmentation ni de diminution de la durée du travail avec l'aromathérapie. Toutefois, Janula & Mahipal (2015) ont montré qu'il y avait une réduction du temps de travail lors de la première phase avec l'utilisation de l'aromathérapie ($P < 0.0001$).

Les résultats ne nous permettent pas d'affirmer ou d'infirmer si l'aromathérapie a un réel impact dans la durée du travail, il faudrait davantage d'études pour pouvoir se prononcer sur ce sujet.

9.5 Hypothèse n° 4 : L'aromathérapie diminue l'anxiété des femmes face à la douleur du travail et de l'accouchement.

Notre dernière hypothèse est que l'aromathérapie a un impact sur l'anxiété des femmes face à la douleur. En effet, selon Hanjani & al. (2013) la douleur est étroitement liée au niveau d'anxiété et ce sentiment provoquant un stress peut influencer la perception de la douleur, la relation mère-bébé ainsi que le vécu de l'accouchement.

Seule une étude a répondu à notre hypothèse (Fakari & al. (2015)). L'objectif de celle-ci était de savoir si l'aromathérapie pouvait avoir une influence sur l'anxiété des femmes. Les scores d'anxiété avant et après l'intervention étaient 53.45 (6.1) et 52.31 (6.2) respectivement, ce qui a également montré une diminution significative ($P = 0,003$).

De même, dans leur étude, Burns & al. (2007) affirment que 30% des femmes utilisent l'aromathérapie pour diminuer leur taux d'anxiété.

Lamadah & Nomani (2016) démontrent quant à eux que le score moyen d'anxiété avant l'intervention était de 55,47 et 50,40 respectivement dans le groupe aromathérapie et de contrôle. Toutefois, il a diminué au cours de la phase active du travail passant à 38.40, 36.63 lors de l'utilisation de l'aromathérapie par rapport à 45.13, 44.07 dans le groupe contrôle. La différence était statistiquement significative ($P < 0.05$).

Concernant la satisfaction des femmes liée à leur accouchement, une différence significative a été observée dans l'étude de Kaviani & al. (2014) ($p < 0.001$), avec 41% des femmes du groupe aromathérapie contre 19 % dans le groupe contrôle.

Comme évoqué précédemment, l'anxiété influence la douleur et certaines études montrent que l'aromathérapie peut diminuer ce niveau d'anxiété, mais il est nécessaire d'effectuer davantage d'études pour pouvoir l'affirmer.

10. Retour dans la pratique

Les résultats divergents des études sélectionnées ne nous permettent pas de tirer des conclusions pour en faire des recommandations définitives et applicables à la pratique sage-femme. Tous les auteurs s'accordent à dire que des études supplémentaires seraient nécessaires, néanmoins plusieurs d'entre elles montrent une tendance à la réduction de la douleur du travail et de l'anxiété alors qu'aucune étude n'a démontré d'effets néfastes sur les issues obstétricales ni néonatales.

Ces résultats nous amènent donc à penser qu'il n'y a pas de contre-indication à l'utilisation de l'aromathérapie en salle d'accouchement (sauf allergie connue), et que son effet potentiellement bénéfique est à prendre en considération dans l'accompagnement des parturientes, avec ou sans péridurale. Comme nous l'avons vu précédemment, si la péridurale diminue fortement la douleur, elle n'a en revanche aucun impact sur l'anxiété et les peurs des futures mères. L'aromathérapie pourrait apporter une approche complémentaire et soulager les futures mères.

Le rôle de la sage-femme et de l'accompagnant ont également un impact important sur la gestion de la douleur et le vécu d'accouchement, comme nous l'avons vu dans l'étude de Burns et al. (2007). La préparation à la naissance, le soutien émotionnel et le soutien physique, avec des massages par exemple, sont autant de facteurs influençant la gestion et le vécu de la douleur du travail. De plus, on peut facilement imaginer que les femmes qui choisissent de vivre un accouchement naturel s'intéressent aussi à d'autres méthodes alternatives pour gérer le stress, l'anxiété et la douleur, telles que la méditation, le yoga, l'homéopathie, la sophrologie, l'acupuncture, etc., à des fins synergiques, ce qui n'est pas pris en compte ni même exploré dans ces études, et qui a probablement un impact important sur les résultats. La préparation à la naissance (PAN) est un facteur important de l'état émotionnel, physique et psychique des femmes au moment de l'accouchement. Quand la préparation a-t-elle été commencée et de quel type s'agit-il (par exemple standard versus MBCP et aromathérapie pendant la grossesse ou non, ou pas de PAN du tout) sont également des éléments qui déterminent la confiance ou l'appréhension qu'auront les femmes face à la douleur et qui influenceront leur vécu de cette expérience. Il nous semble donc difficile de déterminer précisément l'efficacité chimique des huiles essentielles seules, surtout uniquement au moment de l'accouchement, et il semble difficile également de dissocier

l'utilisation de l'aromathérapie de l'accompagnement et du soutien de la sage-femme. Donc l'évaluation et la quantification des effets chimiques sur la douleur ne nous semblent pas être d'une importance capitale, la question ici est qualitative plutôt que quantitative. Il ne s'agit nullement de proposer de remplacer les moyens médicamenteux tels que l'analgésie péridurale par une diffusion d'HE, mais plutôt de les soutenir avec d'autres moyens plus doux et naturels, de revenir à un accompagnement plus global et centré sur la personne, ses besoins et ressources. Une telle démarche holistique implique obligatoirement une grande disponibilité, une présence et un soutien continu de la part de la sage-femme.

Ce dernier point soulève de nombreuses questions. Quelles sont les représentations des soignants par rapport aux médecines parallèles ?, Dans quelle mesure les soignants désirent-ils se former à l'aromathérapie (et/ou aux autres MAC) et changer leur façon de prendre en soin les parturientes ? Dans quelle mesure est-il acceptable de remettre en question les pratiques actuelles, longtemps maintenues sous le joug du paradigme technocratique pour passer enfin à un paradigme humaniste mais encore assez loin d'une vision holistique des soins ? Que dire aux femmes au sujet des MAC et de l'aromathérapie pour qu'elles puissent faire un choix éclairé ? Faut-il commencer la PAN tôt dans la grossesse ou l'efficacité des HE est-elle la même si elles sont utilisées uniquement au moment de l'accouchement ? Et quel serait l'impact économique d'un tel changement de pratique ?

Tout d'abord, la large majorité de femmes qui accouchent sous péridurale permet de faire des économies sur le personnel car la présence d'une sage-femme en continu est moins nécessaire, « one-to-one ». Ensuite, les grandes industries pharmaceutiques ont un immense pouvoir pour faire obstacle aux études en lien aux MAC car, si les résultats s'avéraient significatifs quant à l'efficacité de ces méthodes et que leur réputation se propageait largement dans la population, elles feraient probablement moins de bénéfices sur la santé.

Un des obstacles à l'utilisation de l'aromathérapie fréquemment cité est le coût des HE. En effet, en Suisse, le coût moyen des HE citées précédemment (utilisables pendant la grossesse) est de CHF 2.60 le ml (chez Oshadhi), avec de grandes variations de prix, allant de CHF 1.-/ml pour l'eucalyptus citronné par exemple, à CHF 50.-/ml pour la rose de Damas (la plus chère). Les prix peuvent être très variables et dépendent surtout de

la qualité du produit, du fabricant, de la rareté de la plante, des conditions de récolte et de la quantité de produit brut nécessaire à la fabrication d'un litre d'HE (7 kg de clous de girofle, 150 kg de lavande, ou 4000 kg de pétales de roses de Damas). Ces prix paraissent importants pour un millilitre, mais il est essentiel de rappeler que les quantités utilisées sont infimes, que le HE se conservent plusieurs années et qu'hormis éventuellement un diffuseur, aucun matériel supplémentaire ni aucune surveillance médicale particulière ne sont requis. De plus, les HE citées par les auteurs pour harmoniser le travail de l'accouchement sont dans une gamme de prix très raisonnable. En outre, le prix de l'importance de la production, ce qui implique une forte baisse de prix en cas d'utilisation à grande échelle.

On en vient donc obligatoirement à poser la question du remboursement par les assurances. Si l'on considère l'argument précédent au sujet du prix, rien ne justifie que ces soins ne soient pas remboursés. Le seul obstacle est encore et toujours le manque de preuves de son efficacité, donc le manque d'études. Au 1^{er} janvier 2012, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a décidé le remboursement par l'assurance de base, sous certaines conditions, de cinq médecines complémentaires, soit la médecine anthroposophique, l'homéopathie, la thérapie neurale, la phytothérapie et la médecine traditionnelle chinoise, et ce pour une durée de six ans, dans le but d'évaluer l'efficacité de ces médecines controversées (OFSP, 2011). Pour ce qui est du remboursement des autres médecines douces, toutes les modalités sont au bon vouloir de chaque assurance complémentaire.

Une liste de 66 HE sont remboursées par l'assurance de base si elles sont prescrites par un médecin (Liste des médicaments avec tarifs – LMT, OFSP, 2010) (cf. annexe 1).

Selon le service du Pharmacien cantonal de Genève (communication personnelle [entretien téléphonique], 9 août 2016), toute préparation magistrale contenant une de ces HE est remboursée en intégralité si elle est prescrite par un médecin. Les HE étant en vente libre, les sages-femmes sont en droit de les prescrire, toutefois elles ne seront pas remboursées par les assurances. Légalement, la responsabilité de la qualité et de la sécurité de la préparation, elle, revient au pharmacien qui reçoit l'ordonnance, prépare, délivre et contrôle le produit. En cas d'erreur de posologie, le pharmacien en avertit le prescripteur pour confirmation et peut refuser de préparer ou délivrer le produit.

10.1 Utilisation actuelle

De nos jours, plusieurs maternités et maisons de naissance de Suisse utilisent l'aromathérapie dans leur pratique quotidienne, que ce soit en salle d'accouchement, notamment pour soulager la douleur, diminuer l'anxiété ou renforcer les contractions pendant le travail, ou au post-partum pour favoriser par exemple la cicatrisation des épisiotomies ou l'allaitement, ou encore comme soutien émotionnel.

Ces lieux disposent généralement de mélanges préparés soit par la pharmacie de l'hôpital, soit plutôt par des sages-femmes formées et/ou qui disposent d'un certain nombre d'HE et d'un guide d'utilisation, mis à disposition de tous élaboré par des personnes compétentes. L'ouverture d'esprit dont font preuve ces structures de soin est un grand pas en avant, et c'est une chance de pouvoir travailler dans ce type d'institutions en tant que sage-femme. Il faut cependant garder à l'esprit que la grande marge de manœuvre dont dispose le personnel peut aussi devenir un danger. En effet, dans notre pratique, nous avons pu observer des sages-femmes non-formées utiliser les HE pour un massage, un bain ou une diffusion, sans réellement se rapporter au « protocole », et donc parfois largement dépasser les doses recommandées, sans avoir conscience du risque que cela peut représenter. Il semble donc primordial, pour que l'aromathérapie continue à pouvoir être utilisée en maternité, d'établir des protocoles précis et de fournir une information claire à l'ensemble du personnel afin de garantir une utilisation sécuritaire et optimale.

Comme cité au début de ce document, on peut constater en Europe et en Suisse, un engouement grandissant de la population pour les médecines parallèles et les techniques de méditation et de relaxation. Il pourrait s'agir d'un effet de mode, mais il semblerait qu'il s'agisse plutôt là d'une manifestation du mouvement de réveil des consciences qui commence à se propager autour de la Terre ; d'un retour à des valeurs moins matérielles et plus humaines alors que parallèlement, la technologie nous permet de découvrir les capacités illimitées de notre cerveau, nous fait comprendre enfin, petit à petit, que si nous venons de la terre c'est qu'elle peut, dans son état originel du moins, offrir à chacun ce qu'il lui faut pour vivre et prospérer. Cela se manifeste sous une multitude de formes, dont les précieuses huiles essentielles. Les sages-femmes, gardiennes de la venue au monde des nouveaux êtres humains, celles qui sont confrontées aux origines de la vie, sont forcément touchées par ce mouvement.

Certes, les parturientes sous péridurale peuvent présenter certains avantages pour la sage-femme, plus « libre de ses mouvements » et plus « confortable » également. De plus, dans la plupart des centres de Suisse romande, la péridurale est proposée systématiquement. Mais c'est tout de même une intervention invasive dans un processus physiologique à la fois délicat et précis, puissant et violent ; qui fait appel uniquement au cerveau reptilien de la femme, à son instinct vital. Les femmes enceintes sont en droit de le savoir et de se voir proposer des moyens naturels pour soutenir et accompagner un processus naturel.

Il nous semble donc nécessaire que des études supplémentaires soient réalisées, afin que les soignants, ici les sages-femmes, reçoivent des informations plus détaillées et complètes au sujet des alternatives possibles afin de leur donner envie de se former à ces techniques et de favoriser ainsi de manière plus globale le bien-être des jeunes mères et des générations de demain.

En conclusion, même si l'efficacité de l'aromathérapie n'a pas encore pu être suffisamment prouvée par les études sur la diminution de la douleur de l'accouchement, elle semble tout de même avoir sa place dans la pratique sage-femme dans la mesure où elle apporte d'autres bénéfices, tels que la détente, le bien-être, la confiance, le courage et influence directement ou indirectement la perception douloureuse des femmes qui sont intéressées par cette approche. L'idéal, pour que les femmes enceintes puissent faire un choix éclairé dès le départ et bénéficier d'une préparation adaptée à leurs besoins et à leurs valeurs, serait donc de pouvoir proposer des cours de PAN standards ou spécifiques qui comprendrait un éventail de médecines alternatives que les femmes pourraient choisir en fonction de leurs aspirations et besoins personnels en vue d'un accouchement naturel. Les méthodes que nous pourrions proposer dans ce type de PAN sont vastes (il existe plus de 300 MAC) ; il semble donc qu'un choix préalable de certaines médecines s'impose tout de même. L'acupuncture, l'haptonomie, la sophrologie, l'hypnose, le yoga, l'homéopathie, l'aromathérapie, la phytothérapie, la méditation et la MBCP (Mindfulness Based Childbirth and Parenting), sont autant de pratiques connues et en plein développement, y compris en Suisse, qui pourraient avoir différents effets bénéfiques si elles étaient intégrées à la préparation à la naissance et à la parentalité.

Une étude qu'il serait intéressante de mener pour évaluer le potentiel complet de ce type de préparation sur les issues obstétricales et la gestion de la douleur, serait d'avoir un groupe PAN avec aromathérapie et méditation/MBCP et un groupe témoin sans aucune PAN ni information. Ce type d'étude pourrait malgré tout poser un problème éthique, le choix des femmes devrait donc être clair dès le début, et les critères de sélection étudiés de près par un comité d'éthique.

Afin de garantir une utilisation bénéfique et sans risque des huiles essentielles en salle d'accouchement, il convient que soient établis des protocoles précis et que le personnel soignant soit encouragé à se former à l'aromathérapie. Une information complète, claire et précise devra également être fournie aux femmes enceintes qui souhaitent vivre une grossesse et un accouchement le plus naturel possible. Nous pourrions également proposer des cours de PAN incluant des aspects de méditation / pleine conscience dans le but de favoriser la physiologie de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que l'autonomie, la confiance et le sentiment de contrôle des mères face à cet événement bouleversant qu'est la naissance d'un enfant dans le but notamment de prévenir les divers troubles pouvant potentiellement apparaître tels que la dépression post-natale et les troubles de l'attachement.

11. Conclusion

« La pratique des sages-femmes est basée sur le respect de la grossesse et de l'accouchement comme processus physiologiques normaux, porteurs d'une signification profonde dans la vie des femmes. La responsabilité des professionnelles de la santé est d'apporter aux femmes le respect et le soutien dont elles ont besoin pour accoucher avec leur pouvoir, en sécurité et dans la dignité. » (Philosophie et normes de pratique, cité par l'ordre des sages-femmes du Québec, 2016).

Partant de cette conviction, nous nous sommes intéressées à l'aromathérapie. Nous avons pu constater qu'au fil du temps, un intérêt grandissant pour les médecines alternatives et complémentaires se développait. Ceci peut être expliqué par le désir des femmes de diminuer le recours aux moyens médicamenteux et retrouver ainsi un aspect plus naturel tant lors de la grossesse que de l'accouchement.

L'aromathérapie se pratique dans certaines maternités mais ne constitue pas encore un moyen très répandu. De ce fait, à travers notre revue de littérature, nous avons souhaité l'envisager comme une alternative à proposer aux femmes pour pallier la douleur du travail et de l'accouchement. Il nous est apparu comme une évidence de l'aborder dans ce contexte car, l'essence même du métier de sage-femme est d'accompagner, au mieux, la femme dans la gestion de la douleur.

Bien que les résultats semblent affirmer que l'utilisation de l'aromathérapie diminuerait la perception de la douleur et de l'anxiété, il n'est pas encore possible de l'affirmer avec certitude en raison du manque d'étude à ce sujet. C'est aspect a constitué une difficulté pour l'avancée de notre travail et lors de la sélection de nos articles.

Nous avons pu observer l'influence de l'utilisation de l'aromathérapie sur le vécu de l'accouchement. Il en résulte que l'aromathérapie semble augmenter la satisfaction des parturientes quant au déroulement de leur accouchement et être sans effets délétères tant sur la mère que sur le nouveau-né.

Au terme de notre travail, une question reste tout de même en suspens. Les pratiques médicales d'aujourd'hui se basent sur l'EBM (Evidence Based Medicine), malgré cela, si l'aromathérapie est plébiscitée par les femmes, ne serait-il pas intéressant de pouvoir la proposer ?

12. Bibliographies et Références

- Abbasi, S., Hamid, M., Ahmed, Z., & Nawaz, F.-H. (2014). Prevalence of low back pain experienced after delivery with and without epidural analgesia: A non-randomised prospective direct and telephonic survey. *Indian Journal of Anaesthesia*, 58(2), 143-148. doi: 10.4103/0019-5049.130814
- Albers, L. L., Anderson, D., Cragin, L., Daniels, S. M., Hunter, C., Sedler, K. D., & Teaf D. (1997). The relationship of ambulation in labor to operative delivery. *Journal of Nurse Midwifery*, 42(1), 4-8. doi : 10.1016/S0091-2182(96)00100-0
- Baudoux, D. (2010). *Les cahiers pratiques d'aromathérapie selon l'école française: volume 5: grossesse*. Luxembourg : Inspir S.A.
- Baudoux, D. (2001). *L'aromathérapie: se soigner par les huiles essentielles* (2^e éd.). Anglet : Atlantica.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2009). *Principles of Biomedical Ethics* (6^e éd.). New York: Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, USA.
- Beauté, B., Türler, W. & Guignet, C. (2012), *Médecines douces : un succès controversé*. Accès : http://www.hebdo.ch/un_succes_controverse_161904_.html
- Bernard, M. R., & Eymard, C. (2012). Évolution et enjeux actuels de la préparation à la naissance et à la parentalité. *Santé Publique*, 24(4), 283-289. Accès : www.cairn.info/revue-sante-publique-2012-4-page-283.htm
- Bettoli L. (2003). Focus, Dr Fernand Lamaze, qu'est-ce que l'accouchement sans douleur ? *Schweizer Hebamme, sage-femme suisse n°31*. Accès http://www.hebamme.ch/x_data/heft_pdf/2003-10-30.pdf

- Bhatt, H., Pandya, S., Kolar, G. & Nirmalan, P. K. (2014). The Impact of Labour Epidural Analgesia on the Childbirth Expectation and Experience at a Tertiary Care Center in Southern India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(3), 73-76. doi: 10.7860/JCDR/2014/8039.4111
- Bodiou, L., Brulé, P. & Pierini, L. (2005). En Grèce antique, la douloureuse obligation de la maternité. *Clio. Histoire, femmes et sociétés*. doi : 10.4000/clio.1441
- Burloux, G. (2004). *Le corps et sa douleur*. Paris : Dunod.
- Burns, E., Zobbi, V., Panzeri, D., Oskrochi, R. and Regalia, A. (2007). Aromatherapy in childbirth: a pilot randomised controlled trial. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114(7), 838–844. Doi : 10.1111/j.1471-0528.2007.01381.x
- Burns, E., Blamey, C., Ersser, S., Barnetson L., & Lloyd, A. (2000). An Investigation into the Use of Aromatherapy in Intrapartum Midwifery Practice. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 6(2), 141-147. doi: 10.1089/acm.2000.6.141
- Chantry, A., Boillot, E. & Dupont, C. (2012). Efficacité et sécurité des méthodes alternatives à l'analgésie péridurale pendant le travail. *Revue de médecine périnatale*, 4, 206-213. doi : 10.1007/s12611-012-0201-9
- Centre Cochrane Français. (2011). Critères PICO. Accès <http://tutoriel.fr.cochrane.org/fr/crit%C3%A8res-pico-0>
- Deletraz-Delporte, M. (2012). Chapitre 6 : L'éthique, le droit, la déontologie et les professionnels de santé. [pdf]. Accès http://unf3s.cerimes.fr/media/paces/Grenoble_1112/deletraz_delporte_martine/deletraz_delporte_martine_p06/deletraz_delporte_martine_p06.pdf
- Dhany, A., Mitchell, T. & Foy, C. (2012). Aromatherapy and massage intrapartum service impact upon use of analgesia in women in labour; A retrospective case note

- analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18 (10), 932-938.
Accès <http://eprints.uwe.ac.uk/23527/1/Aromatherapy%20and%20massage.pdf>
- Dupont, P. (2014). *Propriétés physiques et psychiques des huiles essentielles*. (S.l.) : Diffusion rosicrucienne.
- Ecole Romande d'Aromathérapie. (S.d., page consultée le 11.07.16). Accès : <http://www.ecole-era.ch/>
- Falco, A. (2002). *La Bible*. France : Maxi-Poche Sagesse.
- Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D., Buist, A., Turkstra, E., Sneddon, A., ... Toohill, J. (2013). Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention. *BioMedCentral Pregnancy and Childbirth*, 13(1). doi : 10.1186/1471-2393-13-190
- Festy, D. (2011). *Se soigner avec les huiles essentielles pendant la grossesse*. Paris : Leduc.
- Fisher, C., Hauck, Y., & Fenwick, J. (2006). How social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example. *Social Science & Medicine*, 63(1), 64-75. doi : 10.1016/j.socscimed.2005.11.065
- Fondras, J.-C. (2007). Qu'est-ce que la douleur ? : Enjeux philosophiques d'une définition. *Psycho-oncologie*, 1(2), 76-80.
Accès : <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11839-007-0019-z>
- Fort, M.-J. (2003). Rapports de pouvoir médecin et sage-femme : une dépendance réciproque. *Sage-femme suisse*, volume 22-25. Accès http://www.hebamme.ch/x_data/heft_pdf/2003-12-22.pdf
- Gaffney, L. & Smith, C. A. (2004). Use of complementary therapies in pregnancy: The perceptions of obstetricians and midwives in South Australia. *Australian and New*

Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 44(1), 24-29. doi: 10.1111/j.1479-828X.2004.00161.x

Gayiti, M.-R.-Y., Li, X.-Y, Zulifeiya, A. K., Huan, Y. & Zhao, T.-N. (2015). Comparison of the effects of water and traditional delivery on birthing women and newborns. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 19(9), 1554-1558. Accès: <http://www.europeanreview.org/article/8873>

Gizzo, S., Di Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A. & Battista Nardelli, G. (2014). Women's choice of positions during labour: return to the past or a modern way to give birth? A Cohort Study in Italy. *BioMed Research International*, 2014. doi:10.1155/2014/638093

Halfon, Y. (2008). L'approche hypnotique comme aide analgésique pour l'accouchement. *Douleur et Analgésie*, 21(1), 31-33. doi : 10.1007/s11724-008-0080-9

Hall, H. R. & Jolly, K. (2014). Women's use of complementary and alternative medicine during pregnancy: a cross-sectional study. *Midwifery*, 30(5), 499-505. doi : 10.1016/j.midw.2013.06.001

Hall, H. G., Griffiths, D. L. & McKenna, L. G. (2011). The use of complementary and alternative medicine by pregnant women: a literature review. *Midwifery*, 27(6), 817-24. doi: 10.1016/j.midw.2010.08.007

Hôpitaux Universitaires de Genève. (2015). *La péridurale*. Accès : <http://www.hug-ge.ch/anesthesiologie/peridurale>

Hôpital intercantonal de la Broye. (2013). *Gynéco-obstétrique*. Accès http://www.hopital-broye.ch/jcms/hib_5197/gyneco-obstetrique

Hung, T. H., & Liu, H. P. (2015). Differential effects of epidural analgesia on modes of delivery and perinatal outcomes between nulliparous and multiparous women: a retrospective cohort study. *PloS one*, 10(3). doi : 10.1371/journal.pone.0120907

- International Confederation of Midwives (2009). *Code de déontologie internationale pour les sages-femmes*. Réunion du conseil de Glasgow, 2008. Accès http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20FRE%20Code%20de%20d%C3%A9ontologie%20international%20pour%20les%20sages-femmes.pdf
- Jaunin-Stalder, N. & Mazzocato, C. (2012). Hommes et femmes : sommes-nous tous égaux face à la douleur ? *Revue Médicale Suisse*, 348, 1470-1473. Accès <http://www.revmed.ch/rms/2012/RMS-348/Hommes-et-femmes-sommes-nous-tous-egaux-face-a-la-douleur>
- Jones, C., Jomeen, J., & Ogbuehi, O. (2013). A preliminary survey of the use of complementary and alternative medicines in childbearing women. *The Royal College of Midwives*, 11(4), 128-131. Accès <https://www.rcm.org.uk/learning-and-career/learning-and-research/ebm-articles/a-preliminary-survey-of-the-use-of>
- Karlström, A., Nystedt, A. & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 15, 251. DOI: 10.1186/s12884-015-0683-0
- Kaviani, M., Azima, S., Alavi, N. and Tabaei M. H. (2014). The effect of lavender aromatherapy on pain perception and intrapartum outcome in primiparous women. *British Journal of Midwifery*, 22(2). Accès <https://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.21.0a/ovidweb.cgi?&S=KLONFPLMBMDDDBFLDNCIKJHDCHADFAA00&Complete+Reference=S.sh.41%7c1%7c1>
- Klein, M.C., Sakala, C., Simkin, P., Davis-Floyd, R., Rooks, J.P., Pincus, J. (2006). Why do women go along with this stuff?. *Birth*, 33(3), 245–250. doi: 10.1111/j.1523-536X.2006.00110.x
- Klomp, T., van Poppel, M., Jones, L., Lazet, J., Di Nisio, M. & Lagro-Janssen, A.L. (2012). Inhaled analgesia for pain management in labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. doi: 10.1002/14651858.CD009351.pub2

Labor, S. & Maguire, S. (2008). The pain of labour. *British Journal of Pain* 2(2), 15-19.
doi: 10.1177/204946370800200205

Lazorthes, Y. (2014). *Evolution de la prise en charge de la douleur dans l'histoire de la médecine*. [pdf]. Accès
http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/arielle/chapitre_01.pdf

Leap, N. (1997). A midwifery perspective on pain in labour. MSc Thesis 1997

Leboyer, F. (1982). *Le Sacre de la naissance*. Paris : Phébus

Low Dog, T. (2009). The use of botanicals during pregnancy and lactation. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 15(1), 54–58
Accès https://drlowdog.com/Assets/pdf_files/Pregnancy_lowdog.pdf

Mackey, M. M. (2001). Use of water in labor and birth. *Clinical obstetrics and gynecology*, 44(4), 733-749, doi : 10.1542/peds.2013-3794

Madden, K., Middleton, P., Cyna, A. M., Matthewson, M., & Jones, L. (2012). Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11. doi : 10.1002/14651858.CD009356.pub2

Manoury, P. (2011). *Du bon usage des huiles essentielles: 100 remèdes pour toute la famille*. Paris : Grancher.

Marpeau, L. (Dir.). (2010). *Traité d'obstétrique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Mes Complémentaires. (2016). *Médecines naturelles : thérapies naturelles et médecines douces*. Accès : <http://www.mes-complementaires.ch/complementaires-assurance-maladie/medecines-naturelles-alternatives/#toutes>

- Moghim-Hanjani, S., Mehdizadeh-Tourzani, Z., & Shoghi, M. (2015). The Effect of Foot Reflexology on Anxiety, Pain, and Outcomes of the Labor in Primigravida Women. *Acta Medica Iranica*, 53(8), 507-511.
Accès <http://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/view/4277>
- Morel, M.-F. (2002). Histoire de la douleur dans l'accouchement. *Réalités en gynécologie obstétrique*, 71, 42-46. Accès : <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article44>
- Muñoz-Sellés, E., Vallès-Segalés, A., & Goberna-Tricas, J. (2013). Use of alternative and complementary therapies in labor and delivery care: a cross-sectional study of midwives' training in Catalan hospitals accredited as centers for normal birth. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 13, 318. <http://doi.org/10.1186/1472-6882-13-318>
- Namazi, M., Ali Akbari, S. A., Mojab, F., Talebi, A., Majd, H.A. and Jannesari, S. (2014). Effects of Citrus *Aurantium* (Bitter Orange) on the Severity of First-Stage Labor Pain. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research*, 13(3), 1011-1018. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4177623/pdf/ijpr-13-1011.pdf>
- Nicoli, M. (2007, 11 septembre). Le XVIIIe siècle, un tournant dans l'histoire de l'accouchement. *Le courrier*.
Accès http://www.lecourrier.ch/le_xviiieme_siecle_un_tournant_dans_l_histoire_de_l_accouchement
- Nieminen, K., Stephansson, O. & Ryding, E. L. (2009). Women's fear of childbirth and preferences for caesarean section - a cross sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88, 807–813. doi : 10.1080/00016340902998436
- Observatoire suisse de la santé. (2012). *Rapport de base sur la santé pour le canton de Genève : exploitations standardisées de l'enquête suisse sur la santé 2012 et d'autres bases de données*, dossier 33. Genève : Obsan.

Accès http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_dossier_33_ge.pdf

Office fédéral de la santé publique OFSP. (2011). *Cinq médecines complémentaires seront remboursées sous condition pendant une période provisoire de six ans*. Accès : <http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=fr&msgid=37173>

Office fédéral de la santé publique OFSP. (2010). *Liste des médicaments avec tarif (LMT)*. Accès : <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06492/06493/?lang=fr>

Ogboli-Nwasor, E. O. & Adaji, S. E. (2014). Between pain and pleasure: Pregnant women's knowledge and preferences for pain relief in labor, a pilot study from Zaria, Northern Nigeria. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 8(Suppl 1), S20–S24. Accès <http://doi.org/10.4103/1658-354X.144059>

Ogien R. (2007). *L'éthique aujourd'hui: Maximalistes et minimalistes*. Paris : Folio.

Ordre des sages-femmes du Québec (2016). *Philosophies et normes de pratiques*. Accès http://www.osfq.org/?page_id=840

Organisation mondiale de la santé. (2000). *Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle*. Genève : OMS.

Oshadhi. (2015). *Bulletin de commande*. Accès http://www.usha.ch/LPFR_Oshadhi%20AA_janvier_2015.pdf

Ongenæ, S. (2004). Le Corps et sa douleur. *Société psychanalytique de Paris, revue : n°04 décembre 2004*. Accès http://www.spp.asso.fr/wp/?publication_cdl=le-corps-et-sa-douleur

Pourmazaheri, A. (2013). La science médicale et les soins de santé dans l'Iran contemporain. La revue de Téhéran n° 94.

- Rashidi Fakari, F., Tabatabaeichehr, M., & Mortazavi, H. (2015). The effect of aromatherapy by essential oil of orange on anxiety during labor: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(6), 661–664. doi: 10.4103/1735-9066.170001
- Rashidi Fakari, F., Tabatabaeichehr, M., Kamali, H., Rashidi Fakari, F. & Naseri, M. (2015). Effect of Inhalation of Aroma of Geranium Essence on Anxiety and Physiological Parameters during First Stage of Labor in Nulliparous Women: a Randomized Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*, 4(2), 135-141. doi : 10.15171/jcs.2015.014
- Revault d'Allonnes, C. (1976). *Le Mal Joli, accouchement et douleur*. Paris: Union Générale d'éditions.
- Riquet, S. (2011). Accouchements dans l'eau, un choix donné aux patientes dans une maternité de niveau I : expérience de la maternité de Payerne. *La Revue Sage-Femme*, 11, 105-112.
- Saint-Pierre, F. (2005). L'homme face à la douleur, hier et aujourd'hui. *Bulletin de l'Académie nationale de chirurgie dentaire*, 48, 39-43. Accès: http://www.academiedentaire.fr/attachments/0000/0066/48_Saint_Pierre.pdf
- Salvat, M. (1980). *L'accouchement dans la littérature scientifique médiévale*, pp : 87-106. Aix-en-Provence : Presses universitaires de Provence.
- Seydoux, G. (2004). De la distinction consacrée entre douleur « physique » et douleur « morale ». *Le portique, revue de philosophie et de sciences humaines*, 2. Accès <https://leportique.revues.org/464>
- Simkin, P. & Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery Womens Health*, 49(6). Accès <http://www.medscape.com/viewarticle/494120>

- Simkin, P. & O'hara, M. (2002). Non pharmacological relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), 5131-59. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12011879>
- Simmons, S.-W., Taghizadeh, N., Dennis, A.-T., Hughes, D. & Cyna, A.-M. (2012). Combined spinal-epidural versus epidural analgesia in labour. *The Cochrane Database of systematic reviews*, 10. doi: 10.1002/14651858.CD003401.pub3
- Skouteris, H., Wertheim, E., Rallis, S., Paxton, S., Kelly, L., & Milgrom, J. (2008). Use of complementary and alternative medicines by a sample of Australian women during pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 48(4), 384–390. doi: 10.1111/j.1479-828X.2008.00865.x
- Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., & Jones, L. (2012). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. Doi : 10.1002/14651858.CD009290.pub2
- Thomas, C. (2014). Accoucher naturellement : un choix écolo ? *Emulations : femmes et écologie*, 14. Accès <http://www.revue-emulations.net/archives/n14-femmes-et-ecologie/accoucher-naturellement--un-choix-ecolo>
- Tiran, D. (2001). Complementary strategies in antenatal care. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery* 7(1), 19–24. doi:10.1054/ctnm.2000.0514
- Trélaün, M. (2012). *J'accouche bientôt : que faire de la douleur ?* (2^e éd.). Gap : Le Souffle d'Or.
- Vickers, A., & Zollman, C. (1999). ABC of complementary medicine: Massage therapies. *British Medical Journal*, 319(7219), 1254.
Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117024/>
- Vuille M. (2006). Journée scientifique «Quel sens revêt la douleur de l'accouchement?». Accès http://www.hebamme.ch/fr/heb/bild/dnld/joursci_vuille.pdf

- Walsh, D. (2000). Part five: why we should reject the 'bed birth' myth. *British Journal of Midwifery*, 8(9), 554-8
- West, Z. (2002). *Grossesse au naturel: vivre sa grossesse en douceur avec les médecines douces*. Londres : Hachette
- Warriner, S. (2007). Over-the-counter culture: complementary therapies for pregnancy. *British Journal of Midwifery* 15(12), 770–772. Doi: 10.12968/bjom.2007.15.12.27792
- Whichello Brown, D. (2008). *Le guide de l'aromathérapie*. Londres : Larousse.
- Wilgaux, J. & Prost, F. (2006). *Penser et représenter le corps dans l'Antiquité*. Rennes : Presses universitaires de Rennes
- Yadollahi, P., Khalaginia, Z., Vedadhir, A., Ariashekouh, A., Taghizadeh, Z. & Khormaei, F. (2014). The study of predicting role of personality traits in the perception of labor pain. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(7 Suppl 1), 97–102. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4402982/>
- Zar, M., Wijma, K., Wijma, B. (2001). Pre- and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Journal Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30 (2), 75-84.

Annexe I

Liste des huiles essentielles remboursées par l'assurance maladie de base tirée de la *Liste des médicaments avec tarifs – LMT, OFSP, 2010*

millilitres	0.01	0.1	1	10
Abies alba		0.30	2.70	21.50
Abies balsamea		0.30	2.10	16.70
Achillea millefolium	0.20	2.00	16.00	128.90
Aniba roseodora		0.30	2.10	16.90
Apium graveoloens		0.40	3.10	24.90
Artemisia dracunc.	0.10	0.50	3.60	29.30
Boswellia carterium	0.10	0.50	4.20	34.00
Bursera delpechiana		0.20	1.70	13.40
Cananga odorata	0.10	0.40	3.50	28.00
Carum carvi		0.30	2.20	17.50
Cedri atlantic ligni		0.20	1.60	12.80
Cinnamomi ceyl. herbae		0.20	1.60	12.70
Cinnamomi ceyl. cort.	0.10	0.80	6.30	50.80
Citri aurant var berga	0.10	0.50	4.20	34.00
Citri aurantii flavedinis		0.30	2.40	19.50
Citri aurantii fol.		0.30	2.50	20.50
Citri limoni		0.20	1.70	13.60

millilitres	0.01	0.1	1	10
Citri paradisi		0.20	1.80	14.10
Commiphorae myrrhae	0.10	0.70	5.40	43.90
Cumini cymini	0.10	0.40	3.30	27.00
Cympogon martinii var motis		0.30	2.00	16.30
Cympogon nardus		0.20	1.60	13.00
Cypressae sempervir.		0.30	2.60	20.60
Daucus carotta		0.40	3.20	25.80
Eucalypti citriodor		0.20	1.50	11.80
Eucalypti globuli		0.20	1.80	14.30
Eucalypti radiat.		0.20	1.70	13.90
Eugenia caryoph. fl.		0.20	1.70	13.40
Foeniculus vulg fruct		0.30	2.80	22.30
Foeniculus vulg herba		0.30	2.10	16.90
Helichrysi ital	0.20	1.20	9.90	79.70

millilitres	0.01	0.1	1	10
Hysopus officin		0.40	3.00	24.50
Juniperus com fruct	0.10	0.50	4.10	33.10
Larix decidus	0.10	0.60	4.50	36.10
Laurus nobilis	0.10	0.50	4.00	32.60
Lavandula angustifol		0.30	2.40	19.40
Lavandula spica		0.30	2.60	20.90
Lavandula stoechas		0.30	2.60	21.10
Lippia citriodora	0.30	2.70	21.80	175.40
Matricaria chamomilla	0.20	2.00	16.00	128.80
Melaleuca alternif		0.30	2.20	17.70
Melaleuca leucaden		0.20	1.60	13.10
Melaleuca quinquin		0.20	2.00	16.00
Menthae arvensis		0.20	1.40	11.20
Menthae piperit.		0.30	2.50	20.20
Myristica sem		0.20	1.90	15.50
Myrta communis		0.30	2.20	17.40
Myrta fragrans		0.30	2.20	17.40
Ocimi basilici		0.40	3.00	24.10
Origanum majorana	0.10	0.50	4.40	35.60
Pelarg X asperis	0.10	0.50	3.90	31.30
Pini pinasteris		0.20	1.60	13.20

millilitres	0.01	0.1	1	10
Pini pumilionis		0.20	2.00	16.20
Ravensare arom. fol.		0.30	2.70	22.10
Rosmarini camphor.		0.30	2.10	16.80
Rosmarini cineol.		0.20	1.80	14.10
Rosmarini verbenol.	0.10	0.50	4.00	32.40
Salvia officin.		0.30	2.60	20.90
Salvia sclareae	0.10	0.50	3.70	30.10
Saturejae mont.	0.10	0.50	4.10	33.20
Thuya occ. folium		0.30	2.70	21.80
Thymi mastichinae		0.30	2.70	21.50
Thymi v. linalolif.	0.10	0.80	6.20	49.70
Thymi v. thymol.	0.10	0.40	3.60	29.10
Valeriana off	0.20	1.90	15.70	126.20
Zingiber off rhiz		0.40	2.80	22.80