Apport des méthodes non pharmacologiques dans les douleurs obstétricales

Hélène Cinelli

▶ **To cite this version:**

Hélène Cinelli. Apport des méthodes non pharmacologiques dans les douleurs obstétricales. La Revue Sage-Femme, 2020, 19, pp.20 - 22. 10.1016/j.sagf.2020.06.007 . hal-03491166

HAL Id: hal-03491166
https://hal.science/hal-03491166

Submitted on 22 Aug 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Version of Record: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1637408820301152
Manuscript_8a9854eef094f70212632a100827f98f

Dochead **Dossier**

Sous-dochead **Accompagner la douleur du travail**

Douleurs durant le travail, l'apport des méthodes non pharmacologiques

Hélène Cinelli
Sage-femme, coordinatrice nationale de l'ENP 2021
Université de Paris, Inserm UMR 1153 CRESS, équipe EPOPé, Maternité Port-Royal, 6e étage,
53 avenue de l'Observatoire, 75014 Paris, France
Adresse e-mail : helene.cinelli@inserm.fr (H. Cinelli).

Résumé
Les approches non pharmacologiques prennent une place de plus en plus importante dans le soulagement des douleurs obstétricales. Des techniques variées sont reconnues à l'échelle mondiale. Utilisées seules ou en complément des moyens pharmacologiques, elles méritent d'être plus étudiées, afin que leurs mécanismes et leur plus-value scientifique soient mieux appréhendés.
© 2020

Mots clés – accouchement ; douleur ; méthode non pharmacologique ; travail obstétrical

Summary ***à traduire***

© 2020

Keywords ***à traduire et à lister par ordre alphabétique***

La prise en charge de la douleur durant le travail obstétrical est en pleine évolution. Des méthodes non pharmacologiques, nombreuses et diversifiées, se développent. Elles offrent un nouvel éclairage et viennent bouleverser la gestion de la douleur de l'accouchement.

T1 Deux paradigmes de la douleur

TEG1 **Actuellement, deux paradigmes de la douleur durant le travail** se confrontent. Selon le premier, qui vise le soulagement, dans les sociétés modernes, la douleur n'est pas nécessaire et les femmes ne doivent pas se sentir coupables de choisir cette voie. Le second, travailler avec la douleur, la définir comme une part de la physiologie du travail, qu'il faut réussir à prendre en charge en créant un environnement sécurisant car le corps est capable de l'assumer grâce à plusieurs mécanismes [1].

TEG1 **Avec la naissance de ce second paradigme,** les méthodes dites alternatives prennent une part de plus en plus importante dans la gestion de la douleur. Elles n'ont pas pour fonction d'aider à ne rien ressentir [2] ; cela n'est d'ailleurs pas nécessairement synonyme d'une meilleure satisfaction des femmes. La prise en charge se doit d'être individualisée et adaptée aux besoins, aux désirs et aux ressentis de chacune. Leur utilisation relève souvent d'un choix éclairé, les parturientes ont pleinement conscience qu'elles vont ressentir des douleurs qui font partie intégrante d'un travail physiologique, mais ne l'appréhendent pas comme un événement indésirable. Dans d'autres cas, ces méthodes sont utiles à un instant *t*, quand le travail est rapide, non choisi.

TEG1 **Quel que soit le contexte,** ces approches, nombreuses et complexes, gagnent du terrain. À l'échelle internationale, elles sont de plus en plus populaires. En revanche, leur définition ne fait pas consensus : une méthode peut être considérée comme alternative dans un pays et pas dans un autre [3]. En France, dans le cadre d'un travail suivi à la maternité, l'analgésie périmédullaire ou péridurale, la rachianalgésie et les techniques combinées sont considérées comme des moyens pharmacologiques alors que toutes les autres démarches sont envisagées comme des alternatives. Il

© 2020 published by Elsevier. This manuscript is made available under the CC BY NC user license
https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

est nécessaire de s'intéresser à ces options puisque près de 12 % des femmes qui accouchent dans notre pays sont peu ou pas du tout satisfaites de la prise en charge de leur douleur durant le travail [4].

TEG1 S'intéresser aux alternatives consiste aussi à tenter de comprendre si elles permettent de diminuer le recours aux méthodes pharmacologiques, d'augmenter la satisfaction maternelle, d'améliorer l'expérience émotionnelle – les parturientes vivent-elles mieux le travail et l'accouchement ? –, mais aussi s'assurer qu'elles n'ont pas d'effet délétère sur le travail (durée, complications, etc.), le mode d'expulsion et l'état néonatal. Ces connaissances permettront d'en développer l'usage.

T1 De nombreuses techniques d'accompagnement

TEG1 Pour accompagner les femmes durant le travail, des approches qui prennent en considération l'ensemble des caractéristiques de la douleur sont valorisées, bien que les études de qualité soient peu nombreuses pour prouver leurs effets sur la santé. La méthode Bonapace, par exemple, repose sur trois démarches principales permettant d'aider les parturientes à gérer leur douleur [5].

TEG1 La théorie du portillon est une stimulation agréable de la zone douloureuse qui permet de diminuer le message nociceptif. Elle intègre plusieurs techniques, et notamment :

• l'immersion dans l'eau, qui peut être proposée à toutes phases du travail, y compris lorsque les membranes sont rompues [6] ;

• l'application de compresses chaudes ou froides ;

• les massages légers, qui aideraient à se relaxer grâce à l'inhibition du signal douloureux ou en favorisant l'afflux sanguin, donc l'oxygénation des tissus ;

• la déambulation et le changement de position qui accentuent l'efficacité des contractions et l'oxygénation materno-fœtale ;

• l'utilisation du ballon.

Prises isolément, ces techniques diminueraient les sensations douloureuses et l'administration d'oxytocine, permettraient de réduire le recours à l'analgésie péridurale et augmenteraient la satisfaction maternelle. Toutefois, ces stimulations agréables de la zone douloureuse n'auraient pas d'effet sur les interventions obstétricales et l'état néonatal.

TEG1 Le contrôle inhibiteur diffus, second volet de cette démarche, consiste à détourner l'attention du cerveau de la zone douloureuse en stimulant intensément une autre zone du corps. L'acupuncture ou l'acupression répondent à cette définition.

L'acupuncture consiste à insérer de fines aiguilles au niveau de points énergétiques du corps humain afin de stimuler le système nerveux et de produire des endorphines dans un objectif thérapeutique. Les points à stimuler durant le travail pour soutenir la gestion de la douleur se situent essentiellement au niveau des oreilles, des mains et des pieds. En France, la pratique de l'acupuncture par les professionnels de santé est réglementée. Il est nécessaire d'avoir validé un diplôme interuniversitaire pour prétendre utiliser cette technique. L'acupuncture favoriserait la relaxation et diminuerait le recours aux médicaments pharmaceutiques ainsi que la durée du travail.

L'acupression est, quant à elle, une variante de l'acupuncture dans laquelle la pression digitale remplace les aiguilles. Elle requiert une grande disponibilité des professionnels formés, mais son utilisation semble réduire la durée de la phase active (entre 6 cm de dilatation cervicale et dilatation complète) et l'anxiété des femmes.

Globalement, les méthodes utilisées dans le cadre du contrôle inhibiteur diffus permettraient un moindre recours à l'analgésie périmédullaire ainsi qu'à l'ocytocine artificielle, et augmenteraient la satisfaction maternelle. En revanche, elles n'auraient pas d'impact sur les interventions obstétricales et sur l'état néonatal.

TEG1 Seuls les contrôles de la pensée et de la cognition, troisième volet de la méthode Bonapace, semblent avoir un effet sur les interventions obstétricales et sur l'état néonatal.

L'hypnose, par exemple, permet de concentrer son attention (*focus*) en augmentant la réponse aux suggestions verbales ou non verbales et en réduisant l'attention portée aux *stimuli* extérieurs. Il s'agit d'une technique de communication qui agit directement sur le subconscient. Elle inhibe l'interprétation émotionnelle des sensations ressenties lorsque la douleur se fait sentir. L'hypnose permettrait d'obtenir une plus grande satisfaction maternelle, de réduire le recours à l'analgésie périmédullaire, favoriserait les naissances par voie basse et engendrerait moins de dépression du post-partum.
Le yoga, combinaison d'exercices de souplesse et de force associés à la respiration, à la méditation et à la relaxation, améliorerait la maîtrise de l'anxiété, minorerait l'intensité de la douleur, le recours à l'analgésie péridurale et la durée du travail.
Globalement, les techniques de contrôle de la pensée et de la cognition, y compris la relaxation, la respiration et les exercices de visualisation, diminueraient le recours à l'ocytocine artificielle et à la péridurale, mais aussi le nombre d'interventions obstétricales, de césariennes et de réanimations néonatales.
TEG1 **La combinaison des trois volets de la méthode Bonapace** permet de cumuler ces effets pour réduire l'intensité de la douleur, améliorer les issues maternelles et néonatales ainsi que la satisfaction maternelle.
TEG1 **D'autres approches, peu utilisées en France,** sont étudiées dans la littérature, telles que :
• la réflexologie, définie par la correspondance de certaines zones des pieds avec des organes ;
• l'injection intradermique douloureuse d'eau stérile en niveau lombaire ;
• la neurostimulation transcutanée, qui consiste à transmettre un courant électrique de basse fréquence et de haute intensité *via* des électrodes placées au contact de la peau.
Ces techniques doivent faire leurs preuves puisque les données scientifiques ne sont à ce jour pas concluantes [7]. Toutefois, elles sont difficiles à étudier car elles sont souvent combinées et les résultats obtenus parfois contradictoires. Ce constat est particulièrement marqué pour les massages, l'écoute de musique ou l'aromathérapie. Cette dernière repose sur le pouvoir des plantes, or, aucun paramètre physiologique n'évolue à la suite de la stimulation par des huiles essentielles, par exemple ; le bénéfice reposerait sur le sentiment de bien-être que procureraient ces substances, par massage, inhalation, infusion, etc.

T1 **Des méthodes peu étudiées**
TEG1 **Des études plus approfondies doivent être menées,** même si l'utilisation de méthodes alternatives n'entraîne pas d'effet délétère sur les issues maternelles et néonatales. En effet, de nombreux facteurs influencent la douleur que peuvent ressentir les femmes durant le travail, à l'instar de l'anxiété ou de la peur. La réponse individuelle à la stimulation doit également être mieux comprise. Les issues sont peu claires dans nombre de travaux et les groupes qui utilisent les méthodes pharmacologiques et non pharmacologiques sont souvent très hétérogènes.
TEG1 **Le soutien continu par le professionnel qui accompagne la naissance** est l'approche non pharmacologique dont les effets, reconnus, sont les plus importants. Il constitue l'une des clés pour accroître la satisfaction maternelle et réduire le recours aux moyens pharmacologiques. Cet accompagnement constant, en créant un environnement sécurisant, entraîne une augmentation de la sécrétion d'endorphines chez la femme et permet de lui donner confiance dans sa capacité à donner naissance. À ce jour, l'organisation des maternités françaises ne permet pas la mise en œuvre d'une telle prise en charge puisque les professionnels présents en salle de naissance sont polyvalents (accompagnement de plusieurs parturientes, gestion des urgences gynécologiques et/ou obstétricales, suivi des interruptions médicales de grossesse, etc.). Pourtant, les études prouvent que c'est le *one-to-one* – une femme en travail par sage-femme – qui réduit significativement les complications materno-fœtales.

T1 **Conclusion**

Malgré des résultats contrastés, les bénéfices des approches non pharmacologiques sont décrits. L'éducation anténatale représente un levier pour améliorer leur efficacité. Pour les femmes qui le souhaitent, les cours de préparation à la naissance et à la parentalité offrent la possibilité de se familiariser avec le yoga, l'autohypnose, les massages, etc. Il est en effet nécessaire de bien se préparer pour apprendre à maîtriser les exercices et être à l'aise pour les réaliser le jour de l'accouchement. Mais ces techniques s'avèrent plus efficaces quand elles sont intégrées à une stratégie de lutte contre la douleur portée par l'hôpital, c'est-à-dire quand les personnels sont formés à leur transmission et disponibles pour les réaliser.
La mise en opposition des méthodes pharmacologiques et non pharmacologiques est aujourd'hui obsolète. Les approches alternatives peuvent être utilisées seules ou en complément des moyens pharmacologiques. De plus, quand les premières ne sont plus suffisamment efficaces et/ou satisfaisantes pour la femme en travail, les secondes peuvent prendre le relais et *vice versa*. L'objectif est d'individualiser les prises en charge pour répondre au mieux aux besoins des parturientes tout en réduisant le nombre de complications obstétricales et néonatales.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

[1] Jones L, Othman M, Dowswell T, et al. Pain management for women in labour: An overview of systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev 2012;(3):CD009234.

[2] Anim-Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev 2018;5:CD000331.

[3] Chaillet N, Belaid L, Crochetière C, et al. Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: A meta-analysis. Birth 2014;41(2):122-37.

[4] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Direction générale de la santé (DGS), et al. Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. Octobre 2017. www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf.

[5] Bonapace J, Gagné GP, Chaillet N, et al. N° 355-Fondements physiologiques de la douleur pendant le travail et l'accouchement : approche de soulagement basée sur les données probantes. J Obstet Gynaecol Can 2018;40(2):246-66.

[6] Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. Cochrane Database Syst Rev 2009;(2):CD000111.

[7] Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev 2006;(4):CD003521.

Plug1_Cinelli.jpg
© Ian Hooton/SPL/Phanie
Légende :
La théorie du portillon utilise des techniques, comme l'immersion dans l'eau, qui diminueraient les sensations douloureuses et l'administration d'oxytocine, permettraient de réduire le recours à l'analgésie péridurale et augmenteraient la satisfaction maternelle.