N° 355-Fondements physiologiques de la douleur pendant le travail et l'accouchement: approche de soulagement basée sur les données probantes

Cette directive clinique a été rédigée par les auteurs nommés plus bas, évaluée par le Comité de pratique clinique – obstétrique, le Comité de médecine fœto-maternelle, le Comité consultatif des médecins de famille et le Comité de surveillance et de gestion des directives cliniques de la SOGC, et approuvée par le Conseil d'administration de la SOGC.

Julie Bonapace, MEd, Gatineau (Qc)

Guy-Paul Gagné, MD, Montréal (Qc)

Nils Chaillet, PhD, Québec (Qc)

Raymonde Gagnon, PhD; s.-f. aut., Trois-Rivières (Qc)

Emmanuelle Hébert, s.-f. aut.; MSc, Montréal (Qc)

Sarah Buckley, MB ChB, diplômée en obstétrique de l'École de santé publique de l'Université de Queensland, Australie

Collaborateurs spéciaux : Vyta Senikas, MD, Ottawa (Ont.); Véronique Toussaint, IA, Québec (Qc); Tous les auteurs ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Key Words: Nonpharmacological pain management, labour, delivery

Résumé

Objectif : Évaluer les données relatives aux approches non pharmacologiques de soulagement de la douleur durant le travail et l'accouchement, et formuler des recommandations sur l'utilisation de ces approches.

Options : Il existe des méthodes non pharmacologiques pour soulager la douleur durant le travail et l'accouchement. Ces méthodes devraient être présentées aux femmes durant la consultation et intégrées aux soins.

Données : Des recherches ont été menées dans PubMed et Medline en vue d'extraire les articles publiés entre 1990 et décembre 2015, en anglais et en français, sur des sujets comme « breastfeeding », « pain », « epidural », « anaesthesia », « analgesia », « labour » et « labor », abordant les notions suivantes : « gate control theory », « alternative therapies », « massage », « position », « mobility », « TENS », « bathing », « DNIC », « acupuncture », « acupressure », « sterile water injection », « higher center », « control mind », « cognitive structuring », « holistic health », « complementary therapy(ies) », « breathing », « relaxation », « mental imagery », « visualization », « mind focusing », « hypnosis », « autohypnosis », « sophrology », « mind and body interventions », « music », « odors », « biofeedback », « Lamaze », « Bonapace », « prenatal training », « gymnastic », « chanting », « haptonomy », « environment », « transcutaneous electrical stimulus-stimulation », « antenatal education », « support », « continuous support », « psychosocial support », « psychosomatic medicine », « supportive care », « companion », « intrapartum care », « nurse », « midwife(ves) », « father », « doula », « caregiver », « hormones », « oxytocin », « endorphin », « prolactin », « catecholamine », « adrenaline » et « noradrenaline ». D'autres études ont été repérées à la suite de l'examen des références des articles pertinents et de suggestions d'experts. Aucune restriction de langue n'a été employée.

J Obstet Gynaecol Can 2018;40(2):246–266

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.11.022>

Copyright © 2018 Published by Elsevier Inc. on behalf of The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Ce document fait état des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de ces modifications. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, sous quelque forme que ce soit, sans une permission écrite de l'éditeur.

Les femmes ont le droit et le devoir de prendre des décisions éclairées en matière de soins, en collaboration avec leurs fournisseurs de soins. Pour faciliter ces décisions, il faut offrir aux femmes des renseignements et des conseils fondés sur des données probantes qui soient adaptés à leur culture et à leurs besoins. Il faut chercher à connaître les valeurs, les croyances et les besoins des femmes et de leur famille, et respecter leur choix final en ce qui concerne les soins et les traitements.

Méthodes de validation : La qualité des résultats a été évaluée au moyen des critères décrits dans le rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Les recommandations quant à la pratique sont classées en fonction de la méthode décrite dans le rapport du Groupe (Table 1).

Avantages, risques et coûts : L'intervention non pharmacologique est fondée sur l'utilisation optimale des ressources neurophysiologiques et endocrines de la femme et sur une grande compréhension de la physiologie du stress et de la douleur occasionnés par le travail. Elle encourage l'adoption d'une approche progressive de soulagement de la douleur contribuant à réduire le nombre d'interventions réalisées.

Mise à jour : Une revue de la présente directive clinique sera menée cinq ans après la publication afin de déterminer si une mise à jour complète ou partielle s'impose. Cependant, si de nouvelles données probantes importantes sont publiées avant la fin du cycle de cinq ans, le processus pourrait être accéléré afin que certaines recommandations soient mises à jour rapidement.

Commanditaires : Cette directive clinique a été élaborée à l'aide de ressources financées par La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Déclarations sommaires

1. Il est important que tous les professionnels de la santé aient une bonne compréhension de la physiologie de la douleur, incluant son soulagement physique et psychologique, que la femme en travail choisisse ou non d'ajouter des traitements pharmacologiques (III).
2. Un corpus grandissant d'articles scientifiques appuie le recours à des approches non pharmacologiques pour soulager la douleur pendant l'accouchement en raison des nombreux avantages qu'elles comportent pour la mère et l'enfant, entre autres la réduction de la nécessité d'effectuer des interventions obstétricales, d'augmenter l'activité utérine pendant le travail ou de réaliser une césarienne (I).
3. On parle de souffrance plutôt que de douleur lorsqu'une femme est incapable d'activer ses propres mécanismes d'adaptation à la douleur, ou lorsque ses mécanismes ne lui permettent pas de faire face à la situation (III).
4. La théorie du portillon consiste à déclencher des stimuli agréables dans la région douloureuse pendant ou entre les contractions pour moduler la douleur. Les méthodes les plus efficaces sont le mouvement et le positionnement du corps, les massages doux, les caresses, l'immersion dans l'eau et l'exposition à des vibrations (I).
5. Le contrôle inhibiteur diffus nociceptif consiste à déclencher des stimuli douloureux à n'importe quel endroit du corps pendant les contractions douloureuses afin de moduler la douleur. Les méthodes les plus efficaces sont l'acupression, l'injection d'eau stérile et les massages profonds (I).
6. Le contrôle des centres supérieurs du système nerveux central consiste à détourner ou à concentrer l'attention de la femme pour moduler la douleur. Les méthodes les plus efficaces sont le soutien apporté durant le travail ainsi que la pratique du yoga et de techniques de relaxation, de visualisation, de respiration, d'autohypnose et de restructuration cognitive (I).
7. Le soutien continu pendant le travail, offert dans le cadre d'une approche non pharmacologique de soulagement de la douleur, diminue le stress, la peur et l'anxiété, ce qui réduit la fréquence des interventions obstétricales (I).
8. L'ocytocine naturelle, essentielle aux contractions utérines, a également pour effet d'augmenter le sentiment de calme et de réduire la douleur. Ces effets analgésiques et psychologiques sont

toutefois perdus avec l'ocytocine synthétique, qui ne traverse pas la barrière hématoencéphalique en quantité suffisante (II).

9. Un taux élevé d'endorphines durant le travail contribue à la réduction du stress et de la douleur chez la mère et peut favoriser l'adaptation du nouveau-né (II).
10. Les professionnels de la santé peuvent grandement favoriser la progression du travail et améliorer l'expérience de la mère en réduisant le stress de cette dernière; le milieu de soin joue également un rôle important (I).
11. La prolactine, qui stimule la production de lait par les glandes mammaires, optimise également les réponses physiologiques et comportementales de la mère de façon à favoriser son adaptation à son nouveau rôle (II).
12. La création d'un environnement calme et exempt de stress, l'encouragement de la mère et l'adoption, dans la mesure du possible, d'une attitude positive jouent un rôle important dans la production des hormones endogènes favorisant la progression physiologique du travail (II).
13. Les mécanismes neurophysiologiques et hormonaux aident les femmes à composer avec l'intensité du travail (I).

Recommandations

1. Les professionnels de la santé devraient connaître les mécanismes neurophysiologiques et hormonaux ainsi que les méthodes de soins entrant en jeu dans le travail physiologique et l'accouchement (III-A).
2. Les approches non pharmacologiques sont recommandées comme traitement de première intention de la douleur. Ces approches, qui ont pour but d'aider les femmes à composer avec le travail normal, sont sans danger et devraient être mises en œuvre tout au long du travail, même si des traitements pharmacologiques sont employés (I-A).
3. Afin de prévenir la souffrance, les professionnels de la santé devraient tenir compte de la composante affective de la douleur (aspect désagréable de la douleur). La meilleure façon de prévenir la souffrance est de soutenir la mère et d'utiliser des approches non pharmacologiques de soulagement de la douleur.
4. Les professionnels de la santé devraient collaborer avec les femmes et être attentifs à leurs besoins pour mettre sur pied des interventions de soutien répondant à leurs désirs (III-A).
5. Pour réduire davantage les interventions obstétricales et éviter les risques et effets secondaires qui y sont associés, les professionnels de la santé devraient offrir aux femmes un soutien continu durant le travail, et y ajouter au moins une autre méthode non pharmacologique de modulation de la douleur (I-A).
6. Les professionnels de la santé devraient, dans la mesure du possible, favoriser et appuyer la progression physiologique du travail, l'accouchement et la période postpartum en ayant confiance en la capacité de la mère à composer avec sa douleur et en l'encourageant à croire en sa capacité de donner naissance à son enfant (III-A).
7. Afin de stimuler la production des hormones endogènes qui favorisent la progression physiologique du travail, les professionnels de la santé devraient diminuer le niveau de stress des femmes en les encourageant et en adoptant une attitude positive autant que possible, et en créant un environnement calme et sans stress (I-A).
8. Le soutien continu, offert dans le cadre d'une approche non pharmacologique de prise en charge de la douleur, devrait être encouragé et apporté à toutes les femmes en travail (I-A).
9. Les professionnels de la santé devraient encourager les parents et leurs aidants à se préparer à la naissance en s'informant sur la physiologie de l'accouchement et en acquérant des compétences pour composer avec la douleur (III-A).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8781799>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8781799>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)