

# Concept obstétrical de maîtrise de la douleur

Autor(en): **Nusbaum, Brigitte / Schneider, Rahel**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **110 (2012)**

Heft 6

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949373>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.



Chère lectrice, cher lecteur,

Qu'y a-t-il de commun entre la gestion des douleurs de l'accouchement et l'infection à Chlamydia? Une femme souffrant d'une infection à Chlamydia ne peut de toute façon pas tomber enceinte, ou bien alors elle perd son enfant en raison d'une grossesse extra-utérine. Ainsi, bien que ce soit son plus cher désir, elle ne peut accoucher de cet enfant, et elle n'a pas besoin d'une gestion des douleurs obstétricales. Le point commun est toutefois qu'il s'agit là de sujets d'une grande importance qui concernent de près les femmes autant que les sages-femmes.

Avec leur travail de Bachelor, Brigitte Nussbaumer et Rahel Schneider s'attaquent à une thématique pertinente pour nous, sages-femmes. Leur revue de la littérature leur permet d'approfondir la question de savoir comment pouvoir soulager les douleurs de l'accouchement et quelles recommandations sont fournies dans la littérature.

L'infection à Chlamydia est encore la maladie sexuellement transmissible la plus fréquente en Suisse: Nicole Bender, qui travaille à l'Institut de médecine sociale et préventive de Berne, pose dans son étude la question pleine d'intérêts qui est de savoir quels sont les dépistages appropriés pour faire baisser les taux d'infection à Chlamydia dans la population.

Dans notre travail quotidien, nous, les sages-femmes, nous sommes amenées à fonder nos prestations sur des bases scientifiques et à offrir les meilleures pratiques. Des projets de recherche tels que les deux qui sont présentés ici forment des bases essentielles pour notre profession.

*Regula Hauser, MPH  
Directrice de la Formation Continue  
Institut des sages-femmes  
ZHAW, Winterthur*

# Concept obstétrical

Promotion d'un accompagnement individuel des douleurs



**Brigitte Nussbaum** et **Rahel Schneider** ont commencé leur formation de sage-femme en été 2008 à Berne et elles viennent de terminer le module complémentaire B.

Contacte:  
nussb2@bfh.ch  
schnr15@bfh.ch

Pour les sages-femmes, l'accompagnement des parturientes qui ne peuvent plus maîtriser les douleurs de l'accouchement est un véritable défi. Au moment où les massages, le bain, l'acupuncture ou toute autre méthode complémentaire n'arrivent plus à atténuer ces douleurs, on se tourne vers les alternatives que constituent la péridurale (PDA) et, de plus en plus souvent, vers l'analgésie autocontrôlée par voie intraveineuse (PCIA). Dans le cadre de ce travail de Bachelor, nous avons recherché comment les douleurs de l'accouchement pouvaient être accompagnées et quelle décision pouvait être prise de manière individualisée. Une évaluation de la douleur, faite déjà en cours de grossesse, puis à nouveau en cours d'accouchement, peut aider favorablement la femme qui accouche comme sa sage-femme, afin d'activer de manière précoce des stratégies de maîtrise et pouvoir intervenir «sur mesure» en cours d'accouchement.

## Contexte

Dans la pratique, l'analgésie intraveineuse contrôlée par la patiente est de plus en plus utilisée aux côtés de la péridurale (EDA) pour atténuer les douleurs de l'accouchement. En obstétrique, les médicaments analgésiques et anesthésiques ne devraient toutefois pas être utilisés de manière routinière, mais seulement pour traiter ou empêcher une complication obstétricale (CIMS, 1996). Il faudrait toujours prendre en compte les

effets indésirables des antidouleurs (Hironova & Fernando, 2009) ainsi que les complications possibles qu'ils peuvent avoir, p.ex. l'instrumentation de la naissance. Le grand défi pour les sages-femmes et le personnel de santé consiste dès lors à préciser à travers une communication adéquate quelles douleurs la femme peut supporter, à déterminer les modifications et à réagir de manière adéquate (NICE, 2007).

Les femmes accueillent plus positivement l'atténuation de la douleur si elle tient compte de leurs attentes et de leur choix de stratégies de maîtrise de la douleur (NICE, 2007). Le comportement ainsi que l'engagement des personnes qui les accompagnent ont une plus grande influence sur la satisfaction qu'elles retireront de cette expérience de la naissance, que le vécu de la douleur, de son soulagement et des interventions médicales (Hodnet, 2002).

Au lieu d'une libération face à la douleur, c'est un contrôle de celle-ci qui amène une satisfaction de l'expérience de la naissance (Lebovits et al. 2001).

Le ressenti des douleurs de l'accouchement est subjectif. Il est évalué et géré de manière individuelle par chacune des femmes (Deutscher Hebammenverband, 2010). Considérée isolément, la mesure de l'intensité des douleurs ne signifie pas grand-chose pour pouvoir évaluer si la femme a besoin ou non d'un soulagement. En obstétrique, il existe très peu de moyens pour enregistrer régulièrement le contexte global des douleurs.

Le but de notre travail était de découvrir comment pouvoir enregistrer l'ampleur des douleurs dans leur contexte global et de relever dans la littérature spécialisée les recommandations à ce sujet afin de développer des propositions pour la pratique.

## Bases théoriques

Pour l'analyse de la littérature, nous nous sommes basées sur les théories des douleurs de l'accouchement d'après Lowe (2002), l'évaluation de la douleur, sa maîtrise et les effets physiologiques du système endocrinien d'après Schmid (2005), les stratégies de maîtrise selon Fitzgerald Miller (2003) et les facteurs influents d'après Yerby (2003).

# de maîtrise de la douleur

urant l'accouchement

## Méthodes

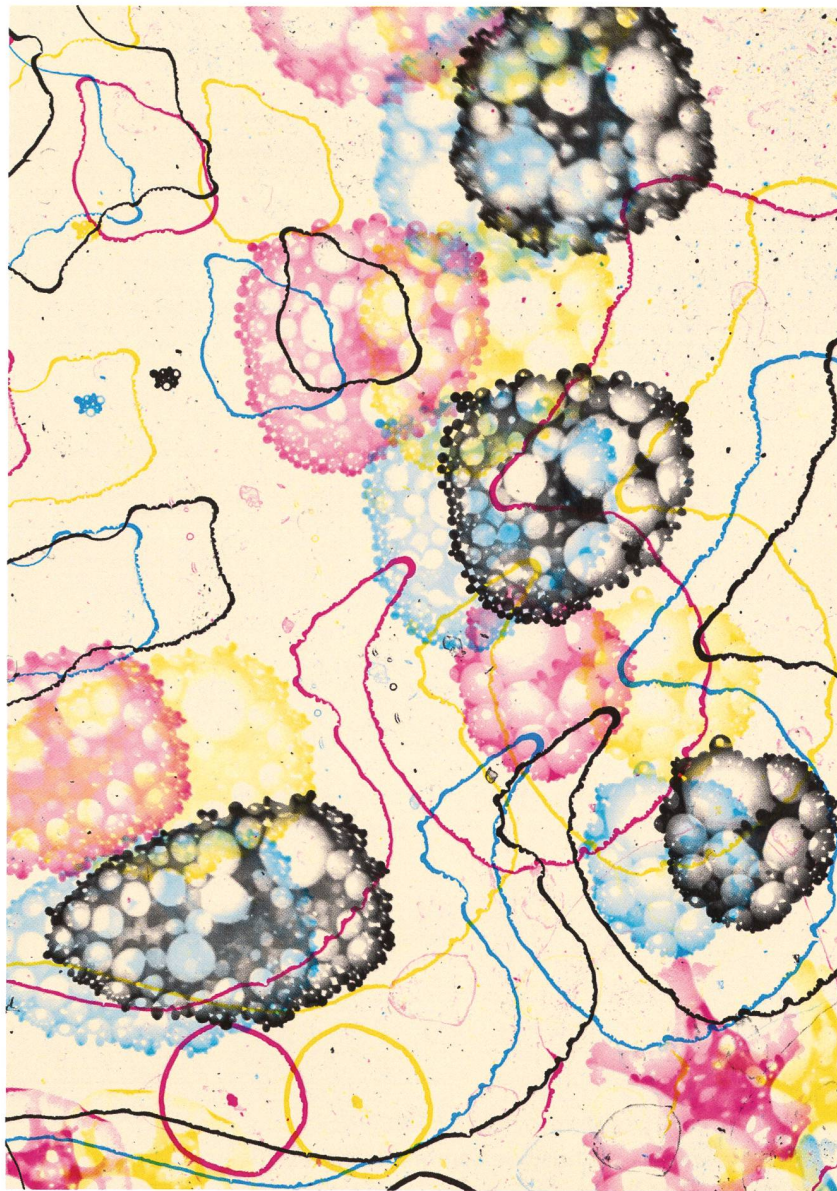
La revue systématique de littérature sur le soulagement des douleurs de l'accouchement a été réalisée dans les bases de données Medline, Cochrane et MIDIRS (Midwives Information and Resource Service) à partir des mots clés suivants: *pain, pain assessment, labour, labor, birth, intrapartum, midw\** et *coping*, en incluant les revues systématiques, les études et les Guidelines. La recherche s'est limitée aux années 2000–2011.

## Résultats de la recherche documentaire

En fonction de la requête et après consultation de l'ensemble des textes, trois revues non systématiques, deux Guidelines et une étude qualitative ont été choisies et analysées pour dégager leur évidence.

Les directives du «National Institute for Health and Clinical Excellence» (NICE 2007) indiquent les bases des recommandations obstétricales pour la prise en charge des femmes en bonne santé et leur enfant lors de l'accouchement. Pour pouvoir énoncer des principes plus spécifiques, par exemple comment procéder à une évaluation de la douleur, ce sont les recommandations venant du «Institute for Clinical Systems Improvement» (ICSI, 2008) qui ont été reprises. Puisque les douleurs de l'accouchement sont une sorte de douleur aiguë, ces recommandations ont été prises en compte. Les recommandations pour une thérapie de la douleur ne sont toutefois transférables que de manière limitée. En outre, une revue non systématique de Roberts, Gulliver, Fisher, Kristin & Gloyes (2010) qui comprend un algorithme détaillé pour le relevé des douleurs de l'accouchement a été analysée. L'étude qualitative d'Escott (2004) traite de la mise en œuvre de stratégies de maîtrise en lien avec l'accouchement. En complément, des revues non systématiques de Mc Lafferty & Farley (2008) et de Briggs (2010) ont été ajoutées à l'analyse. Celles-ci décrivent et comparent divers instruments d'évaluation de la douleur.

Les principaux résultats de l'analyse de la littérature ont été intégrés dans un algorithme pour le relevé et l'accompagne-



ment des douleurs de l'accouchement (voir Schéma 1).

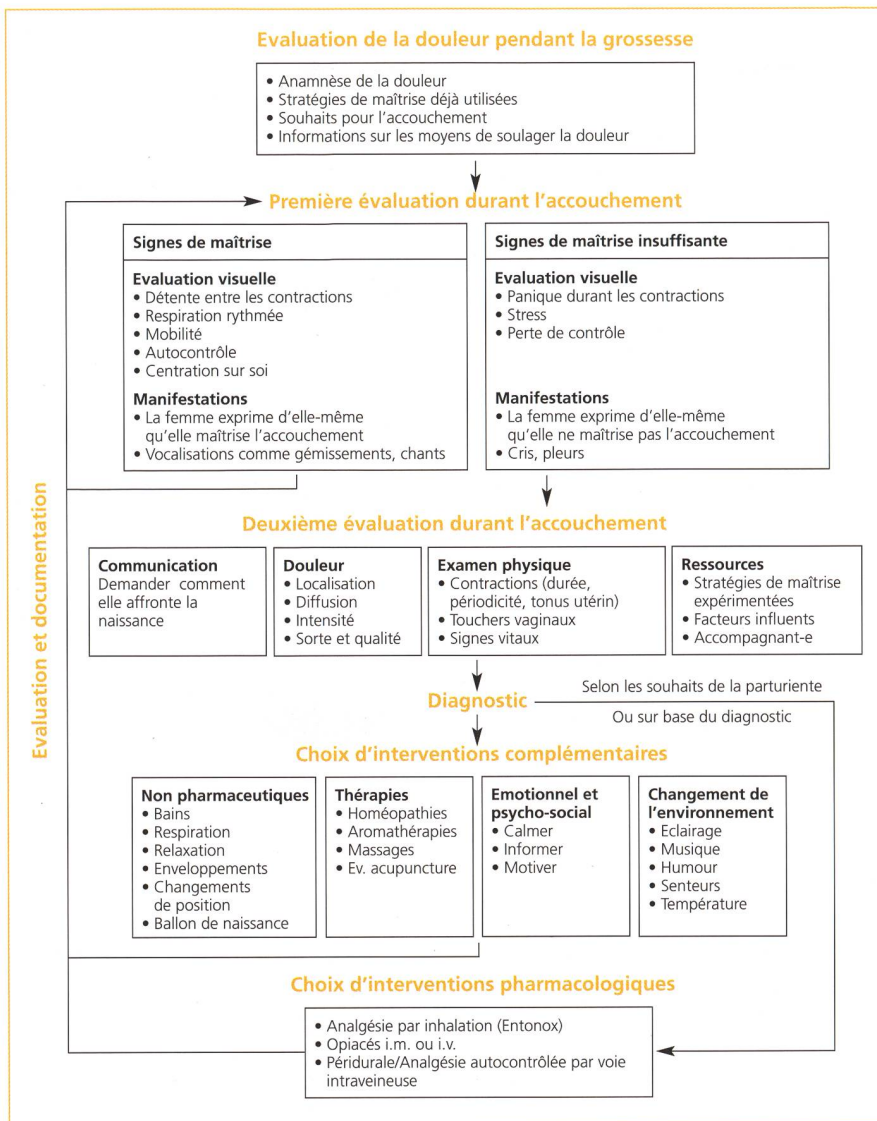
## Relevé de la douleur

Pour évaluer la douleur, l'auto-examen est considéré comme l'indicateur le plus fiable de la douleur (ICSI, 2008). Le choix d'un outil optimal d'évaluation de la douleur donne l'occasion d'identifier les douleurs bien présentes qui seraient à soulager. Cet outil d'évaluation devrait être applicable indépendamment de l'âge, de

l'origine ethnique, des croyances, du niveau socio-économique, du contexte psychologique ou émotionnel, de même que de la personne soignante qui a été formée dans ce domaine (ICSI, 2008).

Pour un premier bilan, la NICE (2007) recommande de noter les éléments obstétricaux comme l'aspect du vagin, les signes vitaux, les contractions, la fréquence cardiaque du fœtus, le tonus utérin et éventuellement un toucher vaginal. Il est précisé qu'une évaluation de la douleur doit être faite en indiquant l'état

**Schéma 1: Algorithme pour prendre en compte le contexte des douleurs de l'accouchement – Adapté et complété selon Roberts et al. (2010)**



Evaluation et documentation

actuel de la douleur ainsi que les souhaits pour faire face à celle-ci et la soulager. L'intensité de la douleur ne doit pas être évaluée de manière routinière à l'aide d'une échelle numérique. Il n'y a pas de recommandations sur la forme de recueil des données ni sur le moment de faire le premier bilan.

Selon l'ISCI (2008), une anamnèse doit d'abord être réalisée lors d'une évaluation de la douleur. Celle-ci comprend les maladies actuelles, les prises de médicaments, les allergies aux médicaments, les traitements antérieurs, l'anamnèse sociale ainsi que l'historique de la douleur, avec son démarrage, sa durée, son ampleur et ses caractéristiques. Les facteurs qui soulagent ou aggravent seront recherchés et l'intensité de la douleur sera évaluée. A cela s'ajoutent une observation des expressions de la douleur, une mesure des signes vitaux et un examen des zones douloureuses (ICSI, 2008). McLafferty & Farley (2008) précisent le contenu du bilan de la douleur et donnent des exemples concrets pour le relevé (voir Schéma 1).

Lors d'un accouchement, un premier bilan évaluera comment la parturiente maîtrise ses douleurs. A cet effet, on observera la parturiente et on fera attention à tout ce qu'elle exprime. On ne posera volontairement aucune question directe sur la douleur, car le néocortex pourrait alors être stimulé et le processus de l'accouchement pourrait être perturbé (Lang, 2009). Roberts et al. (2010) recommandent de demander à la parturiente comment elle «fait face à l'accouchement» plutôt que comment elle «fait face aux douleurs», pour ne pas mettre l'accent sur la douleur elle-même. De plus, on s'intéressera à la manière de ressentir la douleur, si celle-ci persiste entre les contractions et comment elle se diffuse.

## Identifier les stratégies de maîtrise

Escott et al. (2004) décrivent à quel point les primipares disposent déjà au cours de leur grossesse d'un large répertoire de stratégies déjà expérimentées pour pouvoir maîtriser à la fois la peur et la douleur. Il est dès lors important que la femme enceinte puisse identifier ces stratégies puisqu'elles constitueront un potentiel dans le courant de l'accouchement. Les stratégies positives devraient être encouragées et des alternatives aux stratégies négatives trouvées. Il faut néanmoins se souvenir que les stratégies cognitives stimulent le néocortex. L'utilisation de diverses stratégies dépend en

Les illustrations reprises dans l'article sont tirées de:

### Dolorographie – Un outil de communication visuelle pour décrire la douleur

Ce travail a été entamé par Sabine Affolter et Katja Rüfenacht en 2011 dans le cadre de leur travail de Bachelor à la Haute Ecole des Arts de Berne et poursuivi par la suite par Sabine Affolter.

Comment représenter la douleur physique? Chaque personne vit autrement la douleur et cela risque de rendre impossible toute tentative pour l'artiste de visualiser la douleur. Nous avons tout de même cherché à le faire et nous nous sommes centrées sur cette subjectivité de la description, tout en prenant le problème «à l'envers»: nous avons d'abord rassemblé – en utilisant diverses techniques – une série d'images, que nous avons ensuite présentées à 60 personnes concernées par des douleurs physiques, avec pour tâche de choisir les images qui correspondaient à leurs dou-

leurs. Ce qui a provoqué subitement un portrait clair, concis et souvent perspicace de la douleur. Replacées dans un contexte, ces images soi-disant «abstraites» ont apporté en fait des visualisations concrètes de la douleur.

Nous sommes ainsi convaincues que la série d'images suggérant la douleur peut constituer un accès ouvert et inutilisé à un thème le plus souvent chargé de préjugés. Par la sélection, l'ordonnement et la description des images, la personne externalise sa douleur et crée une distance émotionnelle vis-à-vis de sa souffrance – la dolorographie se présentant ainsi comme un moyen potentiel de thérapie de la douleur.

[www.dolorographie.ch](http://www.dolorographie.ch)

premier lieu de la confiance que la femme a en ses propres capacités de maîtrise (Lowe, 2002).

Parmi les pensées «qui n'aident pas», il y a surtout, pour Escott et al. (2004), l'incertitude, par exemple le doute quant à la bonne santé de l'enfant, mais aussi le sentiment que l'accouchement ne pourra pas être maîtrisé et la croyance que la douleur va empirer ou qu'elle va durer encore longtemps. Ces éléments sont intégrés dans l'évaluation secondaire de l'algorithme.

## Faire face à l'accouchement

Roberts et al. (2010) notent dès le premier bilan les changements et autres signes qui font penser que la femme peut maîtriser – ou non – la douleur. Les auteures indiquent que des angoisses ou des expériences traumatiques (p.ex. des violences sexuelles) peuvent surgir en cours d'accouchement, ce qui peut être relevé en cours de grossesse lors de l'anamnèse et être «travaillé» à ce moment-là déjà.

## Méthodes appropriées pour soulager la douleur

Si la femme s'est décidée pour certains moyens, la personne qui s'en occupe doit veiller à ce qu'elle puisse les utiliser (NICE, 2007). Il convient d'encourager la femme à demander dès qu'elle le veut quelles possibilités s'offrent à elle pour soulager la douleur (NICE 2007). Roberts et al. (2010) décrivent trois éléments à prendre en compte: aménager un environnement adéquat, faire préciser les douleurs et faire préciser par la femme le traitement pharmacologique – ou non – de son choix.

Les moyens non pharmacologiques peuvent aussi améliorer la satisfaction de la parturiente (ICSI, 2008). La NICE (2007) recommande à ce sujet les bains, les techniques de respiration et de relaxation. Roberts et al. (2010) préconisent des enveloppements chauds ou froids, des massages, des changements de position et le recours au ballon de naissance.

Si la femme souhaite un soutien pharmaceutique, selon la situation, une intraveineuse ou une péridurale peuvent être envisagées (Roberts et al., 2010). La NICE (2007) recommande le médicament Entonox et un opiacé comme Pethidine ou Diamorphine. Une information doit être faite sur le fonctionnement limité de ces médicaments et leurs effets secondaires (NICE, 2007). Avant de pratiquer une péridurale, la femme doit être informée de son efficacité et de ses éventuels effets secondaires sur le déroulement de la nais-

sance (NICE 2007). Pour que la femme puisse prendre une décision en toute connaissance de cause, une discussion à ce sujet devrait déjà avoir eu lieu en cours de grossesse.

## Evaluation du soulagement de la douleur

L'évaluation doit pouvoir révéler si la douleur est suffisamment atténuée, si des effets secondaires sont présents, et elle doit pouvoir déterminer si d'autres mesures doivent être mises en place (ICSI, 2008).

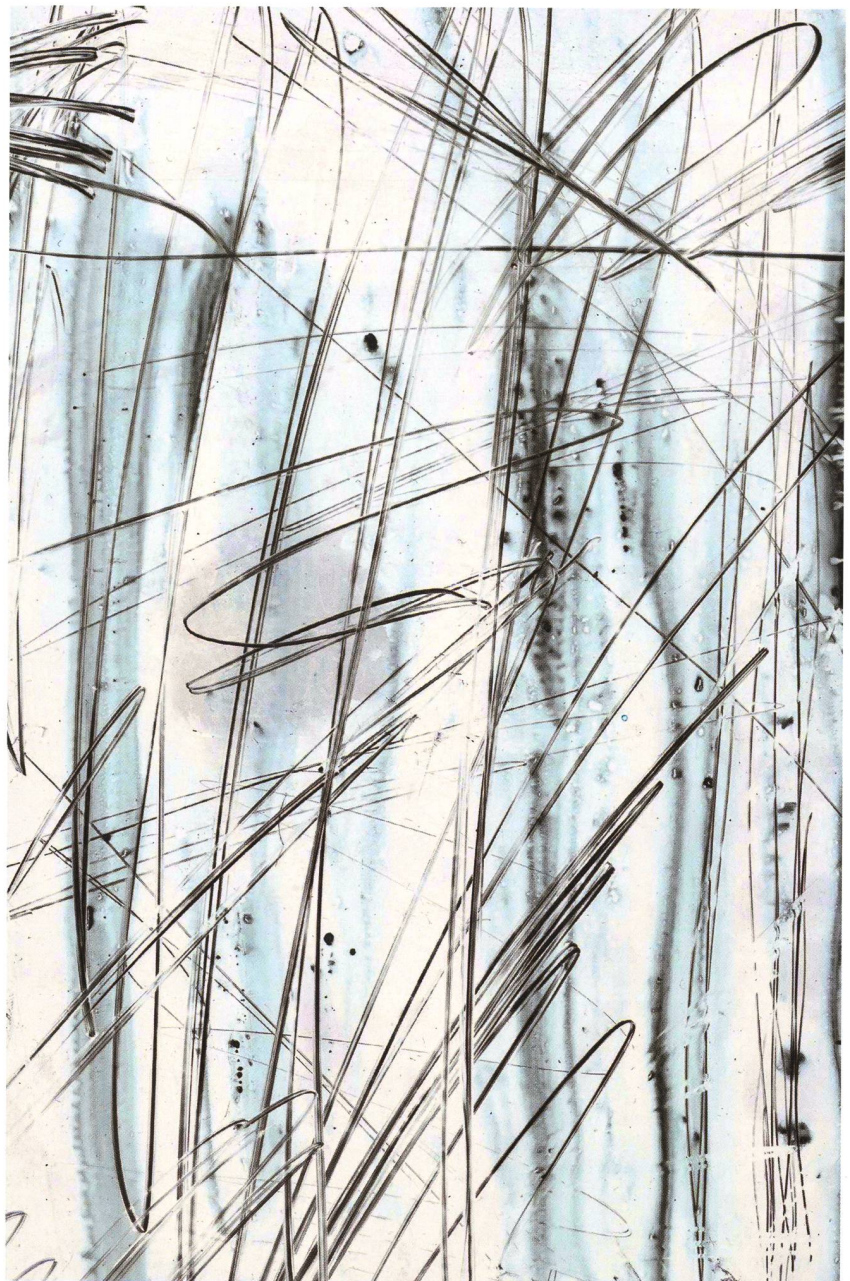
Roberts et al. (2010) recommandent de faire ces appréciations toutes les 15 à 30 minutes; l'ICSI de son côté 30 minutes

après une médication parentérale, 60 minutes après une médication orale et entre 30 et 60 minutes après le début d'une intervention non médicamenteuse.

Briggs (2010) souligne qu'une documentation claire du processus et de ses résultats est très importante pour pouvoir décider si d'autres interventions sont nécessaires. Cette documentation améliore également la coopération interprofessionnelle et elle sert éventuellement de preuve juridique.

## Discussion et conclusions

Les douleurs font généralement partie intégrante de l'accouchement. Elles déclenchent un processus endocrinien qui



**Tableau 1: Aperçu des documents sélectionnés**

N°	Genre de littérature	Titres	Année	Auteur-e-s	Contenu	Niveau d'évidence
1	Guideline	Intrapartum care of healthy women and their babies during childbirth	2007	National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	1 <sup>ère</sup> évaluation de l'accouchement Recommandations pour la gestion de la douleur	A
2	Guideline	Health Care Guideline: Assessment and Management of Acute Pain	2008	Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), Inc.	Protocole pour la prise en charge de la personne dans les cas de douleurs aiguës	A
3	Revue non systématique	Assessing pain in patients	2008	Mc Lafferty E. & Farley A.	Contenu d'une évaluation de la douleur	IV
4	Revue non systématique	Assessment and expression of pain	2010	Briggs E.	Contenu d'une évaluation de la douleur Instruments de recueil possibles	IV
5	Revue non systématique	The Coping with Labor Algorithm®	2010	Roberts L., Gulliver B., Fisher J. & Gloyes K.G.	Algorithme obstétrical pour l'évaluation de la maîtrise de la douleur	IV
6	Etude qualitative	The range of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labour	2004	Escott D., Spiby H., Slade P. & Fraser R.B.	Reconnaissance et encouragement des stratégies existantes pour maîtriser la peur et les douleurs durant l'accouchement	-

### Ce qui est essentiel

1. Durant la grossesse déjà, il est indispensable de discuter des douleurs de l'accouchement.
2. Durant la grossesse, on devrait déterminer les expériences de la douleur, les facteurs influents et les stratégies de maîtrise de la peur et de la douleur.
3. Dans le courant de l'accouchement, une évaluation continue peut faciliter l'accompagnement individuel des douleurs.

facilite la naissance ainsi que le lien mère-enfant. De fortes douleurs signalent cependant un processus irrégulier.

Une large palette de moyens peut être utilisée pour soulager la douleur. Aujourd'hui, les moyens pharmacologiques font partie de la routine quotidienne des maternités. Il est d'autant plus incroyable que nous disposions à peine de standards pour l'accompagnement de ces douleurs.

La confiance en ses propres capacités est fortement liée, en cours d'accouchement, à une sensation réduite de la douleur et à une faible médication contre la douleur (Lowe, 2002). C'est pourquoi la parturiente devrait être soutenue dans

sa manière propre de maîtriser la douleur.

Pour accompagner la parturiente de manière professionnelle, il faut donc se centrer sur sa personne, en cours de grossesse déjà pour recueillir des données sur ses expériences de la douleur et les facteurs influents qui la concernent et pouvoir en parler. Ceci permet à la parturiente, lors de la préparation à la naissance, d'apprendre d'autres stratégies de maîtrise de la douleur et de s'informer sur les possibilités de soulager la douleur qu'elle pourra alors choisir en cours d'accouchement en toute connaissance de cause (Donna, 2011).

Enfin, Hatem et al. (2008) démontrent qu'une prise en charge individualisée et continue (grossesse, accouchement, post-partum) par une sage-femme réduit le recours aux médicaments au cours de l'accouchement. Une des explications pourrait être qu'on a discuté des douleurs de l'accouchement en cours de grossesse déjà et que la femme a alors acquis la capacité de maîtriser la douleur de manière autonome. ◀

La bibliographie complète se trouve dans ce numéro p. 9.

Résumé Inge Loos, membre du conseil rédactionnel Hebamme.ch.

Traduction (légèrement raccourcie) du texte original publié dans ce numéro p. 4-9:  
Josianne Bodart Senn,  
rédactrice Sage.femme.ch