



HAL
open science

La méthode Bonapace : une alternative à l'analgésie péridurale

Mathilde Cecilio dos Reis Correia

► **To cite this version:**

Mathilde Cecilio dos Reis Correia. La méthode Bonapace : une alternative à l'analgésie péridurale. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01225192

HAL Id: dumas-01225192

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01225192v1>

Submitted on 5 Nov 2015

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.



UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

MATHILDE CECILIO DOS REIS CORREIA

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

LA METHODE BONAPACE : UNE ALTERNATIVE A L'ANALGESIE PERIDURALE

Soutenu le : 03 JUILLET 2015

JURY

Anne-Françoise Wioland, sage-femme libérale, Cergy (Directrice de mémoire)

Benoit Legoedec, sage-femme enseignant, Hôpital Foch, Suresnes (Expert)

Numéro national d'étudiant : 21108475

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Remerciements

A toutes les personnes qui m'ont aidée de près ou de loin dans l'élaboration de ce mémoire.

A ma directrice de mémoire Anne-Françoise Wioland ainsi qu'à Claire Dran ma référente pédagogique pour ses précieux conseils et sans qui mon mémoire n'aurait pas abouti.

A Aurore, la sage-femme qui a permis que je puisse accoucher une patiente de mon étude en lui appliquant la méthode Bonapace.

A mes parents et mon frère pour leur soutien, leur aide et leur confiance.

A mes amies et collègues de promotion Anne-Cécile, Clotilde, et Citlali pour leur présence, leur soutien, leurs conseils.

A tous mes amis qui m'ont témoigné leur soutien et leurs encouragements.

Merci !

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES ANNEXES	VII
LEXIQUE	VIII
RESUME	X
ABSTRACT	XI
1 INTRODUCTION	1
1.1 La douleur	2
1.1.1 Définition	2
1.1.2 Mécanismes neuro-anatomique et contrôle de la douleur	2
1.1.3 L'analgésie péridurale	4
1.1.4 La médicalisation de l'accouchement	4
1.2 Préparation à la naissance et à la parentalité	5
1.2.1 Descriptif	5
1.2.2 Entretien prénatal précoce	6
1.2.3 Les différents types de préparation à la naissance et à la parentalité	6
1.2.4 La place du père	7
1.3 La Méthode Bonapace	9
1.3.1 Histoire	9
1.3.2 Technique	10
1.3.3 Déroulement de la préparation	11



1.3.4 Etat des lieux sur l'efficacité	11
2 ETUDE	13
2.1 Objectifs et hypothèses	13
2.1.1 Objectif de l'étude	13
2.1.2 Hypothèses	14
2.2 Matériels et méthode	14
2.2.1 Type d'étude	14
2.2.2 Caractéristiques de la population d'étude	15
2.2.3 Critères d'inclusion	15
2.3 Méthode de recueil et analyse du contenu	16
2.3.1 Recueil des informations	16
2.3.2 Guides d'entretien	17
2.3.3 Analyse du contenu	18
2.4 Entretien avec Julie Bonapace	19
2.5 Principaux résultats	20
3 ANALYSE ET DISCUSSION	26
3.1 La douleur	26
3.1.1 Vécu douloureux de l'accouchement	26
3.1.2 Approche multifactorielle	29
3.2 L'analgésie péridurale	31
3.2.1 Efficacité prouvée de la péridurale	31
3.2.2 La préparation à la naissance comme alternative à la péridurale	32
3.2.3 Retentissements de la péridurale sur le travail	33
3.2.4 La vision des femmes sur l'analgésie péridurale	34
3.3 La place du père	34
3.4 Le contrôle du corps	37
3.5 Médicalisation	38

3.5.1 Les déséquilibres hormonaux	39
3.6 La méthode Bonapace	41
3.7 Limites et biais de l'étude	42
3.8 Validité et forces de l'étude	44
CONCLUSION	45
BIBLIOGRAPHIE	46
ANNEXES	49

Liste des annexes

Annexe I : Guide d'entretien	49
Annexe II : Synthèse des stades, contractions, respirations, positions et massages de la méthode Bonapace [10].....	52



Lexique

Analgésie péridurale(ou Péridurale par abréviation) : Technique d'anesthésie loco-régionale destinée à supprimer ou à atténuer les douleurs de l'accouchement. Son principe est de bloquer la transmission des sensations douloureuses au niveau des nerfs provenant de l'utérus en injectant à leur proximité un produit anesthésique local associé ou non à un dérivé de la morphine.

Césarienne : Intervention chirurgicale visant à extraire un enfant de l'utérus maternel par incision de la paroi utérine.

Dystocie des épaules : Complication obstétricale au moment de l'expulsion caractérisée par l'enclavement des épaules, bloquées dans l'excavation pelvienne.

Endorphines : Hormones sécrétées par des glandes cérébrales, l'hypophyse et l'hypothalamus. Elles sont émises dans des moments d'effort physique, d'excitation intense, de douleur, ou d'orgasme. L'endorphine a tout comme la morphine, des propriétés de diminution des douleurs en se fixant sur les récepteurs morphiniques situés dans le thalamus au niveau des centres régissant la douleur. Les endorphines provoquent une sensation de bien-être, de relaxation.

Gate-contrôle : Technique de contrôle de la douleur consistant en une contre-stimulation douloureuse.

Gate-keeping : En français, instinct de protection, phénomène de garde-barrière, défini comme la restriction maternelle à l'accès à l'enfant

Hypophyse : Glande endocrine située à la base du cerveau et sécrétant de nombreuses hormones nécessaires au fonctionnement normal de l'organisme.

Hypothalamus :Région du diencephale (partie du cerveau située entre les hémisphères cérébraux), centre principal du système neuro-végétatif jouant un rôle important dans de nombreuses régulations et dans le sommeil.

Medullaire :Qui concerne la moelle épinière ou osseuse.

Multipare : Femme qui a accouché plus d'une fois.

Neurotransmetteurs : Molécule chimique qui assure la transmission des messages d'un neurone à l'autre, au niveau des synapses.

Nocicepteurs : Récepteurs sensibles à une stimulation nociceptive (douloureuse)

Nociception :Processus sensoriel à l'origine du message nerveux qui provoque la douleur. La nociception correspond donc à l'ensemble des fonctions de l'organisme qui permettent de détecter, percevoir et de réagir à des stimulations internes et externes potentiellement nocives pour l'organisme.

Potentiel d'action : Signal électrique unidirectionnel parcourant les axones qui provoque la libération de neurotransmetteurs au niveau des synapses. Les potentiels d'action sont générés par des échanges d'ions entre l'intérieur et l'extérieur des neurones.

Primipare:Femme qui a accouché une fois. Par extension, terme utilisé pour désigner une femme enceinte qui va accoucher pour la première fois.

Supra-médullaire :Qui est au-dessus de la moelle épinière, qui la commande.

Résumé

Objectifs

L'objectif de ce mémoire est d'envisager la méthode Bonapace comme une méthode de préparation à la naissance et une alternative à l'analgésie péridurale. Nous avons essayé de comprendre par notre étude, comment les couples vivent l'expérience de la douleur et quels sont les arguments qui les poussent à choisir la méthode Bonapace plutôt que l'analgésie péridurale le jour de l'accouchement. Nous avons également essayé de comprendre pourquoi les couples ont été satisfaits ou non par la méthode.

Matériel et méthodes

Nous avons mené une étude qualitative prospective à l'aide d'entretiens semi-directifs. Nous avons interviewé douze femmes en pré-partum afin de comprendre leurs motivations et leurs attentes de la méthode Bonapace puis les mêmes femmes en post-partum pour connaître le vécu de leur accouchement et leur expérience de la méthode Bonapace. Nous avons par la suite réalisé une analyse transversale et thématique des entretiens.

Résultats

Les femmes que nous avons interrogées ont choisi la méthode Bonapace parce qu'elle permet l'implication du père et qu'elle permet de rester actrice et maître de leur corps plus longtemps qu'avec une péridurale. Elles sont satisfaites de la méthode car elle leur a permis de retarder ou de remplacer l'analgésie péridurale, car leur conjoint a pu être présent et utile lors de l'accouchement, et enfin car la méthode a réduit leurs douleurs et a permis une diminution de la médicalisation lors de l'accouchement.

Mots-clés : Bonapace, péridurale, douleurs, accouchement, médicalisation.

Abstract

Objective

The aim of this paper is to consider the Bonapace as a method of birth preparation and an alternative to epidural analgesia.

We tried to understand through our study, how couples live the experience of pain and what are the arguments that lead them to choose the Bonapace method rather than epidural analgesia on the day of delivery. We also try to understand why the couples were satisfied or not by the method.

Methods

We conducted a qualitative study using semi-structured interviews. We interviewed pre- partum women to understand their motivations and expectations of the Bonapace method, and postpartum to know how they lived the childbirth and what is their experience of Bonapace method. We conducted a transversal and thematic analysis of the interviews.

Results and conclusion

Our study reported that women choose the Bonapace method because it allows the involvement of the father and that makes staying actress and master their body longer than with epidural analgesia. They are satisfied with the method because it allowed them to delay or replace epidural analgesia, because the father has been present and helpful during childbirth, and finally because the method has reduced their pain and allowed a reduction of delivery medicalization.

Keywords: Bonapace, epidural analgesia, pain, delivery, medicalization.

1 Introduction

Les douleurs de l'accouchement sont empreintes à une variabilité interindividuelle. Au-delà des douleurs neuro-anatomiques, la perception de la douleur obstétricale s'inscrit dans un contexte plus élargi, prenant notamment en compte des facteurs psychologiques sociaux et culturels. La prise en charge de la douleur obstétricale pourrait alors résider dans l'association d'une éducation psychologique et d'une prise en charge thérapeutique analgésique[1].

Lors de son introduction dans le domaine médical, la préparation à la naissance était centrée sur la prise en charge de la douleur. Aujourd'hui ses objectifs sont divers, notamment d'accompagner la femme ou le couple dans ses choix et ses décisions concernant sa santé. Elle permet d'être un soutien à la grossesse, d'envisager avec les femmes les modalités d'accouchement, de soutenir la construction harmonieuse des liens familiaux en préparant le couple à l'accueil de l'enfant et d'aider à associer la vie de couple à la fonction de parent[2].

Le progrès de notre société qui a poussé les femmes à quitter leurs foyers pour venir accoucher en milieu hospitalier a conduit à la médicalisation de la société et particulièrement, de la naissance. Autrefois, les femmes accouchaient chez elles, accompagnées et rassurées dans leur travail et leurs douleurs par les membres de leur famille ou communauté. Aujourd'hui l'hôpital est un lieu en constant progrès, doté d'un personnel soignant performant et interventionniste afin d'optimiser la prise en charge de la douleur et réduire les risques de morbi-mortalité néonatale.

Plusieurs dimensions seront donc abordées dans ce mémoire : la préparation à la naissance et à la parentalité, la place du père, la dimension de la douleur et plus particulièrement la place de l'analgésie péridurale aujourd'hui. Nous présenterons précisément le point de vue de parents sur de la méthode Bonapace et son rôle dans la réduction de la douleur.



1.1 La douleur

1.1.1 Définition

La douleur est une manifestation subjective, et sa définition est de ce fait difficile. L'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) a proposé en 1979 la définition suivante: «La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes impliquant une telle lésion».

La maîtrise de la perception de la douleur, est semble-t-il, lié à l'histoire de la patiente, à sa conception de l'accouchement et à son imaginaire de la naissance[2].

1.1.2 Mécanismes neuro-anatomique et contrôle de la douleur

1.1.2.1 Mécanisme neuro-anatomique

Le message nociceptif part de la périphérie de nos organes, au niveau de nocicepteurs, chemine le long des fibres nerveuses, puis atteint l'étage médullaire. Il va ensuite monter le long de la moelle épinière et informer le tronc cérébral, l'hypothalamus et le thalamus. Ceci va permettre une analyse de ce message pour en reconnaître ses composantes et pouvoir y répondre tant au niveau comportemental que physiologique[3].

Les nocicepteurs sont les terminaisons libres des fibres nerveuses sensibles. L'activation de ces structures se fait par des stimulations thermiques, chimiques, électriques ou mécaniques.

Les stimuli partent de la peau, des viscères, des muscles et des articulations. Ces nocicepteurs peuvent le plus souvent être activés par différents stimuli générateurs de douleur. Le message nociceptif prend naissance grâce à la modification de la membrane des cellules nerveuses qui engendre un potentiel d'action qui va se propager le long de la fibre nerveuse jusqu'à la moelle.

La répartition des nocicepteurs est homogène au niveau de la peau, ce qui permet une bonne localisation de la douleur. Par contre, la répartition dans les autres tissus



est moins bien organisée, ce qui explique les difficultés de localisation des douleurs d'origine plus profonde. Les viscères sont, en général sensibles à la traction, à la distension et au spasme et insensibles à la pression, à la coupure et à la brûlure[3].

Les stimulations thermiques et mécaniques activent directement les nocicepteurs. Les lésions traumatiques, inflammatoires ou ischémiques vont provoquer la libération par les tissus lésés de substances chimiques.

Parmi les peptides impliqués dans la transmission du message douloureux, la substance P est la plus connue. Elle semble jouer un rôle primordial dans la nociception via l'activation directe des nocicepteurs[3].

1.1.2.2 Contrôle de la douleur

A l'étage médullaire, les voies ascendantes proprioceptives des grosses fibres bloquent l'arrivée du message plus spécifiquement douloureux et plus lent des petites fibres. Cette technique de contrôle de la douleur est appliquée quotidiennement, il s'agit du « Gate-control », plus explicitement de la contre-stimulation mécanique, thermique ou électrique. Cette propriété de contre-stimulation est utilisée en thérapie avec la neurostimulation transcutanée, la cryothérapie et l'acupuncture[3].

A l'étage supra-médullaire, le contrôle de la douleur s'exerce au niveau du tronc cérébral et probablement au niveau du thalamus, par des voies descendantes. La sérotonine et la noradrénaline, qui sont des neurotransmetteurs, jouent un rôle prépondérant dans ces contrôles. Les endorphines et d'autres peptides sont impliqués dans ces mécanismes[3].

1.1.2.3 Les endorphines

Les endorphines font partie de la famille des endomorphines. Ce sont des substances peptidiques sécrétées par l'hypophyse et



l'hypothalamus. Les endomorphines interviennent au niveau périphérique dans le contrôle de la douleur comme inhibiteurs de sécrétion de substance P. Il existe probablement d'autres mécanismes d'actions qui n'ont encore été identifiés.

La découverte des endomorphines a suscité beaucoup d'intérêt, mais il est encore impossible, à ce jour, d'expliquer les mécanismes par lesquels elles agissent au niveau de la nociception.

Un certain nombre de faits sont démontrés:

- leur forte concentration à tous les niveaux, périphérique, médullaire et supra médullaire;
- l'inhibition de la sécrétion de substance P, neurotransmetteur de la douleur[3].

1.1.3 L'analgésie péridurale

L'analgésie péridurale est aujourd'hui une référence quant à la gestion de la douleur en salle de travail. En France, 79% des femmes en travail opte pour cette analgésie efficace qui leur offre une préparation plus sereine pour le travail et l'expulsion [4].

Cette technique d'anesthésie locorégionale est réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur. Elle est destinée à supprimer ou à atténuer les douleurs de l'accouchement et/ou, si besoin, à en faciliter le déroulement. Son principe est de bloquer la transmission des sensations douloureuses au niveau des nerfs provenant de l'utérus en injectant à leur proximité un produit anesthésique local associé ou non à un dérivé de la morphine[5].

1.1.4 La médicalisation de l'accouchement

De nos jours, la grossesse, si elle n'est pas considérée comme une pathologie, est cependant médicalisée. Cette orientation de prise en charge a bouleversé l'expérience de la maternité. Le travail est encadré par différentes pratiques telles que

le déclenchement, le travail dirigé et/ou la péridurale qui satisfontun certain nombre de femmes [20].

Que ce soit de petits gestes qui peuvent aider les patientes à avoir un travail harmonieux ou de plus grosses interventions assurant la sécurité et la santé de la mère et de l'enfant, la médicalisation est aujourd'hui omniprésente au sein des maternités.

1.2 Préparation à la naissance et à la parentalité

1.2.1 Descriptif

Nous savons que l'efficacité de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) reste inconnue tant pour ses effets sur le déroulement de la naissance que sur la fonction parentale.

En effet, les études randomisées, qui ont été menées jusqu'alors, sont de faible niveau de preuve [2][6].

Des experts ont déjà tenté d'évaluer les effets de cette éducation sur l'acquisition de connaissances, l'anxiété, l'accouchement, l'allaitement, les capacités à fournir des soins au nouveau-né et l'adaptation psychologique et sociale à la parentalité.

A la suite de cette étude qui n'a pas obtenu de résultats cohérents, il a été admis que, les effets de l'éducation prénatale générale concernant l'accouchement et/ou la parentalité restent largement méconnus[2].

Bien que les effets de la préparation à la naissance et à la parentalité soient peu connus, il n'en est pas moins que les femmes enceintes ont de plus en plus recours à cette préparation. En 2010, 73.2% des primipares ont suivi des cours de préparation à la naissance vs 68.8% en 2003 ; parmi les multipares, elles étaient 28.5% en 2010 vs 25.1% en 2003. Cette augmentation a été contemporaine de l'apparition de l'entretien prénatal précoce [7].



1.2.2 Entretien prénatal précoce

L'entretien prénatal précoce est un entretien proposé systématiquement aux couples lors du 1^{er} trimestre de la grossesse afin d'échanger avec un professionnel de santé sur les besoins du couple, leurs attentes et leurs questions que ce soit au niveau médical, social, parental ou psychologique. La participation du père est vivement conseillée afin que l'entretien soit le plus complet possible et que la dimension du couple soit mise en avant. Durant cet entretien, sont également présentés les différents types de préparation à la naissance et leurs différentes techniques pour que les parents puissent être éclairés afin de choisir la méthode qui leur convient le mieux [2] [7].

1.2.3 Les différents types de préparation à la naissance et à la parentalité

Les besoins en matière de PNP sont très diverses. Il peut s'agir, d'obtenir des informations ou des réponses, d'exprimer ses angoisses, d'échanger avec d'autres femmes ou d'autres couples. Les cours de PNP permettent à la femme d'être plus à l'écoute de son corps qui change via la pratique d'exercices d'adaptation aux changements physiques liés à la grossesse. Ils permettent aux femmes et aux couples d'acquérir des techniques de détente et de respiration pour faciliter la naissance, d'apprendre des positions de protection du dos pendant la grossesse et après la naissance, de développer la confiance en soi, d'impliquer le conjoint, de développer une relation privilégiée avec la sage-femme etc...[7]

Il existe beaucoup de techniques différentes de préparation à la naissance qui tentent de répondre par leur diversité à toutes les attentes que différents couples peuvent avoir :

- la méthode classique répond aux questions des mères en délivrant des informations générales sur la grossesse et l'accouchement;



- la sophrologie est une technique de détente musculaire et de visualisation positive qui vise à aider les couples à avoir confiance en eux ;
- le yoga allie postures corporelles, détente et respiration pour vivre une grossesse et un accouchement de manière plus harmonieuse ;
- le chant prénatal utilise les vibrations sonores pour aider à la détente musculaire et travailler sur la respiration ;
- la préparation en piscine s'effectue en groupe et permet de garder une activité physique tout en travaillant son souffle et la détente musculaire.
- l'hypnose est basée sur la relaxation corporelle et mentale ainsi que la visualisation positive de la grossesse et de l'accouchement.
- la méthode Bonapace que nous développerons dans ce mémoire.

1.2.4 La place du père

1.2.4.1 Approche familiale

Historiquement, la préparation à la naissance avait pour but unique la prise en charge de la douleur. Elle s'oriente maintenant vers un accompagnement plus global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans la préparation de cette naissance. Cette nouvelle approche met en avant la présence participative du père et vise de plus en plus à l'inclure autant que la femme dans la démarche de grossesse [2].

Aussi, la participation du père aux séances de préparation à la naissance vise à soutenir la construction harmonieuse des liens familiaux, en préparant le couple à l'accueil de l'enfant dans la famille et en associant la vie de couple à la fonction de parent[2].

Une étude qualitative française, menée par une psychologue et une sage-femme, s'est intéressée à l'accompagnement des femmes primipares lors de leur grossesse et de leur accouchement. La majorité des femmes indiquaient avoir besoin du soutien de la sphère privée, le père occupant une grande partie de cette sphère. La majorité des femmes interrogées dans cette étude disaient compter principalement sur leur conjoint (78%) notamment pour les dimensions émotionnelles, d'estime de soi, et pratique. Pour la dimension informative, les femmes comptent, autant sur les professionnels de santé que sur la sphère privée [8].

1.2.4.2 Approche psychologique

Des approches psychologiques ont été établies afin de mieux comprendre l'élaboration de la paternité. Ces approches présentent l'élaboration de la paternité comme appartenant au registre du travail de deuil et au narcissisme.

Le futur père doit rencontrer l'enfant qu'il a en lui et le différencier d'avec l'enfant à venir pour pouvoir ouvrir la voie à sa future paternité. Un travail psychanalytique peut parfois être nécessaire [9].

Le travail de paternité implique un travail de distinction, de différenciation, d'individuation. Par ce travail, le père consolide son identité sexuelle et s'acquitte de la dette de vie qu'il devait jusque-là à son père.

Cette paternité n'est donc pas innée ou anodine, elle demande parfois un travail complexe du futur père. Elle peut alors permettre de créer de nouveaux liens au sein du couple et permet la constitution du lien spécifique de père à l'enfant [9]. Nous comprenons alors tout l'intérêt d'une préparation à la naissance qui inclurait le père et qui lui permettrait de préparer cette paternité.



1.3 La Méthode Bonapace

1.3.1 Histoire

La **méthode Bonapace** est une méthode qui allie à la fois la participation du père et la gestion de la douleur lors de l'accouchement. Nous allons voir dans ce mémoire quelles autres dimensions la méthode peut apporter aux couples.

Il semble que le soutien dans la gestion de la douleur permette aux pères de s'investir pleinement pendant la grossesse et l'accouchement[10]. Il nous a donc paru intéressant d'aborder une préparation à la naissance qui comprend à la fois la prise en charge de la douleur et la participation active du père

La méthode Bonapace s'applique justement à donner un rôle et une importance au père dans l'accompagnement de la femme en travail.

Les pères semblent avoir une expérience positive de la naissance de leur enfant. Ils souhaiteraient néanmoins avoir une place plus importante afin d'accompagner la mère de manière plus approfondie durant le travail et l'accouchement[11][12].

La méthode Bonapace est née du travail de Julie Bonapace en collaboration avec le Centre Local des Services Communautaire du Québec.

Julie Bonapace, psychothérapeute et travailleuse sociale de formation, puis spécialiste de la douleur, a créé la méthode Bonapace en 1989. Son souhait était de renforcer les compétences parentales pour un vécu physiologique et sécuritaire de la naissance[13].

Aujourd'hui Consultante pour la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) et responsable de la directive clinique canadienne de soulagement de la douleur obstétricale, Julie Bonapace décrit la grossesse et l'accouchement comme « une expérience humaine marquante dont on doit préserver le caractère naturel, tout en profitant des progrès scientifiques » [10].



1.3.2 Technique

Différentes dimensions de la préparation avec de la méthode Bonapace sont enseignées aux femmes enceintes. Elles permettent toutes une participation active du père [10] :

- La préparation à l'accouchement qui a pour but de soulager les tensions corporelles, et de sensibiliser le couple à l'importance du rôle du père aux moyens de massages et de positions durant la grossesse ;

- La modulation de la douleur qui permet aux couples de comprendre les mécanismes de la douleur et comment ils peuvent la moduler ;

- L'accouchement et son déroulement qui apporte des connaissances sur le travail afin de développer une attitude de confiance ;

- Les différentes respirations qui permettent de gérer le stress, de pouvoir se concentrer pour gérer la douleur et de favoriser l'expulsion du bébé à la naissance ;

- Les massages douloureux qui permettent de libérer des endorphines pour moduler la douleur et les massages non douloureux qui détendent la femme pendant la grossesse et l'accouchement ;

- La relaxation afin de désamorcer le stress et de relâcher les tensions musculaires ;

- L'imagerie mentale pour développer une vision saine de l'accouchement et moduler la douleur.

Les principales théories de la méthode visent à :

- Contrôler la pensée afin de la diriger lors de la douleur en respirant, se relaxant, visualisant la descente du bébé,

- Effectuer un massage léger de la zone douloureuse entre les contractions afin de réduire la douleur,

- Créer une seconde douleur dans des points réflexes afin de libérer des endorphines et moduler la douleur.

1.3.3 Déroulement de la préparation

Les cours de préparation peuvent légèrement différer dans leur organisation selon le formateur qui les dispense. Le cabinet avec lequel nous étions en collaboration pour notre étude suit la trame classique des cours de Bonapace. Les cours se déroulent en moyenne en huit séances et allient enseignement théorique et apprentissage pratique. Il y a quatre cours de méthode Bonapace auxquels le père est convié puisque ce sera lui le premier acteur de cette méthode, ainsi que quatre cours plus théoriques sur l'accouchement et le déroulement du travail. Le père n'est habituellement pas convié à deux cours sur les suites de couches et l'allaitement qui touchent l'intimité des femmes ; la présence des pères pourrait donc réduire la liberté de parole des patientes.

Durant les cours d'enseignement de la méthode Bonapace, à chaque stade du travail, est associé un type de contractions (ou de sensations), et un état d'énergie dans lequel la mère se situe dans la plupart des cas. Pour chacun de ces stades, la méthode apporte des clés à différents niveaux pour tenter de soulager la mère : une technique de respiration, le rôle de l'accompagnant, les positions confortables et enfin les massages. (Annexe 2)

La fin de séance de trois cours est également réservée à l'imagerie mentale. Celle-ci a pour objectif de moduler la douleur, de développer une vision saine de l'accouchement dans le but de prévenir les déceptions, et de conditionner des messages positifs face aux étapes qui inspirent une certaine appréhension, et cela, toujours dans le but de favoriser la participation du père et partager la naissance en couple.

1.3.4 Etat des lieux sur l'efficacité

Selon une étude qualitative effectuée auprès de 141 femmes canadiennes, avec les méthodes de préparation à la naissance conventionnelles, les femmes éprouvent de 0 à 30% moins de douleurs que les femmes sans préparation. Parmi

ces femmes qui ont suivi une méthode de préparation à la naissance classique, environ 80% d'entre elles ont nécessité une analgésie péridurale[14].

Avec la méthode Bonapace, la douleur serait réduite de 45% de plus que les méthodes conventionnelles[10][15].

Une étude a déjà été menée sur la réduction de la douleur par la méthode Bonapace. Cette étude a montré une réduction significative de l'intensité et du caractère désagréable de la douleur (mettant en jeu une autre composante de la douleur que nous aborderons plus loin) avec la méthode Bonapace[15].

Aucune étude récente n'a comparé cette méthode alternative avec l'analgésie péridurale en s'intéressant au point de vue des parents.

Nous nous sommes donc posé la problématique suivante :

Dans quelle mesure, la méthode Bonapace peut se substituer à l'analgésie péridurale quant à la réduction de la douleur chez les primipares ? Pourquoi les couples choisissent cette méthode de préparation à naissance et sur quels critères sont-ils satisfaits de la pratique de la méthode Bonapace lors de l'accouchement ?

2 Etude

2.1 Objectifs et hypothèses

2.1.1 Objectif de l'étude

L'objectif de ce mémoire est d'envisager la méthode Bonapace comme une méthode de préparation à la naissance et une alternative à l'analgésie péridurale. Nous avons essayé de comprendre par notre étude, comment les couples vivent l'expérience de la douleur et quels sont les arguments qui les poussent à choisir la méthode Bonapace plutôt que l'analgésie péridurale le jour de l'accouchement. Nous avons également essayé de comprendre pourquoi les couples ont été satisfaits ou non par la méthode.

L'étude que nous avons menée, a pour but de comprendre comment la méthode Bonapace peut répondre aux souhaits et aux attentes des futurs parents. Nous avons souhaité évaluer les motivations des futures mères et le vécu de leur accouchement afin de comprendre en quoi la méthode Bonapace peut les aider à vivre leur accouchement de manière la plus positive possible.

Le mémoire n'a pas pour objectif de s'atteler à prouver une supériorité de la méthode Bonapace sur l'analgésie péridurale, mais plutôt de comprendre comment la prise en charge de la douleur peut être la plus adaptée possible en comparant ce qui motive les patientes à choisir la méthode Bonapace et/ou la péridurale.

Nous avons également souhaité évaluer les critères différents de celui de la prise en charge de la douleur qui ont intéressé les futures mères dans le déroulement de leur accouchement et qui les ont motivées à choisir la méthode Bonapace comme technique de préparation à la naissance.

2.1.2 Hypothèses

Nous avons établi trois hypothèses pouvant répondre à notre problématique.

1. Du point de vue des parents, la méthode Bonapace est une alternative à l'analgésie péridurale car elle réduit efficacement la douleur de l'accouchement et permet de retarder l'analgésie péridurale, voire de la remplacer.
2. Les futurs parents pensent que cette méthode de préparation à la naissance est intéressante car elle permet la participation active du père.
3. Les couples pensent que c'est une bonne alternative car elle rend possible un accouchement plus physiologique et moins médicalisé qui permet aux femmes de rester actives et de garder les sensations durant leur accouchement.

2.2 Matériels et méthode

2.2.1 Type d'étude

Nous avons mené une étude qualitative prospective. Nous avons effectué une recherche qualitative dans une logique compréhensive en privilégiant la description des phénomènes plutôt que l'explication des causes[16].

Nous avons ainsi mené des entretiens semi-directifs. L'objectif des entretiens semi-directifs est de saisir le sens du phénomène complexe tel qu'il est perçu par les participants. L'entrevue implique une conversation dynamique au cours de laquelle le chercheur et le répondant sont en constante interaction[16].

Ces entretiens ont été menés d'abord en pré-partum puis en post-partum avec les mêmes femmes dans un but de complémentarité des informations. Notre problématique se basant à la fois sur les motivations et sur la satisfaction des femmes, il nous a semblé judicieux de nous entretenir avant l'accouchement afin

d'approfondir les motivations et les attentes des femmes et après l'accouchement pour comprendre leur vécu, leurs satisfactions et leurs déceptions.

2.2.2 Caractéristiques de la population d'étude

Cette étude a été réalisée entre septembre 2014 et avril 2015 chez 12 primipares. Nous avons souhaité n'interroger que les mères sans leur conjoint afin d'éviter un biais de sélection et de permettre des échanges plus libres.

Nous avons souhaité mener notre étude chez les primipares exclusivement. Nous avons préféré de pas confondre les parités afin là encore de ne pas créer de biais de sélection. Nous avons choisi d'enquêter sur les primipares et non chez les multipares parce que le vécu de la douleur est nouveau et à priori sans moyen de comparaison et que le choix de la méthode Bonapace par les patientes se fait sur des critères objectifs et idéaux. Si nous avons choisi de travailler avec des multipares, le choix de la méthode Bonapace aurait été biaisé par le vécu des accouchements précédents et notre étude aurait alors été déviée de son but premier.

Chaque patiente a suivi des cours de préparation à la naissance dans le même cabinet de sage-femme libérale, celui d'Anne-Françoise Wioland, directrice de ce mémoire. Le recrutement s'est donc fait lors du premier cours de préparation à la méthode Bonapace ; chaque patiente a été informée du déroulement de cette étude et a accepté d'y participer. Mme Wioland dispense les cours de la méthode Bonapace après avoir suivi la formation de Julie Bonapace, conceptrice de cette méthode.

2.2.3 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion de l'étude sont plutôt larges et peu sélectifs. Ils ont permis une approche simple et un recrutement aisé des patientes, l'obtention d'un large spectre de classes sociales et de relation à la douleur.



En pré-partum :

- Une grossesse unique,
- Primipares
- Un déroulement de grossesse sans pathologie maternelle sévère qui puisse compromettre une préparation à la naissance.
- Une grossesse sans pathologie fœtale décelée qui puisse compromettre la préparation à la naissance.
- Des couples pratiquant la méthode Bonapace en préparation à la naissance et à la parentalité, disposés à mener des entretiens et acceptant les conditions de l'étude.

En post-partum :

- Un accouchement par voie basse à terme ou par césarienne en urgence ayant laissé une place conséquente à la méthode de préparation.
- Les couples que nous avons rencontrés en entretiens en pré-partum, disposés à mener des entretiens et ayant accepté les conditions de l'étude.

2.3 Méthode de recueil et analyse du contenu

2.3.1 Recueil des informations

L'entretien avec chaque patiente a été enregistré avec l'accord de la femme puis rendu anonyme lors de sa retranscription. Chaque femme était informée du caractère anonyme de l'entrevue.

L'entretien s'est déroulé au cabinet de Mme Wioland ou bien chez la femme elle-même dans un environnement calme en présence de l'interviewée et du meneur de l'entretien uniquement. Les entretiens pré-partum et post-partum ont duré entre 15 et 50 minutes selon l'élocution de la femme. Chaque entretien a été retranscrit au mot près.



Après l'établissement d'une relation de confiance par l'interviewer, les femmes ont livré des informations de manière très libre en répondant aux questions de l'interviewer qui s'est appuyé sur un guide d'entretien (Annexe 1). Il s'agissait d'une conversation entre la femme et l'interviewer. L'interviewer s'attachait à écouter le récit de l'interviewée, à reformuler les questions lorsque cela était nécessaire et à résumer les dires de la femme entre chaque thème ou sous-thème pour s'assurer de la bonne compréhension des deux parties[16].

L'entretien est à l'origine d'une série d'interactions entre l'interviewer et l'interviewé. Non seulement l'idée que chacun a de l'autre intervient, mais aussi l'idée que chacun se fait des pensées de l'autre. L'interviewer doit être poli, rassurant, sympathique, pour donner une impression favorable dès le premier instant et ensuite à la fois stimuler, susciter l'intérêt de l'enquêté et le rassurer[17].

Lors de notre étude, nous n'avons pas défini la taille de l'échantillon suivant la méthodologie de l'étude qualitative. Nous avons assisté à un phénomène de saturation au terme du dixième entretien. La saturation de l'information peut apparaître lorsque les éléments d'un texte finissent par être facilement insérés dans des thèmes ou catégories préexistantes. En effet, les entretiens réalisés après le dixième ne nous ont pas apportés d'informations nouvelles ou complémentaires. Les femmes ayant déjà été sollicitées pour douze entretiens, nous avons donc décidé d'arrêter nos entretiens au terme du douzième[18][19]. Nous avons donc mené 24 entretiens sur un échantillon de 12 femmes.

2.3.2 Guides d'entretien

Comme déjà précisé ci-dessus, chaque entretien a été mené en suivant un guide d'entretien (Annexe 1) établi lors de la phase exploratoire du mémoire.

Le guide d'entretien est une pré-enquête qui a eu pour but de définir les thèmes à aborder lors de notre étude et les orientations que nous allions donner aux femmes. Nous avons élaboré un guide en deux parties : pré-partum et post-partum.



Nous y avons abordé dans chacune des parties, les thèmes de la douleur, de l'analgésie péridurale, de la place du père, de la médicalisation, du contrôle du corps, et de la méthode Bonapace.

En psychologie, l'effet Hawthorne décrit la situation dans laquelle les résultats d'une expérience ne sont pas dus aux facteurs expérimentaux mais au fait que les sujets ont conscience de participer à une expérience dans laquelle ils sont testés, ce qui se traduit généralement par une plus grande motivation. L'effet Hawthorne est cette tendance des gens à changer leur comportement, simplement parce qu'ils sont observés ou étudiés, ce qui peut conduire par exemple dans notre cas à une minimisation de la douleur dans le discours des femmes interrogées, simplement parce qu'elles font l'objet d'une étude clinique.

Pour contrôler cet effet, dans la mesure de nos moyens, nous avons testé notre entretien auprès d'une patiente témoin ne faisant pas partie de notre étude afin d'évaluer son comportement et sa motivation. Nous avons réajusté les questions du guide d'entretien en fonction des remarques et réponses de la patiente témoin. De plus, chaque entretien a débuté par une explication précise du but de notre étude. Nous avons détaillé à chaque patiente, nos attentes et préconisé à chacune la plus grande liberté et la plus grande vérité dans les propos qu'elle allait rapporter au sujet de son vécu et de son expérience.

2.3.3 Analyse du contenu

Après la retranscription exhaustive de chaque entretien, nous avons procédé à une analyse thématique. A l'occasion de la saisie de l'entretien, nous avons porté des annotations au texte afin de regrouper les thèmes et les notions abordés dans l'entretien dans le but de faciliter l'analyse du contenu. Une fois les annotations faites, nous avons pu trier, catégoriser et assembler les entretiens afin d'effectuer une analyse transversale.



Ce type d'analyse s'intéresse au fait que des thèmes, des mots ou des concepts soient ou non présents dans un contenu. L'importance à accorder à ces thèmes, mots ou concepts ne se mesure pas au nombre ou à la fréquence, mais plutôt à l'intérêt particulier, au poids donné par l'interviewé par rapport au contexte[18][19].

2.4 Entretien avec Julie Bonapace

Nous avons pu nous entretenir avec Julie Bonapace sur notre mémoire lorsque les résultats de notre étude étaient établis et l'analyse pas encore débutée. Elle a accepté d'échanger avec nous sur le contenu du mémoire, sur les principaux résultats et a bien voulu nous livrer son expérience sur les thèmes qui seront abordés dans ce mémoire. Nous nous sommes entretenus par téléphone

Julie Bonapace a pu développer au cours de notre entretien les thèmes que nous abordons nous-même dans notre étude : la douleur de l'accouchement, la notion de couple et de parentalité, le concept du « Gate-keeping », la notion du « working-with » et la culture médicale française.

Cet entretien a été très riche d'enseignement et de partage. Il nous a permis d'étoffer certaines notions abordées dans ce mémoire et a été contributif à l'analyse thématique de nos entretiens. En effet notre analyse a pu être effectuée avec un esprit plus éclairé et critique sur le sujet.

Nous reviendrons sur la plupart des thèmes que nous avons abordés dans cet entretien au cours de la discussion de notre étude. Certaines notions ne seront évoquées que brièvement compte tenu de leur éloignement par rapport au sujet de notre étude.



2.5 Principaux résultats

Nous avons répertorié les principaux résultats de notre étude dans les tableaux qui suivent afin d'obtenir une vision claire des données. La présentation de ces données est exhaustive.

Thèmes	Questions posées	Réponses données par les patientes suites à l'analyse des données.
La douleur	<p><i>Pré-partum :</i></p> <p>Que savez-vous de la douleur de l'accouchement ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 7 patientes mentionnent l'inconnu. Elles disent ne pas avoir de référence au niveau de la douleur et attendent de découvrir le jour de l'accouchement. - 3 patientes n'ont pas de crainte par rapport à la douleur. - 4 patientes abordent la notion de fatalité, le côté naturel de la douleur. Elles doivent "forcément passer par là". "On accouche depuis toujours" donc elles y arriveront aussi. - Toutes les patientes pensent qu'elles sont résistantes à la douleur. - 3 patientes parlent de leur entourage et des avis divers qu'elles ont entendus sur la douleur de l'accouchement. - 2 patientes se disent rassurées de savoir que la douleur de l'accouchement a une fin.
	<p><i>Post-partum :</i></p> <p>Quelle expérience de la douleur avez-vous eue ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 7 patientes ont dit qu'elles n'arrivaient pas très bien à gérer la douleur. - 4 patientes disent avoir été dans un "état second". - 5 patientes disent ne pas avoir géré la douleur à cause de la longueur du travail et/ou de la fatigue. - 4 patientes associent la violence de leurs douleurs à la rupture des membranes.



Thèmes	Questions posées	Réponses données par les patientes suites à l'analyse des données.
	<p><i>Pré-partum :</i></p> <p>Que pensez-vous de l'analgésie péridurale en cours de travail ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 4 patientes souhaitent accoucher sans la péridurale. - 4 patientes souhaitent retarder la péridurale. - 4 patientes sont rassurées de savoir que la péridurale va pouvoir les soulager. - 4 patientes pensent que la péridurale supprime les douleurs et laisse les sensations. - 4 patientes pensent que la péridurale peut avoir un effet sur leur bébé. - 3 patientes pensent que la pose d'une péridurale précoce peut ralentir le travail. - 5 patientes ont peur du geste technique et de l'aiguille. - 3 patientes ont peur du risque de paralysie. - 2 patientes ne souhaitent pas se fixer d'objectif de peur d'être déçues.
<p>La péridurale</p>	<p><i>Post-partum :</i></p> <p>Avez-vous eu la péridurale ? Dans quelles circonstances ?</p> <p>Comment l'avez-vous vécu ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 9 patientes ont eu la péridurale - 6 patientes sur 9 ont eu la péridurale à une dilatation supérieure ou égale à 5 cm. Les 6 patientes sont "contentes" et "fière" d'avoir tenu aussi longtemps. - 5 patientes sur 9 sont satisfaites d'avoir eu la péridurale. 2 patientes sur les 5 disent avoir d'abord vécu la péridurale comme un « échec » puis avoir finalement été « contente d'être soulagée ». - Parmi les 9, 1 considère qu'elle n'a pas eu le choix compte tenu de son déclenchement et 1 s'est senti manipulée par l'anesthésiste. - 4 patientes sur 9 regrettent d'avoir eu la péridurale. - les 3 patientes qui ont accouché sans péridurale sont très contente "d'avoir tenu". 2 d'entre elles parlent d'avoir "respecté leur objectif". - Parmi les 3 patientes qui n'ont pas eu la péridurale, 2 ont bénéficié d'un accompagnement continu par une sage-femme avisée sur la méthode Bonapace.



Thèmes	Questions posées	Réponses données par les patientes suites à l'analyse des données.
<p>Le contrôle du corps</p>	<p><i>Pré-partum :</i></p> <p>Que pensez-vous de la diminution des sensations et de la perte du contrôle du corps potentiellement induites par la péridurale ?</p>	<p>-2 patientes disent que la diminution des sensations ne les "dérange pas"</p> <p>-10 patientes souhaitent garder des sensations. Parmi elle, 7 patientes parlent de "garder le contrôle"</p> <p>-3 patientes pensent pouvoir garder les sensations en régulant la péridurale.</p> <p>-5 patientes veulent être "actrices" de leur accouchement ou "accompagner leur bébé jusqu'au bout".</p>
	<p><i>Post-partum :</i></p> <p>Selon vous, quel contrôle sur votre corps avez-vous eu ?</p>	<p>-Parmi les femmes qui ont accouché avec une péridurale, 4 disent "n'avoir rien senti" pendant le travail, mais d'avoir senti au moment de l'expulsion, 2 disent avoir conservé toutes leurs sensations tout en étant soulagée, 2 disent n'avoir pas du tout été soulagéessans moyen de contrôler leur douleur, étant immobiles à cause de la péridurale.</p> <p>-Parmi les femmes qui ont accouché sans péridurale, toutes ont gardé les sensations et en sont très contentes. Une relate le fait d'avoir perdu le contrôle car déseparée par la douleur.</p>
<p>La place du père</p>	<p><i>Pré-partum :</i></p> <p>Comment imaginez-vous l'implication de votre conjoint pendant votre accouchement ?</p> <p>Pensez-vous qu'une autre préparation à l'accouchement aurait privilégié la place du père ?</p>	<p>- Toutes les patientes relatent un désir du papa de s'impliquer et pensent qu'il sera très présent le jour de l'accouchement.</p> <p>- 4 mentionnent l'importance que le futur papa acquière des connaissances.</p> <p>- 7 pensent qu'il est important que le papa "se sente utile, acteur"</p> <p>- 6 attendent de leur conjoint qu'il les "épaulé", "aide", "soutienne"</p> <p>- 5 insistent sur la dimension de couple et de "vivre la naissance à 2"</p> <p>- 7 patientes pensent que l'haptonomie privilégie la place du papa. Parmi elle, 4 pensent que l'haptonomie ne prépare pas assez à la douleur de l'accouchement et 4 pensent que c'est une technique trop abstraite.</p> <p>- 5 patientes ne connaissent pas d'autres méthodes qui auraient pu privilégier la place du père.</p>



Thèmes	Questions posées	Réponses données par les patientes suites à l'analyse des données.
	<p><i>Post-partum :</i></p> <p>Quel a été l'investissement du père pendant l'accouchement ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Toutes les patientes ont trouvé la présence de leur conjoint indispensable. - Le papa s'est senti utile et à sa place dans 10 cas. - 1 patiente s'est sentie seule. - 7 patientes ont trouvé que le papa a été utile sur le plan physique pour soulager la douleur - 10 patientes ont trouvé que le papa a été utile sur le plan psychologique pour l'encourager et la soutenir
<p>La médicalisation</p>	<p><i>Pré-partum :</i></p> <p>Que pensez-vous de la médicalisation de l'accouchement ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 8 patientes disent ne pas savoir définir la médicalisation : nous avons donc redéfini ensemble le terme comme toute intervention de l'équipe médicale telle que la pose de péridurale, la rupture artificielle des membranes ou l'administration d'ocytocine. - 3 patientes redoutent la médicalisation. - 4 patientes souhaitaient accoucher en maison de naissance et 3 d'entre elles n'y ont pas eu de place. - 5 patientes souhaitent un accouchement "le plus naturel possible". - 4 patientes disent ne "rien y connaître". - 4 patientes disent ne pas être contre la médicalisation s'il y a une "indication médicale" et qu'elle est "nécessaire". - 5 patientes acceptent la médicalisation si on leur explique chaque geste et intervention. - 3 patientes pensent que la médicalisation est "une bonne chose". - 3 patientes disent avoir ont confiance en l'équipe médicale et s'en remettre à eux pour ce qui est de la médicalisation.



Thèmes	Questions posées	Réponses données par les patientes suites à l'analyse des données.
	<p><i>Post-partum :</i></p> <p>Comment avez-vous vécu la médicalisation ?</p> <p>La méthode Bonapace a-t-elle permis un accouchement moins médicalisé ?</p>	<p>- 8 patientes ont ressenti peu ou pas de médicalisation durant leur accouchement. Parmi elles, 6 attribuent la diminution de la médicalisation à la méthode Bonapace, 2 à la rapidité de leur travail.</p> <p>- Parmi les patientes qui ont ressenti une médicalisation, 1 l'attribue à son accouchement instrumentalisé, 1 à son déclenchement, 1 à sa césarienne même si cette dernière estime qu'elle a réussi à diminuer la médicalisation puisqu'elle a pu faire une partie du travail sans péridurale.</p> <p>- 1 patiente s'est sentie manipulée par l'anesthésiste qui l'a terrorisée et parle même de prosélytisme.</p>
<p>La méthode Bonapace</p>	<p><i>Pré-partum :</i></p> <p>Quels sont selon vous, les avantages et les inconvénients de la méthode Bonapace par rapport à la péridurale ?</p>	<p>- 3 patientes pensent que l'avantage de la méthode Bonapace est de retarder la pose de la péridurale.</p> <p>- 3 patientes pensent que la méthode Bonapace est une alternative à la péridurale.</p> <p>- 4 patientes pensent que l'avantage de la méthode Bonapace est d'avoir un accouchement plus naturel.</p> <p>- 5 patientes pensent que l'avantage de la méthode Bonapace est d'impliquer le papa.</p> <p>- 8 patientes pensent que l'avantage de la méthode Bonapace est "d'avoir des sensations" et "d'être active et actrice".</p> <p>- 5 patientes trouvent que la méthode Bonapace est avantageuse car elle "donne des clés" pour "ne pas être dépourvus" et "être en confiance" le jour de l'accouchement.</p>



Thèmes	Questions posées	Réponses données par les patientes suites à l'analyse des données.
	<p><i>Post-partum :</i></p> <p>Avez-vous utilisé la méthode Bonapace pour votre accouchement ?</p> <p>Pourquoi êtes-vous satisfaites ou non de votre accouchement avec la méthode Bonapace ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 11 patientes sur 12 ont utilisé la méthode Bonapace lors de leur accouchement. La patiente qui ne l'a pas utilisé attribue cela à la rapidité de son accouchement. - 1 patiente n'est pas satisfaite de son accouchement avec la méthode Bonapace, elle est satisfaite des points douloureux aux pieds qui ont accélérés sa dilatation, mais ne fonctionnent pas pour soulager la douleur. La préparation enjolive l'accouchement et minimise la douleur. - 10 patientes ont utilisé les points douloureux pour soulager la douleur des contractions. - 4 ont utilisé la respiration pour gérer la douleur. - 3 ont utilisé les massages effleurant pour se détendre entre chaque contraction. - 4 ont utilisé l'imagerie mentale pour dévier la douleur. - 3 considèrent que les points Bonapace les ont aidés à entrer en travail. - 2 considèrent que les points Bonapace ont accéléré leur travail. - 7 patientes sont satisfaites pour l'implication du papa. - 6 patientes sont satisfaites pour le soulagement de la douleur. - 6 patientes sont satisfaites car elles ont retardé la péridurale. - 3 patientes étaient rassurées d'avoir eu un protocole à suivre. - 2 femmes sont contentes car la méthode leur a permis de ne pas prendre la péridurale.

3 Analyse et discussion

3.1 La douleur

3.1.1 Vécu douloureux de l'accouchement

3.1.1.1 La notion de l'inconnu

Lors de nos entretiens pré-partum, nous avons interrogé les patientes sur la douleur. Dans leurs réponses, plus de la moitié des patientes mentionnent la notion d'inconnu. Elles disent ne pas avoir de référence pour comparer la douleur et attendent de « découvrir » le jour de l'accouchement. Certaines essaient de comparer la douleur de l'accouchement à une douleur intense qu'elles ont pu connaître dans leur vie mais chacune conclut en disant que la douleur de l'accouchement est un phénomène particulier qu'elle ne connaissent pas et qu'elles ne peuvent pas imaginer ou comparer avec une autre forme de douleur. Parmi les patientes qui disent « ne pas avoir de craintes » par rapport à la douleur de l'accouchement, deux d'entre elles associent cette absence d'appréhensions à la dimension inconnue de l'accouchement. Elles pensent que « puisqu'elles ne savent pas ce que c'est, elles ne peuvent pas avoir peur ». Seulement deux de ces patientes n'ont pas d'appréhensions, mais la plupart des parturientes interrogées sont anxieuses à l'idée de cet inconnu.

Malgré cette mention de l'inconnu, toutes les patientes de notre étude pensent qu'elles sont « résistantes à la douleur » en se plaçant dans un contexte général et sans se projeter sur la douleur de l'accouchement.

3.1.1.2 Rôle de la sage-femme

Cet inconnu génère du stress qui ne sera alors totalement évacué qu'au moment de l'accouchement en lui-même. Il peut cependant être estompé grâce aux

connaissances que les futurs parents peuvent obtenir en se préparant à la naissance. Les patientes interrogées disent d'ailleurs avoir apprécié la préparation à la naissance pour les connaissances qu'elle a apportée à elles-mêmes et au père.

Les 12 patientes interrogées lors de notre étude disent avoir vécu un plus bel accouchement parce qu'elle et leur conjoint « savaient ce qui allait se passer », et s'était préparés pour chaque phase du travail. La majorité des femmes pensent que la préparation à la naissance avec la méthode Bonapace leur a « donné les clés » afin de « ne pas être dépourvus » et « d'être en confiance ». Une bonne réponse donc, à cet inconnu, qu'est la préparation à la naissance.

Il est important cependant, de ne pas oublier que ce sont des primipares. Si la préparation à la naissance a pu les aider à gérer le facteur stress de l'inconnu en leur apportant les connaissances théoriques, le rôle de l'équipe médicale est essentiel dans l'apport des moyens pratiques de gérer cet inconnu. En effet, beaucoup de patientes pensent qu'elles savent ce qu'il faudra faire en théorie mais qu'elles seront forcément influencées par le contexte de l'accouchement le jour J. La plupart des patientes interrogées attendent de l'équipe médicale qu'elle les aide à gérer cet inconnu le jour de l'accouchement.

Toute la place de la sage-femme réside donc dans cet accompagnement le jour de l'accouchement afin de mettre la patiente et le couple en confiance pour que l'accouchement se rapproche le plus possible de l'idéal qu'ils s'en faisaient lors des cours de préparation à l'accouchement[20].

Il est souvent proposé aux couples d'établir un projet de naissance lors des cours de préparation à l'accouchement. Il permet d'informer l'équipe médicale des désirs et des attentes du couple. En effet même si la préparation à la naissance s'effectue en couple, il est important que le jour de l'accouchement le travail se fasse en équipe, à savoir le couple et la sage-femme. Nous notons d'ailleurs que dans notre étude, parmi les trois femmes qui ont accouché sans analgésie péridurale, deux ont bénéficié de la présence continue d'une sage-femme lors de leur travail et

de leur accouchement. La majorité des patientes de notre étude ont rédigé ce projet de naissance afin d'informer au mieux l'équipe médicale de leurs attentes et d'avoir le jour de l'accouchement, une prise en charge la plus adaptée possible à leurs souhaits.

3.1.1.3 Paradigme du « Working-with »

Dans notre société performante, la douleur de l'accouchement n'est plus un passage obligé. L'accouchement dans la douleur n'est plus un fondement de nos croyances et au contraire, beaucoup de gens s'accordent à dire que la douleur n'est pas nécessaire voire inutile. Les avantages de l'analgésie péridurale prévalent aujourd'hui sur les risques et la majorité des femmes de notre société préfèrent abolir la douleur plutôt que d'essayer de travailler avec[21].

Dans notre étude un quart des femmes interrogées parlent pourtant du côté naturel de la douleur. Elles considèrent qu'elles doivent « forcément passer par là », et pensent qu'elles peuvent réussir à accoucher dans la douleur puisque qu' "on accouche depuis toujours".

Le paradigme du « Working-with pain » est basé sur le fait que la douleur est un phénomène naturel et fait partie du déroulement physiologique du travail et de l'accouchement. Il suppose qu'en donnant un support optimal à la femme, elle peut réussir à faire face à la douleur et à « travailler avec » grâce notamment à la production par le corps d'analgésiques naturels tels que les endorphines [20]

Lors de nos entretiens, un quart des femmes interrogées ont évoqué le caractère naturel de la douleur en disant que la douleur de l'accouchement était présente car « il y a une raison » et que la contrer dévierait de processus physiologique de l'accouchement. Ces femmes comptaient sur la méthode Bonapace ainsi que sur l'équipe médicale pour justement les aider à « travailler avec cette douleur ».



3.1.1.4 La composante affective

Il est intéressant de s'apercevoir que les femmes évaluent le vécu de leur accouchement par rapport à des critères d'accompagnement plus que par rapport à des critères médicaux. Une étude américaine montre que les influences de la douleur, du soulagement de la douleur, et les interventions médicales sur la satisfaction ultérieure ne sont ni aussi évidentes, ni aussi puissantes que les influences des attitudes et des comportements des soignants [22][20].

Dans notre étude, lorsque nous demandons aux femmes de nous parler de la douleur de l'accouchement, 3 patientes parlent de leur entourage et des avis divers qu'elles ont entendus sur la douleur de l'accouchement. Beaucoup de patientes font allusion à leur mère et à la vision familiale de la douleur. Nous allons voir que cette vision familiale peut influencer le vécu douloureux dans la composante comportementale de la douleur.

Il semble alors que la douleur lors du travail, devrait être prise en charge de manière individuelle et que l'accompagnement et l'écoute des femmes par l'équipe soignante semblent être plus importants que la technique utilisée pour soulager la douleur. L'intérêt et la place du projet de naissance prend alors tout son sens puisque qu'il permet aux couples et à l'équipe médicale de travailler ensemble pour pouvoir répondre au mieux aux désirs d'accompagnement des futurs parents.

3.1.2 Approche multifactorielle

Il peut être enrichissant d'un point de vue professionnel de comprendre les motivations des femmes à demander ou non une analgésie péridurale. On peut facilement comprendre que les différences de motivations peuvent être expliquées par une différence dans l'évaluation de la douleur et la perception de l'accouchement. Il est donc important de prendre en compte les souhaits et les attentes des femmes dans la gestion de la douleur lors de l'accouchement, afin de faire correspondre notre prise en charge et leurs désirs [23][20].



Chaque femme est différente non seulement dans la perception de la douleur mais également dans la visualisation de son accouchement. Il est donc nécessaire d'évaluer et d'analyser chaque femme dans son individualité[20].

Il semblerait que la perception de la douleur est un phénomène complexe ne répondant pas aux seules règles de la neuro-anatomie. En effet la dimension psychologique a un impact important dans le vécu des femmes. Plusieurs facteurs interviennent lors du vécu de la douleur. Ce sont des facteurs pluridimensionnels tels que des antécédents de vécu douloureux, l'imaginaire de la naissance et la maturité de ce concept chez la patiente (permettant l'acceptation de la douleur ou non), l'anxiété et l'angoisse, la fatigue physique et psychique, les différences culturelles du vécu de la douleur, l'influence de l'environnement humain, social etc...[1]

Il existe en fait 4 composantes à la douleur :[24]

- Composante sensori-discriminative : correspond à la capacité d'analyser la nature, la localisation, l'intensité et la durée du message douloureux. La localisation des douleurs profondes et en particulier viscérales est imprécise.
- Composante affective-émotionnelle : qui affecte toute perception douloureuse d'un caractère désagréable. Cette composante peut se prolonger en anxiété et dépression. Cette composante est déterminée par le stimulus nociceptif mais aussi par le contexte dans lequel le stimulus est appliqué. C'est ce qui constitue l'expérience douloureuse et le souvenir qu'on en gardera.
- Composante cognitive : le terme cognitif désigne l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception de la douleur et les réactions comportementales qu'elle détermine : attention, diversion de l'attention, interprétation et valeurs attribuées à la douleur, anticipation, références à des expériences douloureuses antérieures personnelles ou observées, savoir sur la douleur, décisions sur le comportement à adopter.

- Composante comportementale : englobe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre (plaintes, mimiques, postures antalgiques). Elle est réglée par les apprentissages antérieurs, l'environnement familial et ethnoculturel, les standards sociaux (âge, sexe, milieu socio-culturel). Les réactions de l'entourage (familial, professionnel, soignant) peuvent interférer avec le comportement du malade douloureux, contribuer ou non à son entretien[24].

Lors de nos entretiens, les femmes ont inconsciemment essayé de définir la douleur selon plusieurs composantes. Tandis que certaines définissent le caractère désagréable comme l'accumulation des douleurs, d'autres l'associe à la fatigue physique et psychique. Plusieurs femmes font référence à leur famille ou à leur enfance, donc à la dimension comportementale de la douleur.

C'est pourquoi, et même si l'analgésie péridurale semble être aujourd'hui le moyen le plus efficace pour réduire la douleur lors de l'accouchement, on peut se demander s'il n'y a pas un intérêt supérieur à proposer aux femmes un accompagnement et une gestion encadrée et personnalisée de la douleur plutôt que de proposer, systématiquement et de manière empirique, l'analgésie péridurale aux patientes.

3.2 L'analgésie péridurale

3.2.1 Efficacité prouvée de la péridurale

Lors de notre étude, lorsque nous avons interrogé les femmes en pré-partum sur leurs souhaits par rapport à la péridurale, un quart d'entre elles nous a dit être rassuré de savoir que l'analgésie péridurale allait pouvoir les soulager. En effet 79% des femmes ont recours à l'analgésie péridurale durant leur travail en 2010 en France[7]. Ce chiffre montre que la péridurale est en tête de liste des méthodes analgésiques utilisées en France pour l'accouchement, passant devant les autres

techniques pharmacologiques analgésiques (Dolosal® ou autres morphiniques IV., protoxyde d'azote inhalé, bloc des nerfs honteux)[3].

La proposition de l'analgésie péridurale à toutes femmes admises en salle de naissance, est donc entrée dans les habitudes et c'est devenu un automatisme pour la plupart des équipes soignantes. Or, proposer l'analgésie péridurale à toutes femmes sans distinction dès l'entrée en travail présuppose que toutes les femmes ont les mêmes attentes et sont égales face à la douleur. Nous avons précédemment vu qu'il était peu pertinent de considérer toutes les femmes sur un plan d'égalité quant à la gestion de la douleur.

3.2.2 La préparation à la naissance comme alternative à la péridurale

Si l'analgésie péridurale est la meilleure technique permettant d'abolir la douleur, elle ne permet pas de contrôler l'état émotionnel ce qui donne souvent aux patientes la sensation de ne pas avoir vécu leur accouchement. Elle a un impact sur la composante sensori-discriminative de la douleur, qui représente seulement un quart de la douleur globale. C'est dans l'optique du « working with pain » développée un peu plus haut, que la préparation à la naissance entre en jeu.

Les techniques de préparation à la naissance ne visent en aucun cas à abolir la douleur mais tentent de donner aux parents des moyens de la contrôler. Elles sont utiles aux femmes désirant retarder la péridurale (1/3 des cas dans notre étude) et bien sûr à celles désirant accoucher sans péridurale (1/3 des cas également dans notre étude), mais elles peuvent se révéler tout à fait intéressantes également pour les patientes à qui la péridurale ne peut pas être posée immédiatement pour des raisons de disponibilité des médecins anesthésistes ou lorsque la patiente n'est pas encore en travail. Elles permettent alors aux patientes d'attendre dans de bien meilleures conditions psychologiques. Elles s'avèrent fondamentales dans les cas où l'analgésie péridurale ne peut être réalisée du fait d'une contre-indication[3].



3.2.3 Retentissements de la péridurale sur le travail

Lors de nos entretiens, nous avons observé qu'un quart des femmes pensent que l'analgésie péridurale peut ralentir le travail. En effet même si plusieurs études récentes ont des conclusions différentes quant à savoir si c'est la première ou la deuxième phase du travail qui est allongée, elles s'accordent cependant toutes à dire que la durée du travail est augmentée.

Elles montrent, pour la plupart que l'analgésie péridurale n'influe pas - ou en tout cas n'a plus d'incidence du fait des modifications des techniques analgésiques et des conduites obstétricales - sur le taux de césariennes et sur les dystocies des épaules. Elles démontrent néanmoins que l'analgésie péridurale induit une augmentation de la première et/ ou de la deuxième phase du travail (même si cette augmentation a été réduite depuis quelques années du fait des nouveautés techniques et pharmacologiques). Elle augmente également le taux des accouchements instrumentalisés, et celui de l'utilisation de l'ocytocine [3][25][26][27].

Parmi les patientes interrogées pour notre étude, plusieurs ont peur du risque de paralysie et plus de la moitié redoutent la pose de péridurale par « peur de l'aiguille » ou des complications neurologiques.

Nous comprenons alors certaines femmes qui souhaitent accoucher sans péridurale, par peur des gestes techniques [27].

Lors de nos entretiens pré-partum, plus de la moitié des femmes interrogées disent avoir peur des conséquences de la péridurale, à la fois sur leur enfant, et sur elles-mêmes. Certaines pensent qu'elle peut « ralentir le travail si elle est posée trop tôt ». Nous nous apercevons alors que beaucoup de femmes souhaitent accoucher sans péridurale ou au moins la retarder à cause du retentissement qu'elle peut avoir sur le déroulement du travail.

Lors de nos entretiens post-partum, toutes les femmes qui ont accouché sans péridurale se disent « très satisfaites » et « fières ». Près de la moitié des femmes qui ont accouché avec une péridurale le regrettent et aurait préféré accoucher sans.



Cette déception vient-elle exclusivement des retentissements que la péridurale a pu avoir sur leur travail ou de la peur des gestes techniques ?

3.2.4 La vision des femmes sur l'analgésie péridurale

Parmi les motivations des femmes à accoucher sans analgésie péridurale, apparaît en premier lieu la peur du geste technique de la pose de l'analgésie péridurale. D'autres femmes ne désirant pas accoucher avec une analgésie péridurale revendiquent le caractère naturel de l'accouchement et la capacité de leur corps à pouvoir endurer la douleur du fait de cet aspect physiologique, enfin certaines ont des motivations liées à une volonté d'autonomie dans le travail et dans l'accouchement[23][28].

Malgré une augmentation constante du taux d'analgésie péridurale depuis les années 60 (pour rappel : 79% en 2010), aujourd'hui, 32.3% des femmes souhaiteraient se passer d'analgésie péridurale pour leur accouchement (33.3% d'après notre étude)[23][28].

Suite à notre étude, nous avons vu que deux tiers des patientes souhaitaient retarder ou ne pas du tout demander l'analgésie péridurale. Elles comptaient sur la méthode Bonapace pour soulager leurs douleurs et respecter leur objectif.

Nous pouvons donc dire que du point de vue des parents, la méthode Bonapace est une alternative à l'analgésie péridurale car elle réduit efficacement la perception de la douleur de l'accouchement et permet de retarder l'analgésie péridurale voire de la remplacer.

3.3 La place du père

Les femmes que nous avons rencontrées pour notre étude nous disent toutes que le futur père désire s'impliquer dans la grossesse et l'accouchement. Il est important selon elles que leur conjoint « acquiert des connaissances » afin de



pouvoir « se sentir utile et acteur le jour de l'accouchement ». Certaines insistent sur le rôle du père dans le soulagement de la douleur et l'aide qu'il pourra leur apporter, d'autres parlent plutôt de la dimension de couple et disent vouloir « vivre la naissance de leur enfant à deux ».

Cette dimension de couple est semble-t-il importante dans le vécu de la naissance et de l'accouchement. Comme toutes les premières expériences nécessitent un apprentissage, être parent pour la première fois demande une préparation.

Il existe deux déterminants psychologiques majeurs qui définissent l'implication du père dans la fonction parentale.

Le premier est le degré auquel les pères souhaitent participer, c'est-à-dire les caractéristiques individuelles, les déterminants de la personnalité du père qui pourraient favoriser ou non sa motivation et donc son implication telles que l'ouverture, et la sensibilité. Ces facteurs semblent être impliqués dans le désir du père à accorder une priorité au fait d'être parent [29].

Le deuxième déterminant de l'implication paternelle est la facilitation de la part de la mère nommé communément la protection du territoire maternel ou la théorie du « maternal gatekeeping ». Ce phénomène de garde-barrière est défini comme la restriction maternelle à l'accès à l'enfant, pour des raisons habituellement attribuées au besoin de la mère de s'identifier comme telle [29].

La dimension du contrôle de l'accès est – semble-t-il – liée à l'estime de soi de la mère, et prédit l'implication du père dans les soins de l'enfant [30].

Nous pouvons donc dire que la volonté du père et la place que la mère laisse au père pendant l'accouchement sont prédictif de l'implication du papa dans la fonction parentale.

Parmi les femmes que nous avons interrogées, toutes disaient vouloir une implication optimale du père pendant l'accouchement et lui laisser la place qu'il



mérite pendant la naissance de leur enfant. Selon elles, leur conjoint était tout à fait préparé à être acteur et à s'impliquer activement dans la grossesse et l'accouchement.

Quel rôle peut donc jouer la préparation à l'accouchement dans la participation du père à l'accouchement ?

Il semble qu'un modèle structuré de préparation à la naissance mettant l'accent sur la psychoprophylaxie répond mieux aux attentes des futurs parents que la préparation à la naissance classique. La satisfaction des couples a été étudiée devant deux modèles de préparation à la naissance : une méthode classique et une méthode de préparation à l'accouchement naturel avec psychoprophylaxie. Les couples ont affirmé que la méthode de préparation à l'accouchement naturel avec psychoprophylaxie répondait mieux à leurs attentes que la méthode classique notamment pour la préparation plus spécifique à l'accouchement pour les dimensions de préparation à l'accouchement en lui-même et de préparation à la parentalité[31].

Lors de nos entretiens, les mères ont en effet nommé la méthode Bonapace comme la méthode qui répondait le mieux à leur besoin : la participation active du père et la gestion de la douleur de l'accouchement. Après l'accouchement, elles ont toutes estimé que la présence du père était « indispensable », du fait de son « soutien physique » pour la majorité et pour son « soutien psychologique et moral » pour la quasi-totalité.

Le plupart des pères se sont sentis utiles le jour de l'accouchement et rassurés grâce aux connaissances acquises durant les cours de préparation. Il semble que la préparation a pu atténuer leurs angoisses. Nous considérons cette information essentielle sachant que les hommes qui éprouvent un sentiment fort de peur durant la grossesse, sont plus susceptibles d'éprouver la grossesse et la naissance à venir comme un événement négatif [12].



Nous avons d'ailleurs pu nous entretenir avec les pères en dehors de l'entretien et de notre étude. Il est ressorti de nos échanges qu'ils avaient véritablement trouvés leur place grâce à la méthode Bonapace et qu'au-delà de leur rôle dans le soulagement de la douleur, ils avaient pu avoir des repères et ne pas être démunis grâce à l'enseignement qu'apportait la préparation à la naissance.

L'intérêt d'une préparation à la naissance en couple est également de souder les couples, de renforcer la dynamique du couple dans cette épreuve qu'est l'accouchement. Comme nous le disait Julie Bonapace durant notre entretien, c'est le but premier de la méthode Bonapace de pouvoir fortifier et conforter le couple afin d'accueillir sereinement leur enfant.

Suite à notre étude et en la confrontant à la littérature, nous pouvons donc affirmer que les futurs parents pensent que la méthode Bonapace est intéressante car elle permet la participation active du père.

3.4 Le contrôle du corps

Lorsque nous évoquons les raisons qui poussent les futures mères que nous avons interrogées à ne pas prendre ou à retarder la péridurale, beaucoup d'entre-elles nous parlent de leur volonté de « garder les sensations des contractions et de leur bébé qui descend ». Quelques-unes pensent pouvoir garder ces sensations en « régulant la dose de l'analgésie péridurale ».

Elles souhaitent pouvoir être « actrices dans leur accouchement » et « accompagner leur bébé » dans l'évènement de la naissance. Elles nous disent également leur désir de contrôle. La plupart évoquent cette volonté de « garder le contrôle de leur accouchement » afin de « vivre pleinement la naissance » qu'elles considèrent comme un évènement unique dans la vie d'une femme. Parmi elles, quelques-unes se définissent, dans un contexte hors de celui de l'accouchement,

comme des « maniaques du contrôle ». Elles nous précisent qu'elles aiment avoir le contrôle dans leur vie quotidienne.

Nous notons alors cette volonté d'autonomie des femmes qui vont accoucher, de pouvoir rester « maître de leur corps » et libres de leur mouvement dans une optique de liberté[28]. Plus encore, certaines parlent de « fierté d'accoucher sans péridurale », et l'une d'elles parle même de l'image de la « guerrière » que celle de la femme qui accouche sans péridurale.

3.5 Médicalisation

L'accouchement est aujourd'hui presque totalement médicalisé. La grossesse, quasiment devenue une pathologie est empreinte de technique et de progrès.

Ces techniques peuvent cependant être remises en cause par certaines sages-femmes, qui y voient une contestation de leurs compétences professionnelles et relationnelles. Certains établissements prônent un renouveau plus humain (humanisation de la grossesse *versus* importance du risque) malgré une pression médico-légale toujours constante. Indépendamment de ce souhait d'humanisation, l'accouchement n'est jamais totalement maîtrisé par la femme. Il reste, en France, un évènement contrôlé et dirigé par une équipe médicale interventionniste. Par ailleurs, les capacités de négociation de la femme avec le personnel soignant sont particulièrement faibles durant ce moment particulier[32].

Des approches non pharmacologiques ont été testées chez des patientes. Celles basées sur le « Gate control » (immersion dans l'eau, massage, déambulation, positions) et sur le contrôle inhibiteur par stimulus douloureux (acupression, acupuncture, stimulation électrique, injections d'eau), sont associées à une réduction du taux de l'analgésie péridurale et à une satisfaction maternelle supérieur de l'accouchement [21].

Par rapport aux méthodes de « Gate-control » et de stimuli douloureux qui sont des techniques permettant un soutien continu, les approches non pharmacologiques classiques sans soutien continu telles que l'éducation, la déviation de l'attention, sont associées à une augmentation du taux d'analgésie péridurale, de césarienne, d'accouchement instrumentalisé et d'utilisation de l'ocytocine. La durée du travail est également augmentée et la satisfaction à l'accouchement est moindre[21].

Nous notons d'ailleurs que dans notre étude, les deux femmes ayant respecté leur souhait d'accoucher sans analgésie péridurale, ont bénéficié du soutien continu de leur conjoint et de la sage-femme présente du début à la fin du travail et de l'accouchement.

Les approches non pharmacologiques de « Gate-control » et de contrôle inhibiteur de la douleur telles que la méthode Bonapace pourraient donc efficacement être utilisées comme une stratégie supplémentaire pour soulager la douleur en salle de naissance puisqu'elles semblent offrir de nombreux avantages aux femmes et à leur enfant.

Lors de nos entretiens pré-partum, même si le terme de médicalisation semble peu connu des femmes que nous avons interrogées, beaucoup disent vouloir un accouchement « le plus naturel possible ». Un tiers redoutent véritablement la médicalisation et la majorité dit vouloir être informé de tous les gestes effectués lors de leur travail. Elles disent que l'information et la communication avec l'équipe médicale leurs semblent plus importantes que la médicalisation en tant que telle.

3.5.1 Les déséquilibres hormonaux

Nous avons redéfini la médicalisation pour les femmes interrogées au cours de notre étude. Nous l'avons décrite comme toute intervention de l'équipe médicale telle que la césarienne, la pose de péridurale, la rupture artificielle des membranes ou l'administration d'ocytocine. Nous avons déjà décrit dans quelle mesure l'analgésie péridurale était une médicalisation, il est facile de comprendre pourquoi la rupture



artificielle en est une - surement moindre- par son caractère « artificiel » et non spontané et par le fait qu'elle est souvent précédée de la pose d'une péridurale et suivie par l'administration d'ocytocine dans la stratégie du travail dirigé.

Nous avons jugé intéressant de revenir sur l'administration d'ocytocine pour redéfinir l'enjeu et la place qu'elle prend dans la médicalisation.

Plusieurs études récentes ont établi un lien entre une saturation des récepteurs à l'ocytocine et une exposition prolongée à cette molécule. Ainsi, le taux de récepteurs sensibles à l'ocytocine après un prétraitement à l'ocytocine, était diminué. Les récepteurs étant saturés, l'ocytocine naturelle ne peut donc plus jouer son rôle d'utéro-tonique, augmentant donc le risque d'hémorragie de la délivrance et du post-partum[33][34].

La médicalisation est un procédé en constante évolution. Au-delà des césariennes et des extractions instrumentales, la médicalisation peut consister en l'intervention de l'équipe médicale de la plus minime à la plus évidente ; de la rupture artificielle des membranes à la césarienne en passant par la péridurale, et l'administration d'ocytocine.

Lors de notre étude, la majorité des patientes ont ressenti une diminution de la médicalisation lors de leur accouchement et la quasi-totalité attribue cette diminution à la méthode Bonapace. De plus, seulement deux femmes parmi les douze interrogées ont eu un accouchement très médicalisé : une extraction instrumentale pour non progression de la présentation fœtale et une césarienne pour stagnation de la dilatation cervicale. La majorité des patientes considèrent que leur accouchement est plus physiologique que les accouchements qui ne sont pas préparés avec la méthode Bonapace, y compris celle qui a eu un accouchement par césarienne. Elles pensent que cette physiologie leur a permis de garder leurs sensations au moment de l'accouchement et particulièrement de l'expulsion.



Nous pouvons donc dire que les femmes pensent que c'est une bonne alternative car elle rend possible un accouchement plus physiologique et moins médicalisé qui permet aux femmes de rester actives et de garder les sensations durant leur accouchement.

3.6 La méthode Bonapace

Alors que l'analgésie péridurale a pour but de soulager par des moyens thérapeutiques les douleurs nées des voies nerveuses sensitives, la préparation à la naissance et notamment la méthode Bonapace tente de diminuer la perception de la douleur par une approche individuelle et personnelle de la patiente. Elle s'attache à en prenant son vécu et son histoire en considération afin d'atteindre les composantes affective-émotionnelle, cognitive et comportementale de la douleur. Nous avons vu que l'analgésie péridurale seule ne peut en aucun cas suffire à soulager la parturiente si les autres facteurs ne sont pas analysés[1].

La méthode Bonapace, tente d'éduquer les patientes afin de réduire la perception de la douleur de l'accouchement.

C'est une méthode spécifique de préparation à la naissance et à la parentalité qui s'articule autour de la gestion de la douleur afin de donner une place au père pour renforcer la dynamique du couple et mieux répondre aux attentes des couples[2].

C'est toujours dans cette approche multifactorielle de la perception de la douleur obstétricale que la méthode Bonapace tente de soulager les parturientes.

Des techniques classiques de préparation à la naissance ont été comparées avec la méthode Bonapace concernant la perception de la douleur. On observe que, durant le travail, les techniques de modulation de la douleur combinées avec la participation active d'un partenaire diminuent significativement la perception de la douleur et augmentent la satisfaction des couples. Il semble donc que ce soient des techniques intéressantes à ajouter aux programmes traditionnels de formation à l'accouchement pour la gestion de la douleur[15].



La méthode Bonapace offre en effet une diminution globale de la douleur autant dans son intensité que pour son caractère « désagréable » (inclus dans la composante « affective-émotionnelle » de la douleur) [21].

Lors des entretiens post-partum que nous avons menés pour notre étude, plus de la moitié des femmes pensent que la méthode Bonapace a « donné les clés » à leur couple afin qu'ils ne soient « pas dépourvus » le jour de l'accouchement, qu'ils soient en confiance et actifs durant le travail.

La majorité des femmes sont satisfaites de leur accouchement avec la méthode Bonapace car elle a permis de retarder la pose de la péridurale et de garder leurs sensations plus longtemps. Elle a également permis l'implication du père pour toutes les patientes. La plupart sont satisfaites pour le soulagement des douleurs et la diminution de la médicalisation.

Nous pouvons donc dire que les femmes sont satisfaites de la méthode Bonapace car c'est une méthode qui permet d'impliquer le père, de pouvoir garder les sensations de l'accouchement, de diminuer la médicalisation et de réduire les douleurs afin de retarder la pose de l'analgésie péridurale voire de la remplacer.

3.7 Limites et biais de l'étude

Notre étude comporte plusieurs biais. Le premier est un biais de sélection associé au recrutement de patientes. Nous avons sélectionné nos patientes par l'intermédiaire de la directrice de ce mémoire qui est sage-femme libérale enseignant la méthode Bonapace en préparation à la naissance. Les 12 patientes sélectionnées ont donc eu les mêmes cours, elles ont donc pu apporter des réponses similaires associées à l'enseignement qu'elles avaient reçu.

De plus, le cabinet de sage-femme où les cours se sont déroulés était proche de l'hôpital de Pontoise, la plupart des patientes ont accouché dans cet hôpital. Deux patientes ont cependant accouché dans un autre hôpital et ont donc pu recevoir des indications ou propositions différentes en fonctions des protocoles du



servicehospitalier. Ces différences de prise en charge ont pu biaiser la perception de la douleur des femmes. La satisfaction de leur accouchement a pu être erronée du fait des prises en charges différentes, de la différence des équipes et des habitudes du service.

Le second biais de notre étude est lié au contexte de l'enquête comme pour beaucoup d'études menées à l'aide d'entretiens semi-directifs. En effet l'échange entre l'interviewer et l'interviewée s'est fait spontanément et librement, il n'a donc pas été systématisé et a pu générer des nuances au cours des conversations qui n'ont pas pu être maîtrisées.

Durant la phase exploratoire de ce mémoire, nous avons d'abord voulu interroger les couples et non les femmes seules puisque la méthode Bonapace s'intéresse à la dimension de parentalité. Nous n'avons pas voulu interroger les deux parents simultanément car leurs réponses auraient été biaisées. Interroger les deux parents séparément aurait impliqué une étude de trop grande échelle compte tenu du temps qui nous était imposé.

Il est possible qu'un autre biais lié à l'effet Hawthorne ait été observé. Chaque patiente se savant étudiée et participant à une enquête a pu, consciemment ou inconsciemment, augmenter ses motivations et rendre ses réponses plus positives dans le but d'aller dans le sens de notre enquête. Nous avons testé notre entretien afin de limiter ce biais au maximum et tenter durant nos entretiens, d'être le plus impartial possible dans la formulation de nos questions. Nous avons volontairement posé des questions indirectes et non dichotomiques dans le but d'obtenir des informations les plus libres et authentiques possibles.

Une des limites de notre étude est sa longueur. Développer notre étude à l'aide d'entretiens, et qui plus est, doubles (pré- et post-partum), était ambitieux. Nous avons mené nos entretiens de septembre 2014 à avril 2015 soit 8 mois de durée d'enquête.



Une seconde limite, non négligeable est le fait que nous ayons pratiqué nos entretiens auprès de primipares exclusivement. Ce choix était volontaire de notre part afin de ne pas avoir de biais de sélection et de pouvoir comparer les réponses apportées sans devoir contextualiser le vécu, les motivations et les attentes des femmes. Cependant, les résultats avec des multipares auraient été foncièrement différents du fait de l'expérience de la douleur différente des patientes, de la durée du travail probablement réduite etc... Compte tenu de cette limite, il sera difficile de généraliser les résultats à l'ensemble des parturientes.

Notre étude étant qualitative et développée à l'aide d'entretien semi-directif, il n'a pas été possible d'obtenir une large représentation de la population et la liberté des réponses n'était que partielle puisque les entretiens étaient guidés.

3.8 Validité et forces de l'étude

Nous estimons que l'outil choisi pour notre étude à savoir les entretiens semi-directifs a été pertinent. Il a permis de laisser une liberté dans l'échange entre les femmes et l'intervieweur, pour répondre complètement à notre problématique.

Malgré le temps conséquent que nos entretiens ont exigé, nous sommes satisfaits d'avoir interrogé les femmes en pré-partum et en post-partum. Nous avons pu recueillir les informations les plus complètes et ces deux formes d'entretiens étaient nécessaires compte tenu du caractère dichotomique de notre problématique.

Nous sommes satisfaits d'avoir pu mener cette étude du fait de son caractère complet et pluridimensionnel. Elle a permis de comprendre les désirs et le vécu des femmes qui préparent la naissance de leur enfant avec la méthode Bonapace.

Les résultats de notre étude et la conclusion sont satisfaisants puisque toutes nos hypothèses ont été validées. La confirmation de nos hypothèses a permis d'affirmer la validité interne de notre étude.

Conclusion

La méthode Bonapace est une méthode de préparation à la naissance et à la parentalité pluridimensionnelle. En effet nous avons vu que les femmes et par extension les couples, mettaient en avant la participation active du père dans le choix de la technique pour les préparer à l'accouchement. Les mères insistent sur la place d'acteur qu'elles souhaitent laisser au père, afin qu'il se sente utile et impliqué dans la naissance de leur enfant.

Nous avons également mis en lumière la volonté des femmes d'avoir un accouchement « naturel ». Elles sont conscientes des enjeux de la médicalisation et souhaitent contrôler leur corps afin d'être vraiment conscientes des sensations et réellement présentes pour la naissance de leur enfant.

Au-delà du fait que certaines patientes souhaitent accoucher sans l'analgésie péridurale par peur des gestes techniques, beaucoup avancent l'autonomie et la liberté dans leurs arguments. Elles souhaitent vivre pleinement ce moment particulier de la naissance, autant pour leur vécu et leur souvenir que pour la répercussion que ce jour particulier peut avoir sur leur enfant. La dimension d'authenticité semble bien présente dans l'esprit des femmes.

La méthode Bonapace semble alors être une alternative à l'analgésie péridurale autant pour son efficacité dans la réduction de la douleur que pour les dimensions de physiologie, d'accompagnement par le père et de vécu authentique et physiologique de l'accouchement.

Bibliographie

- [1] D. P. S. Leroy, *Prise en charge de la douleur au cours du travail et de l'accouchement*. 2010.
- [2] P. Hennebelle, *Recommandations Professionnelles En PNP*, 2006.
- [3] F.J. Mercier, "Douleur du travail et de l'accouchement: place de l'analgésie péridurale,," Département d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital Antoine Béclère, Clamart, Février-2005.
- [4] G. M. Cooper, "Satisfaction, control and pain relief: short- and long-term assessments in a randomised controlled trial of low-dose and traditional epidurals and a non-epidural comparison group," *Int. J. Obstet. Anesth.*, vol. 19, no. 1, pp. 31–37, Jan. 2010.
- [5] P. Bricard, "SFAR - Information médicale sur l'analgésie péridurale en obstétrique Fiche patient 2010."
- [6] A. J. Gagnon and J. Sandall, "Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both," *Cochrane Database Syst. Rev.*, no. 3, 2007.
- [7] B. Blondel and M. Kermarrec, "Enquête périnatale 2010 - Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003," Paris, Mai 2011.
- [8] I. Capponi, "Femmes en transition vers la maternité: sur qui comptent-elles?," *Dialogue*, vol. 175, no. 1, 2007.
- [9] A. Moreau, *De l'homme au père: un passage à risque. Contribution à la prévention des dysfonctionnements de la parentalité précoce*. Ramonville Saint-Agne: Erès, 2001.
- [10] J. BONAPACE and M.-J. BEDARD, *ACCOUCHER SANS STRESS AVEC LA*, Édition revue et augmentée. L'Homme, 2014.
- [11] I. Hildingsson, L. Cederlöf, and S. Widén, "Fathers' birth experience in relation to midwifery care," *Women Birth J. Aust. Coll. Midwives*, vol. 24, no. 3, pp. 129–136, Sep. 2011.

- [12] M. Johansson, C. Rubertsson, I. Rådestad, and I. Hildingsson, "Childbirth - an emotionally demanding experience for fathers," *Sex. Reprod. Healthc. Off. J. Swed. Assoc. Midwives*, vol. 3, no. 1, pp. 11–20, Mar. 2013.
- [13] J. BONAPACE, "Le contrôle naturel de la douleur à l'accouchement: constats, défis et actions," *Enfanter Monde Ville Qué.*, Nov. 2010.
- [14] R. Melzack, P. Taenzer, P. Feldman, and R. A. Kinch, "Labour is still painful after prepared childbirth training.," *Can. Med. Assoc. J.*, vol. 125, no. 4, pp. 357–363, Aug. 1981.
- [15] J. Bonapace, N. Chaillet, I. Gaumont, E. Paul-Savoie, and S. Marchand, "Evaluation of the Bonapace Method: a specific educational intervention to reduce pain during childbirth," *J. Pain Res.*, vol. 6, pp. 653–661, 2013.
- [16] G. Imbert, "L'entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie," *Rech. Soins Infirm.*, vol. N° 102, no. 3, pp. 23–34, Sep. 2010.
- [17] M. Grawitz, *Méthode des sciences sociales*, Dalloz , 9ème édition. Paris, 1993.
- [18] M. B. Miles, A. M. Huberman, M. Hlady Rispal, and J.-J. Bonniol, *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles; [Paris]: De Boeck université, 2003.
- [19] Bardin L, *L'analyse de contenu*, Quadrige. Paris: PUF, 1977.
- [20] J. BONAPACE and N. CHAILLET, "Une approche graduelle pour le soulagement de la douleur obstétricale.," *Doss. Obstet.*, vol. 39, no. 416, pp. 12–18, Jun. 2012.
- [21] Nils CHAILLET and Julie BONAPACE, "Nonpharmacologic Approaches for Pain Management During Labor Compared with Usual Care: A Meta-Analysis."
- [22] E. D. Hodnett, "Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review," *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 186, no. 5 Suppl Nature, pp. S160–172, May 2002.
- [23] N. Séjourné and S. Callahan, "[Women's motivations to give birth with or without epidural analgesia]," *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.*, vol. 42, no. 1, pp. 56–63, Feb. 2013.

- [24] PURVES, AUGUSTINE, FITZPATRICK, HALL, LAMANTIA, and WHITE, *Neuroscience*, 5th ed. Sunderland, Mass.: Sinauer Associates Inc., U.S., 2012.
- [25] C. Aveline, F. Bonnet, "Influence de l'anesthésie péridurale sur la durée et les modalités de l'accouchement," *EM-Consulte*, 2001.
- [26] D. Agrawal, B. Makhija, M. Arora, A. Haritwal, and P. Gurha, "The Effect of Epidural Analgesia on Labour, Mode of Delivery and Neonatal Outcome in Nullipara of India, 2011-2014," *J. Clin. Diagn. Res. JCDR*, vol. 8, no. 10 Oct. 2014.
- [27] M. Anim-Somuah, R. M. Smyth, and L. Jones, "Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour," in *Cochrane Database of Systematic Reviews*, The Cochrane Collaboration, Ed. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2011.
- [28] M. G. Brouillard, "Le souhait d'accoucher sans analgésie péridurale : étude descriptive de la prévalence, des motivations des femmes et de leurs caractéristiques socio-professionnelles," p. 45, May 2013.
- [29] L. A. Van Egeren, "Le rôle du père au sein du partenariat parental," *Santé Ment. Au Qué.*, vol. 26, no. 1, p. 134, 2001.
- [30] R. Gaunt, "Maternal Gatekeeping - Antecedents and consequences," *Journal of Family Issues*, Bar-Ilan University, Ramat-Gan, Israel, Mar-2008.
- [31] H. K. Malin Bergström, "A randomised controlled multicentre trial of women's and men's satisfaction with two models of antenatal education," *Midwifery*, vol. 27, no. 6, p195–200, 2011.
- [32] M. Blatgé, "Béatrice Jacques, Sociologie de l'accouchement," *Lectures*, May 2007.
- [33] J. Belghiti, G. Kayem, C. Dupont, R.-C. Rudigoz, M.-H. Bouvier-Colle, and C. Deneux-Tharaux, "Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case-control study," *BMJ Open*, vol. 1, no. 2, p514, Dec. 2011.
- [34] C. Robinson, R. Schumann, P. Zhang, and R. C. Young, "Oxytocin-induced desensitization of the oxytocin receptor," *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 188, no. 2, pp. 497–502, Feb. 2003.

Annexes

Annexe I : Guide d'entretien

Entretien pré-partum

1. Description de la population

Age, parité, gestité, activité professionnelle, catégorie socio-professionnelle

2. Généralités

- 1) Comment avez-vous connu la méthode Bonapace ?
- 2) Pourquoi avez-vous vous choisit celle-là ?
- 3) Connaissez-vous d'autres méthodes de préparation ? Quels sont leurs inconvénients ?

3. Du point de vue des parents, la méthode Bonapace est une alternative à l'analgésie péridurale car elle réduit efficacement la douleur de l'accouchement et permet de retarder l'analgésie péridurale, voire de la remplacer.

- 1) Que savez-vous de la douleur de l'accouchement ?
- 2) Quelle expérience de la douleur avez-vous déjà fait ?
- 3) Que savez-vous de votre seuil de douleur ?

- 4) Que savez-vous de l'analgésie péridurale en cours de travail ?
- 5) Vous posez vous des questions concernant la péridurale ?
- 6) Avez-vous des appréhensions ou des peurs concernant la péridurale ?
- 7) La technique de la péridurale peut induire une perte de sensations et une diminution du contrôle du corps pendant le travail et l'accouchement. Quelle importance votre corps a-t-il pour vous ? Quelle place a-t-il dans votre vie sociale, intime, professionnelle ?

4. Les futurs parents pensent que cette méthode de préparation à la naissance est intéressante car elle permet la participation active du père.

- 1) Comment imaginez-vous l'implication de votre conjoint pendant le travail ?
- 2) Quelle place voulez-vous lui donner lors votre travail ?
- 3) Pensez-vous qu'une autre méthode aurait pu privilégier la place du père pendant le travail ? Pourquoi avoir choisi celle-là ?

5. Les couples pensent que c'est une bonne alternative car elle rend possible un accouchement plus physiologique et moins médicalisé qui permet de rester actives et de garder les sensations durant leur accouchement.

- 1) Que pensez-vous de la médicalisation de l'accouchement
- 1 bis) La médicalisation de l'accouchement consiste en l'intervention de la sage-femme ou du médecin pour diriger le travail : RAM, péridurale, utilisation d'ocytocine, qu'en pensez-vous ?
- 2) Quels sont les avantages de la méthode Bonapace par rapport à la péridurale ? Quels sont les inconvénients ?
- 3) Vous vous êtes préparée par la méthode Bonapace, envisagez-vous de recourir à une autre méthode pour soulager la douleur au cours du travail et de l'accouchement ?

Entretien post-partum

1. Généralités

Comment s'est passé votre accouchement ?

2. Du point de vue des parents, la méthode Bonapace est une alternative à l'analgésie péridurale car elle réduit efficacement la douleur de l'accouchement et permet de retarder l'analgésie péridurale, voire de la remplacer.



- 1) Comment avez-vous vécu l'expérience de la douleur ?
- 2) Avez-vous accouché en utilisant la méthode Bonapace ?
- 3) La méthode Bonapace a-t-elle été suffisante pour vous soulager ou avez-vous reçu une autre prise en charge pour la douleur ?
- 4) Selon vous, quel contrôle sur votre corps avez-vous eu ?

3. Les futurs parents pensent que cette méthode de préparation à la naissance est intéressante car elle permet la participation active du père.

- 1) Le papa a-t-il pu reproduire la méthode Bonapace apprise durant les cours ? Cela a-t-il permis de soulager votre douleur ?
- 2) Pensez-vous que les cours de préparation avec la méthode Bonapace ont permis une participation plus active du père ?
- 3) Cela a-t-il été important pour vous que le père soit présent et participe ?
- 4) Qu'est-ce que cela vous a-t-il apporté ?

4. Les couples pensent que c'est une bonne alternative car elle rend possible un accouchement plus physiologique et moins médicalisé qui permet de rester actives et de garder les sensations durant leur accouchement.

- 1) Pensez-vous que la méthode Bonapace a permis un accouchement moins médicalisé ? Pourquoi ?
- 2) Quelle importance a pour vous la diminution de la médicalisation ?
- 3) Pourquoi êtes-vous satisfaite de votre accouchement avec la méthode Bonapace ?
- 4) Lors d'une prochaine grossesse, seriez-vous prête à recommencer la préparation à la naissance avec la méthode Bonapace ?
- 5) La conseillerez-vous ? Sur quel argument principal ?



Annexe II : Synthèse des stades, contractions, respirations, positions et massages de la méthode Bonapace [10]

STADE	DURÉE	TYPÉ DE CONTRACTION	TECHNIQUE RESPIRATOIRE	TYPE DE CONTRACTION ET AJUSTEMENT	ÉVALUÉ LA MÈRE	ROLE DE L'ACCOMPAGNANT	POSITIONS POUR CONTOUR	MASSAGES
Stade 1 : Phase active (dilatation jusqu'à 10 cm)	Première grossesse: 4 à 6 heures (maximum 11 à 12 heures). Grossesses suivantes: 2 à 3 heures (maximum 4 à 5 heures).	Intensité: très forte. Forme: débutante abruptement, atteint plusieurs plateaux et cède rapidement. Durée: 60 à 90 secondes, jusqu'à 2 minutes. Intervalle entre deux contractions: 30 à 90 secondes.	Pratiquez la respiration abdominale, soufflante ou chantante. Entre les contractions, pratiquez la respiration abdominale et reposez-vous.	Combattez l'envie de pousser en changeant de position. Par exemple, mettez-vous à quatre pattes. Pratiquez la respiration abdominale, bouche ouverte. Faites de votre mieux en attendant la dilatation du col.	Peut se sentir dépassée par l'ampleur et la force des contractions. Peut se sentir nauséuse, anxieuse, troublée. Peut suer abondamment. Peut avoir de la difficulté à se relaxer entre les contractions.	Soyez aidant et calme. Assistez la femme dans la pratique des respirations, des positions et des massages. Rapposez-lui que la naissance est imminente.	Ajoutez au besoin une position qui permet de relâcher le plus possible les muscles du ventre, les fesses et les jambes. L'accompagnement supporte le poids du corps. Les positions assises, semi-assises, couchées sur le côté, accroupie, ou la position à quatre pattes peuvent être pratiquées. Laissez le fœtus descendre jusqu'à la vulve.	Même chose qu'à la phase de latence.
Stade 2 : Expulsion du bébé (dilatation complète)	Première grossesse: 1 heure (maximum 3 heures). Grossesses suivantes: 1 heure (maximum 3 heures).	Intensité: forte. Durée: 60 secondes. Intervalle entre les contractions: 1 à 3 minutes.	Attendez le réflexe expulsif ou pratiquez la respiration expulsive. Expirez lentement en rentrant le nombril.	Reprise d'énergie. Minimisez les pertes d'énergie. Demandez beaucoup d'efforts, mais promet une belle récompense.	Reprise d'énergie. Minimisez les pertes d'énergie. Demandez beaucoup d'efforts, mais promet une belle récompense.	Intervenez si vous voyez que la femme n'expulse pas selon les indications reçues. Soyez doux et ferme à la fois.	Prenez la position sur le dos, suspendue, les genoux repliés (fig. 63) pour faciliter l'expulsion. Détendez les fesses.	Même chose qu'à la phase de latence.
Stade 3 : Expulsion du placenta (dilatation complète)	En général, se fait dans les 30 minutes suivant l'expulsion.	Demande peu d'efforts de la mère.	Pendant les contractions, continuez à pratiquer les techniques pour moduler la douleur.	Heureuse, soulagée, calme et détendue.	Même chose.	Même chose.		