



HAL
open science

Impact de la préparation à la naissance et à la parentalité sur le vécu de la douleur

Émilie Ménard

► **To cite this version:**

Émilie Ménard. Impact de la préparation à la naissance et à la parentalité sur le vécu de la douleur. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01539646

HAL Id: dumas-01539646

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01539646>

Submitted on 15 Jun 2017

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT- FERRAND
Université d'Auvergne – Clermont 1**

**IMPACT DE LA PRÉPARATION A LA
NAISSANCE ET A LA PARENTALITE SUR LE
VÉCU DE LA DOULEUR**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Emilie MENARD

Née le 13 07 1992

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2016



UdA | Université d'Auvergne



**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT- FERRAND
Université d'Auvergne – Clermont 1**

**IMPACT DE LA PRÉPARATION A LA
NAISSANCE ET A LA PARENTALITE SUR LE
VÉCU DE LA DOULEUR**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Emilie MENARD

Née le 13 07 1992

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2016



UdA | Université d'Auvergne



Je tenais à dire Merci

A Pascale Ressouche, pour sa bienveillance, ses conseils avisés et ses relectures attentives.

A Annick Viallon, pour son aide et ses nombreuses corrections,

A ma famille pour son soutien, ses encouragements et ses bons repas,

A Thibaut, de m'accompagner dans toutes ces aventures,

A mes supers copines de promo, pour toutes ces péripéties, pour tous ces merveilleux moments passés (et à venir) ensemble,

A mes camarades de promotion, qui ont rempli ces quatre années de moments forts,

Glossaire

ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

APD : Analgésie Péridurale

CALM : Comme A La Maison

CIANE : Comité Inter-associatif Autour de la Naissance

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France

EVA : Échelle Visuelle Analogique

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

IMC : Indice de Masse Corporelle

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

PRADO : Programme de Retour A Domicile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Sommaire

Introduction

Revue de la littérature

1. Le vécu.....	11
2. La sage-femme.....	11
3. Le bas risque.....	12
4. Prise en charge du travail obstétrical.....	18
5. Droit des patients dans leur prise en charge.....	30
6. Projets de naissance.....	30
7. Préparation à la naissance et à la parentalité.....	32

Matériel et méthode

1. Type d'étude.....	37
2. Durée de l'étude.....	37
3. Lieu de l'étude.....	37
4. Population cible.....	37
5. Population source.....	37
6. Critères de sélection des sujets.....	37
7. Le recueil des données.....	38
8. L'informatisation.....	39
9. L'analyse des données.....	39
10. Budget.....	39
11. Aspects éthique et réglementaire.....	39

Résultats

1. Présentation de l'échantillon.....	41
2. Données de l'analyse.....	41

Discussion

1. Les limites de l'étude.....	53
2. Les points forts de l'étude.....	53
3. La préparation à la naissance et à la parentalité.....	54
4. La douleur peu abordée lors de la préparation à la naissance et à la parentalité....	55

5. Différences entre préparation à la naissance et à la parentalité et salle de naissance ?.....	56
6. Accompagnement.....	57
7. Projet de naissance.....	58
8. Projet d'action.....	59
Conclusion	
Références bibliographiques	
Annexe I : grille d'entretien	
Annexe II : protocoles maternité de type III de la région Auvergne	
Annexe III : projet d'action	

Introduction

La grossesse et l'accouchement sont des phénomènes naturels et les soignants sont là pour accompagner les couples dans cette transition qu'est l'arrivée d'un enfant.

Les cours de préparation à la naissance et à la parentalité ont pour but d'accompagner les couples dans cet apprentissage, mais est-ce suffisant ? Est-ce que tous les sujets sont abordés de manière assez approfondie ? La douleur est une partie intégrante dans le processus d'accouchement, mais les femmes y sont-elles réellement préparées ? Et qu'en est-il de leur vécu ? Les femmes ont un rôle et un pouvoir sur le déroulement de leur accouchement. Mais répondre aux attentes des femmes rime aussi avec respect des protocoles en vigueur dans les hôpitaux, garants de la sécurité des femmes et des nouveaux nés. Les représentations de l'accouchement changent et les couples veulent aujourd'hui vivre l'accouchement tel qu'ils l'imaginent. Ils fondent leurs projets de naissance et cela fait partie de notre rôle d'accompagner les couples durant ce moment particulier. Les couples peuvent maintenant choisir ce qu'ils souhaitent, grâce notamment aux nouvelles lois pour les patients, aux techniques d'analgésie, aux salles physiologiques, à l'apprentissage de techniques de gestion de la douleur (yoga, acupuncture, sophrologie, méthode Bonapace...), et à la volonté des professionnels d'adapter leurs pratiques. Cette étude s'inscrit dans une société où l'accouchement est un acte médicalisé encadré, et des études montrent que des femmes demandent à ce que ce moment redevienne « naturel », aussi physiologique et personnel que possible, tout en ayant la sécurité d'un hôpital et l'accompagnement d'une équipe médicale et paramédicale autour du couple. Dans un premier temps la revue de la littérature permettra de comprendre ce qu'est le bas risque, le travail et la douleur obstétricale, l'accompagnement. Elle abordera le rôle de la préparation à la naissance et à la parentalité. Les parties résultats et discussion permettront de comprendre et d'analyser ce qui a découlé de cette étude avec l'élaboration de projets d'action pour améliorer la prise en charge des femmes et des couples. Cette étude a pour but d'améliorer la préparation vis à vis de la douleur des femmes lors de l'accouchement. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact de la préparation à la naissance et à la parentalité sur le vécu de la douleur en salle de naissance.

Revue de la littérature

1. Le vécu

Selon le dictionnaire Larousse, le vécu est : « *L'expérience réellement vécue, les faits, les événements de la vie réelle* » (1).

Il est primordial d'évaluer le vécu car il permet de remettre en cause ce que l'on fait, ce qu'on apporte aux autres cependant c'est une notion subjective, qui peut-être parfois difficile à évaluer.

De plus en plus de femmes ont fait des demandes particulières concernant leur accouchement, c'est pourquoi il était nécessaire à posteriori d'évaluer leur vécu afin d'avoir un retour sur les pratiques des professionnels et ainsi correspondre au maximum aux souhaits des femmes, tout en respectant les protocoles nécessaires au fonctionnement des hôpitaux à ce jour (2).

2. La sage-femme

Le métier de sage-femme est une profession médicale à compétences définies, les études durent cinq ans amenant au diplôme d'État de sage-femme. Elles ont pour mission de respecter la physiologie et de dépister la pathologie (3).

La sage-femme peut diagnostiquer et surveiller une grossesse, et faire les consultations de grossesses, elle peut pratiquer la préparation à la naissance et à la parentalité l'échographie, ainsi que l'accouchement, l'anesthésie locale pendant l'accouchement et la demande d'anesthésie loco-régionale auprès du médecin anesthésiste réanimateur, elles peuvent aussi pratiquer l'épisiotomie, la réfection d'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate de déchirures superficielles, la sage-femme fait la délivrance artificielle et la révision utérine, la réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin, le dépistage de troubles neurosensoriels du nouveau-né et les soins post-nataux à la mère et à l'enfant. La sage-femme peut pratiquer la rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à l'accouchement. L'examen post-natal peut être effectué par une sage-femme si la grossesse et l'accouchement ont été normaux. La sage-femme peut aussi réaliser le suivi gynécologique de prévention et les

consultations de contraception avec l'insertion, le suivi et le retrait de dispositifs intra-utérins et les implants contraceptifs (3,4).

La sage-femme est libre dans ses prescriptions (5).

3. Le bas risque

a) Définition de la Haute Autorité de Santé

Selon la Haute Autorité de Santé, *« une grossesse à faible risque est défini empiriquement comme la réunion de conditions médicales, psychologiques et sociales favorables à un accouchement sans complication majeure pour la mère et le nouveau-né. Ces conditions peuvent changer en cours de grossesse et d'accouchement (6). »*

La grossesse est pour beaucoup un événement physiologique de la vie, elle se déroule normalement. Cependant des facteurs de risques peuvent apparaître ou être préexistants et nécessitent une prise en charge adaptée. La surveillance de la grossesse est une démarche continue et évolutive c'est pourquoi la recherche des facteurs de risque se fait à tout instant : aussi bien à la consultation pré-conceptionnelle que pendant les consultations, et à l'accouchement.

Pour faciliter la prise en charge des femmes par les professionnels, la Haute Autorité de Santé a défini différents suivis permettant ainsi une meilleure organisation de l'offre de soins :

- le suivi A, concerne les grossesses sans situation à risques ou faibles risques suivi par une sage-femme ou un médecin (gynécologue obstétricien ou traitant), se décline en niveau A1 où l'avis d'un obstétricien ou d'un autre médecin est conseillé, et en niveau A2 où l'avis d'un médecin est nécessaire,
- le suivi B concerne les grossesses avec un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être effectué par un obstétricien.

Après un avis de spécialiste, une femme peut être de nouveau en suivi A si les facteurs de risques ont été géré, ou bien avoir une grossesse en suivi B si le facteur de risque est aggravé (6).

Les maternités, elles aussi sont classées en fonction du niveau de soins qu'elles peuvent apporter aux femmes et aux nouveaux nés depuis le 9 octobre 1998 :

- *« maternités de type I qui disposent d'une unité d'obstétrique pour la prise en charge des grossesses normales. Présence pédiatrique permettant l'examen du nouveau-né et la prise en charge auprès de la mère d'un certain nombre de situations fréquentes et sans gravité ;*
- *maternités de type II qui disposent d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie pour la prise en charge des grossesses à risque modéré et des nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière, mais pas de soins en réanimation. ;*
- *maternité de type III qui disposent d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale pour la Prise en charge des grossesses à haut risque et des nouveau-nés présentant des détresses graves (7). »*

Les structures de soins adaptés pour les femmes à bas risques sont des établissements qui comportent une unité d'obstétrique comme défini dans l'article R6123-43 du code de la santé publique : *« unité qui assure, tous les jours de l'année 24h/24, les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance ; qui participe au dépistage des facteurs de risques durant la grossesse, notamment dans le cadre des consultations prénatales ; qui assure les soins suivant l'accouchement pour la mère et les enfants nouveaux-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement (si inadéquation entre sa prise en charge et l'établissement, organisation d'un transfert vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés) ».*

Le choix du lieu de naissance reste cependant fonction des préférences des couples, de la proximité d'une maternité et du niveau de risque pour la mère et le fœtus (6).

Le plan périnatalité 2005-2007 a mis en place des mesures pour diversifier l'offre de soins à l'égard des femmes et des couples afin de répondre à toutes les demandes, notamment dans le but d'une démarche plus humaine et plus proche (8).

Les maternités doivent être en mesure d'apporter la prise en charge adaptée aux besoins des femmes.

Les maternités s'organisent de façons différentes pour le suivi et l'accompagnement des grossesses et des accouchements physiologiques : soit une prise en charge globale abordant la naissance sous une approche physiologique, ce qui nécessite l'évolution professionnelle de tous les membres de la maternité, soit la mise en place d'une filière physiologique proposée aux femmes ayant une grossesse normale (9).

b) L'accouchement à bas risque/ physiologique

La physiologie est définie par défaut comme l'absence de pathologie. L'accouchement est de principe, un processus naturel.

Les gynécologues obstétriciens et les sages-femmes canadiens ont mis en place des définitions concernant l'accouchement physiologique et l'accouchement normal, afin de faciliter les discours :

- « *Un accouchement est considéré comme naturel (ou physiologique) lorsqu'il ne s'accompagne que de peu ou même d'aucune intervention humaine et que, lorsque de telles interventions s'avèrent nécessaires, elles sont faites en respectant le rythme et la physiologie du travail et de l'accouchement.*
- *Un accouchement normal débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de faibles risques au début du travail (situation quant aux risques qui perdurent tout au long du travail et de l'accouchement). L'enfant naît spontanément en position du sommet entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée. L'accouchement*

normal comprend l'occasion de contact en peau à peau et d'allaitement au cours de la première heure suivant l'accouchement ».

Donc lors d'un accouchement normal des interventions médicales sont possibles : rupture artificielle des membranes, prise en charge médicamenteuse de la douleur par pose d'analgésie péridurale, de plus le caractère « normal » d'un accouchement n'exclut pas certaines pathologies telles l'hémorragie du post-partum, les traumatismes périnéaux et leur réfection et le transfert du nouveau-né en soins intensifs.

Pour le collège national des gynécologues obstétriciens de France (CNGOF) : l'accouchement physiologique est définie par une évaluation initiale et continue : avant l'accouchement par l'absence de facteurs de risques lié à la patiente ou à la grossesse, pendant l'accouchement par le déroulement spontané et normal du travail, après l'accouchement par la normalité des constantes vitales de l'enfant et par la bonne santé de la mère durant le post-partum immédiat (10).

La notion d'accouchement à bas risque est différente d'un pays à l'autre, les prises en charges également. En France, de par la définition du Collège national des gynécologues obstétriciens, la surveillance est élevée, car pour qu'un accouchement soit considéré à bas risque il faut qu'il n'y ait eu aucune pathologie dans les deux heures de post-partum (ce qui diffère donc de la définition d'accouchement « normal » évoqué précédemment) (2,11).

De plus l'utilisation de protocoles est nécessaire dans les structures hospitalières pour la gestion des risques et que les prises en charge soient homogènes par tout le personnel, cependant il est montré qu'une prise en charge systématique nuit à la relation, à l'accompagnement adapté à la femme et au couple et que cela comporte des effets négatifs pour les couples et les soignants (2,8).

Une prise en charge adaptée peut être proposée aux femmes pour qui l'accouchement s'annonce sans risque et la sage-femme prend ici toute l'ampleur de son rôle, un parcours de santé physiologique doit pouvoir être proposé aux femmes qui le souhaitent (2).

A la maternité de type III de la région Auvergne, un protocole physiologie a été mis en place, ainsi qu'une salle dédiée à cela au sein des salles d'accouchements. Pour y accéder, il faut avoir une grossesse qui s'est déroulée normalement dite à bas risque, une grossesse singleton, un fœtus eutrophe à terme, une présentation céphalique, un utérus sans cicatrice et aucune pathologie obstétricale notable. La femme doit être favorable à cette surveillance et avoir été informée de l'impact de l'enregistrement cardiotocographique discontinu et notamment la sensibilité plus faible sur la détection des acidoses néonatales. La surveillance du rythme cardiaque est discontinuée pendant la dilatation puis continue durant les efforts expulsifs. Le rythme cardiaque fœtal doit être initialement enregistré en continu durant vingt minutes, s'il est normal il est possible de passer à un enregistrement de trente minutes toutes les deux heures, avec entre temps un doppler manuel d'au moins soixante secondes pendant une contraction utérine toutes les trente minutes. Par précaution tout événement notable évoquant un risque d'hypoxie entraîne le passage en surveillance continue.

Concernant le toucher vaginal, il est effectué à l'arrivée de la femme pour déterminer l'entrée en travail puis en concertation avec la femme durant le travail. Les constantes sont prises à l'entrée puis toutes les deux heures pour la tension artérielle et le pouls et toutes les six heures pour la température. Dans le contexte de physiologie la stagnation de la dilatation est tolérée pendant quatre heures avec un rythme cardiaque fœtal normal.

De plus toutes les patientes de salle de naissance sont autorisées à boire pendant le travail : environ un verre d'eau par heure, sauf celles présentant des pathologies et donc sortant du bas risque : un diabète traité par insuline, obésité avec un IMC supérieur à 30 kg.m⁻² avant la grossesse, contre-indications à l'analgésie péridurale ou analgésie péridurale insuffisante exposant à un risque d'anesthésie générale, analgésie par morphiniques intraveineux, césarienne imminente... pour ces patientes l'autorisation de boire est obtenue au cas par cas en accord avec la sage-femme, le gynécologue obstétricien et l'anesthésiste.

D'après l'enquête périnatale de 2010, il est notable que l'offre de soins en obstétrique a évolué au cours des dernières années : la fermeture des petites structures et le rassemblement en grands centres, où la physiologie côtoie quotidiennement la pathologie, amène les femmes à accoucher dans des structures de plus de 2000 accouchements pour presque la moitié d'entre elles (48%) (12).

Le nombre d'interventions médicales pendant la grossesse et l'accouchement a augmenté entre 2003 et 2010 : avec par exemple un plus grand nombre de femmes ayant un déclenchement du travail, ayant eu une rupture artificielle des membranes ou de l'ocytocine durant le travail, un plus grand nombre d'analgésie péridurale, et une légère diminution des accouchements voie basse non instrumentalisés, comme le démontre l'enquête nationale périnatale de 2010. 52 % des femmes ayant des grossesses à bas risques ont recours à une intervention lors de leur accouchement (24% ont eu recours à un déclenchement du travail, 10 % à une césarienne, 15% une extraction instrumentale et 20% une épisiotomie) (12,13).

Le rapport périnatalité 2005-2007 rapporte qu'un certain nombre de femmes souhaitait accoucher dans un contexte moins médicalisé et cette offre était peu proposée, les maisons de naissances pourraient permettre cela : une médicalisation moins importante tout en ayant la sécurité pour les mères et les enfants par la proximité immédiate des plateaux techniques de maternités attenantes. Les femmes pourraient donc avoir le choix de leur lieu d'accouchement et ainsi diversifier l'offre de soins (9).

c) Les maisons de naissances

Le projet des maisons de naissances tient compte de la part des autorités et des usagers de diversifier l'offre de soins.

La maison de naissance est tenue exclusivement par les sages-femmes qui allient l'accompagnement de la physiologie et le dépistage de pathologies nécessitant le transfert de la femme en unité de gynécologie obstétrique plus classique. Ce lieu répond à la demande croissante d'une médicalisation amoindrie de la part des femmes et met en avant l'accompagnement global : une même sage-femme du début à la fin de la

grossesse. Les maisons de naissances sont déjà répandues dans de nombreux pays et ont démontrées leurs bénéfices pour la sécurité des femmes et des nouveaux nés et en terme de satisfaction de la part des couples (14).

Pour pouvoir être suivi dans ces structures il faut d'abord le souhaiter et présenter une grossesse à bas risque (15). En France, les maisons de naissances doivent signer une convention et être attenantes à une maternité permettant un transfert rapide de la patiente ou du nouveau-né en cas d'urgence, ce qui ajoute une sécurité supplémentaire.

Dans la maison de naissance le suivi est exclusivement effectué par les sages-femmes et aucun accouchement n'est déclenché et il n'est pas possible de bénéficier de l'analgésie péridurale. Cependant la consultation anesthésique est effectuée en cas de transfert sur le plateau technique de la maternité (15).

Depuis le 30 juillet 2015 et la parution du décret à propos des maisons de naissance, l'expérimentation peut commencer au sein des structures hospitalières (16).

Le 29 décembre 2015 le ministère de la santé a donné son accord pour que neufs maisons de naissance soient expérimentées en France durant 5 ans : société CALM-maison de naissance à Paris et les associations Premier Cri à Vitry-sur-Seine dans le Val-de-Marne, Maison de naissance Doumaia à Castres dans le Tarn, La Maison à Grenoble, Le temps de naître à Baie-Mahault en Guadeloupe, Joie de naître à Saint-Paul à La Réunion, Premières heures au monde à Bourgoin-Jallieu en Isère, Maison de naissance Alsace à Sélestat dans le Bas-Rhin, Un Nid pour naître à Nancy en Meurthe-et-Moselle (14).

4. Prise en charge du travail obstétrical

a) Bases d'obstétrique

L'accouchement se décompose en trois périodes : la première période est la période de dilatation, la deuxième se déroule de la dilatation complète à la naissance de l'enfant, et la troisième période est la délivrance.

Si le segment inférieur est bien amplifié et la poche des eaux plate c'est signe d'une bonne adaptation mécanique entre la tête fœtale et le détroit supérieur du bassin de la mère.

- Première étape du travail, dilatation du col :

L'accouchement nécessite le passage de trois obstacles : le col, le bassin qui nécessite une adaptation constante des différentes parties du fœtus et le périnée lors de l'expulsion.

Le bassin maternel est composé de quatre pièces : les deux os coxaux, le sacrum et le coccyx, les os sont entourés de cinq articulations : la symphyse pubienne en avant, les deux articulations sacro-iliaques en arrière et latéralement, l'articulation lombo-sacrée et l'articulation sacro-coccygienne en arrière et en bas.

La filière pelvienne se compose de trois étages :

- le détroit supérieur (cylindre de Demelin) qui est rétréci par la saillie du promontoire, limité par le bord supérieur de la symphyse pubienne, les crêtes pectinales et l'éminence ilio-pectinée, les lignes arquées et le promontoire

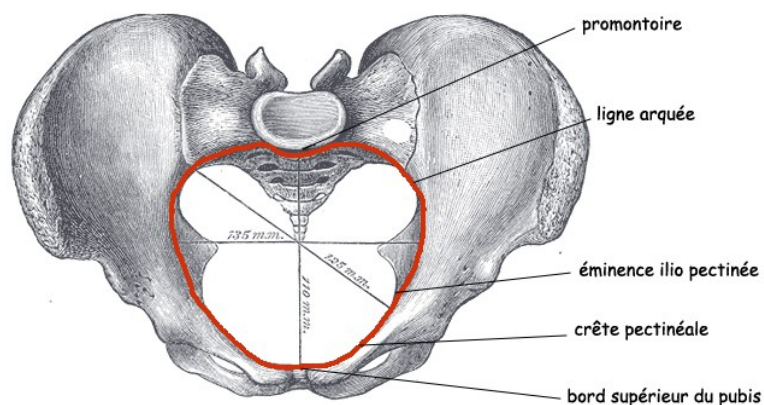


Figure 1: Détroit supérieur du bassin. Source :UVMaF

- l'excavation, formé par la face antérieure du sacrum, du coccyx et de la face postérieure du pubis,

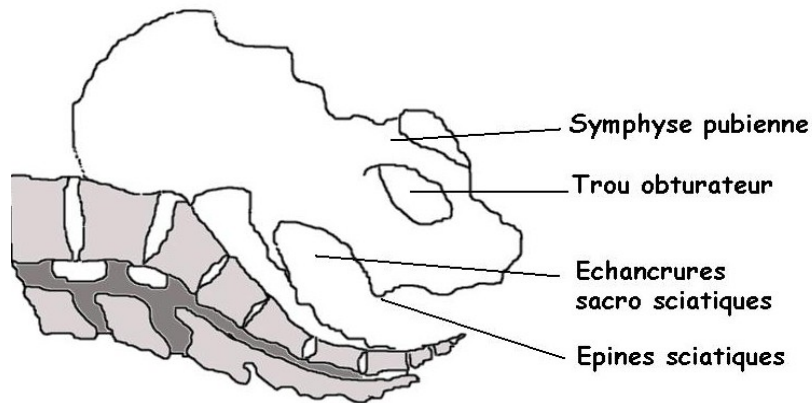


Figure 2: Excavation pelvienne du bassin. Source : UVMaF

- le détroit inférieur, qui correspond à un prisme triangulaire.

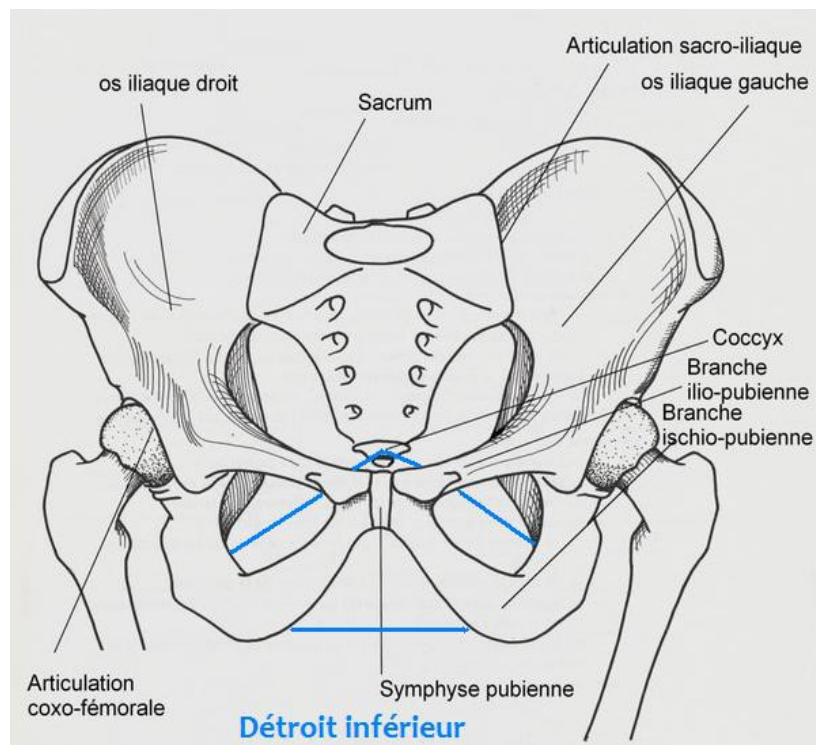


Figure 3: Déroit inférieur du bassin. Source : blog.mamanandco.fr

Le début de travail est l'association de contractions utérines régulières, rythmées, douloureuses, avec une intensité et une fréquence qui augmentent et des modifications cervicales entraînées par les contractions utérines.

Les contractions utérines de travail sont involontaires, intermittentes, et rythmées.

Le segment inférieur, qui est la partie entre le corps et le col de l'utérus a pour rôle de recueillir la force contractile et de la diriger vers le col (17).

Le travail se découpe en deux phases : la phase de latence qui consiste à l'effacement du col (disparition du col et de sa longueur) et à sa dilatation jusqu'à trois centimètres. S'en suit la phase active d'une dilatation de trois centimètres à huit centimètres puis une phase de décélération de huit centimètres à dix centimètres (dilatation complète). Chez la femme multipare, l'effacement et la dilatation du col se font souvent simultanément.

La surveillance a pour but de vérifier la dilatation harmonieuse du col, de détecter les enfants à risques d'anoxie, de tendre vers un travail idéal.

En France l'examen du col est très fréquent durant le travail, contrairement aux autres pays il est souvent pratiqué toutes les deux heures avant rupture de la poche des eaux et avant cinq centimètres puis toutes les heures à partir de cinq centimètres de dilatation (18).

Le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recommande de le pratiquer toutes les quatre heures (ou plus souvent pour des raisons techniques ou à la demande de la patiente), il renseigne sur la présentation du mobile fœtal, l'état de la poche des eaux, et l'état du col (19).

- Deuxième étape :

Grâce à l'effet des contractions utérines, le mobile fœtal va franchir le détroit supérieur, l'excavation pelvienne, le détroit inférieur, et le périnée.

L'engagement est la première étape de la traversée de la filière pelvienne, cela consiste au franchissement du détroit supérieur par le plus grand diamètre du mobile fœtal. La

présentation est engagée lorsque sa plus grande circonférence a franchi le détroit supérieur.

L'engagement nécessite un mouvement induit à la présentation appuyé sur l'arc pubien par une force de glissement, composante efficace de la poussée utérine. L'axe du détroit supérieur est oblique en arrière et en bas. La non concordance des axes de la poussée utérine et du détroit supérieur (angle de 30 à 50 degrés entre les deux) explique que le mobile fœtal doive s'adapter et que la femme doive se mobiliser.

La force de poussée utérine peut être décomposée en deux forces élémentaires :

- résistance perpendiculaire à l'axe du détroit supérieur, qui participe à la flexion et à l'orientation en oblique du mobile
- force de progression, parallèle au détroit supérieur, qui fait avancer le mobile fœtal

Le fœtus doit s'orienter en oblique et se fléchir pour s'engager. L'accommodation de la tête fœtale nécessite flexion, orientation en oblique, avec plus ou moins un asynclitisme (c'est à dire le degré d'inclinaison latéral de la tête par rapport au plan du détroit supérieur) et une déformation plastique du crâne.

Pour l'évaluation de la présentation, le repère est la fontanelle postérieure : lambda. Ce repère permet d'évaluer la flexion de la tête, l'engagement, et l'asynclitisme via le repère de la suture médiane. La palpation abdominale renseigne sur la présentation fœtale par la recherche du plan du dos. De plus le diagnostic d'engagement peut être effectué grâce à l'interrogatoire et à l'inspection.

Suite à l'engagement, le fœtus doit effectuer une descente et une rotation dans l'excavation, la présentation et la forme du canal pelvien impose un contact constant avec l'arc antérieur. En arrière, plus la tête est fléchie, plus l'espace est vaste. La rotation de la tête est la conséquence de son état de flexion. La rotation s'effectue d'un axe oblique à un axe antéro-postérieur.

La troisième étape correspond à l'expulsion, qui commence lorsque le fœtus est dans la partie basse de l'excavation et se termine à la naissance. La femme ressent une envie de pousser à ce moment, cela est dû au contact de la tête fœtale sur le plancher pelvien.

Il s'en suit une distension du périnée postérieur, l'hyperflexion de la tête accentue la descente, la région ano-coccygienne se distend et le coccyx est rétro-pulsé. Puis le périnée antérieur se distend via le noyau fibreux central qui se distend par le front fœtal. Le dégagement de la présentation s'effectue en s'enroulant autour d'un point fixe, la partie sous occipitale de la tête fœtale se fixe sous la symphyse pubienne qui sert de point de rotation pour la déflexion.

L'engagement des épaules commence lors de l'expulsion de la tête, elles s'orientent et s'engagent dans un axe oblique, s'en suit l'engagement du siège et des membres inférieurs.

Lors des efforts expulsifs, la tête bute sur la symphyse pubienne puis se fixe, se défléchit et fait une restitution pour amener son axe dans l'axe du dos qui se dégage (17).

- Troisième étape :

Cette étape correspond à la délivrance du placenta qui se fait de façon naturelle, dirigée (avec l'injection d'ocytocine) ou manuelle en cas de rétention placentaire. Elle est marquée par le retour des saignements et des contractions, la hauteur utérine qui augmente, et le cordon qui ne remonte pas au déplissement du segment inférieur.

b) Douleurs obstétricales

La douleur est selon l'International Association for the Study of Pain (IASP), « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes* » (20).

Soulager la douleur fait partie des droits fondamentaux depuis la loi du 4 mars 2002, des plans nationaux ont été mis en place, le dernier étant le plan 2013-2017, abordant la

douleur chronique, la douleur aiguë et la douleur liée aux soins. Il est du rôle du soignant de prévenir la douleur, d'informer le patient, et d'évaluer la douleur (20,21).

L'article L1110-5 énonce: « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée* ».

Il existe donc différents types de douleurs (aiguë et chronique) et différentes origines de la douleur : nociceptive (dû à une agression de l'organisme), neuropathique (dû à une lésion nerveuse), psychogène (dû à une douleur psychologique), et idiopathique (les causes de cette douleur ne sont pas expliquées). Des moyens sont mis en place pour évaluer la douleur : échelle visuelle analogique, échelle numérique, échelle verbale simple, questionnaires. Les douleurs peuvent être soulagées par des moyens médicamenteux (antalgiques, neuroleptiques...) ou non médicamenteux (hypnose, neurostimulation, balnéothérapie..) (22). Cependant la douleur liée à l'accouchement n'est pas évoquée.

La douleur de l'accouchement pour une primipare équivaut à la douleur de l'amputation d'un membre, d'où la recherche active de moyens de la soulager. La douleur varie durant les différents stades du travail, devenant de plus en plus intense (23).

En obstétrique, la douleur est ressentie de façon différente, elle n'est pas seulement une composante somatique, il faut aussi prendre en compte ce qui entoure la femme : l'entourage, la culture, les expériences précédentes... et il est du rôle de la sage-femme de proposer une analgésie adaptée à la femme, que ce soit par des moyens médicamenteux ou non (24).

Le bon vécu de l'accouchement ne correspond pas forcément à un niveau de douleur bas mais plutôt à un accompagnement réussi, une écoute, une empathie de la part des soignants (25).

Pour soulager la douleur, il est possible d'utiliser des méthodes pharmacologiques, comme l'injection de produits anesthésiques au niveau périmédullaire , intraveineux, locale ou inhalée.

En 2010, 82% des femmes ont bénéficié d'une analgésie péridurale, qui a été considéré comme assez efficace pour 20% d'entre elles, et très efficace pour 69,5% d'entre elles (12).

Cependant l'analgésie péridurale ne peut pas être posée dès les premières contractions, il va donc falloir aider les femmes à gérer la douleur même si leur choix s'est porté sur l'analgésie péridurale.

L'analgésie non pharmacologique doit être décidée par la femme ou lui être proposée, et accompagné par l'équipe médicale, tout en sachant qu'un choix en ce sens n'est pas forcément définitif et faire poser une analgésie péridurale en cas de douleurs devenues ingérables est possible.

Peu d'études ont été faites concernant les moyens non médicamenteux, cependant il a été démontré que l'immersion dans l'eau, l'acupuncture, la relaxation, les massages permettaient de diminuer la sensation douloureuse (26).

En France, la gestion de la douleur par des moyens non pharmacologique est une prise en charge pour le moment minoritaire (12).

L'analgésie péridurale est pour l'instant, la référence en terme d'analgésie pour l'accouchement mais des femmes sont en demande de méthodes plus « naturelle» et souhaitent être plus actrice de leur accouchement. D'où la mise en place d'espaces physiologiques plus apte à accompagner les femmes à l'aide de matériel : ballon, galettes, multitrack, baignoire.... Ainsi que la formation des sages-femmes à des méthodes alternatives : sophrologie, yoga, acupuncture, relaxation, ostéopathie, hypnose, chant prénatal, méthode Bonapace... et une présence, un encouragement constant de la part de la sage-femme et de l'équipe médicale avec des informations et des apprentissages : massages, techniques de respiration et de relaxation.... (2,24).

Il est important que les femmes soient averties et préparées durant leurs grossesses des différentes possibilités pour leur accouchement et ainsi choisir ce qui leur correspond le mieux et pouvoir participer activement à leur accouchement, ce qui est une des missions de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) (22).

Il est retrouvé que la douleur obstétricale n'est pas appréhendée de la même façon par tout le corps médical. Pour la majorité du personnel médical la douleur liée à l'accouchement est quelque chose d'anormal et il faut la traiter, l'analgésie péridurale étant le moyen le plus efficace. Pour certaines sages-femmes, la douleur liée à l'accouchement est quelque chose de normal et physiologique c'est donc pourquoi la sage-femme souhaite accompagner la parturiente pour l'aider à gérer les contractions (2,28).

Différentes fibres nerveuses conduisent la douleur : les fibres A alpha, A bêta, A delta et C avec différentes vitesses de conduction et elles conduisent donc différents types de douleurs (29).

Les endorphines sont des hormones qui s'apparentent à la morphine qui sont produites en cas de douleurs intenses. Pour qu'elles agissent au mieux il faut que la femme soit dans sa bulle, en toute intimité, qu'elle retrouve son instinct. Le sentiment de sécurité inculqué par l'entourage est aussi très important (30).

Un équilibre hormonal se met en place au moment de l'accouchement avec l'ocytocine et les endorphines. Il s'équilibre en fonction de facteurs favorisant comme la confiance, la présence de l'eau, la pénombre, les mouvements et des facteurs qui limitent comme les bruits et la lumière vive, se sentir observé, certains examens (31).

En s'écoutant et en utilisant son cerveau reptilien, celui de l'instinct, la femme va savoir dans quelle position se mettre, quelle respiration adopter. Tous les appareils techniques (scope, monitoring, alarme...) limitent ce lâcher prise, nécessaire à la gestion de la douleur (32).

La douleur peut être liée à un sentiment de satisfaction et d'accomplissement de soi, ce n'est pas la souffrance qui peut être exprimée en cas de peur, de solitude, de manque de soutien (31).

Il faut tout faire pour que la douleur ne génère pas d'angoisses car c'est dans ses conditions qu'il en découle une augmentation de la tension artérielle, des troubles de la dynamique utérine (32).

Apprivoiser la douleur avec l'arrivée de la contraction de manière rythmique engendre une respiration particulière, une position, avec peut-être un balancement et un soutien de l'accompagnant. Cette répétition aide à mieux appréhender ces douleurs (32).

La méthode Bonapace se base sur la neurophysiologie de la douleur et joue des mécanismes de la douleur tout en travaillant sur les positions et les massages avec une implication importante de la part du père (33).

C'est une méthode de préparation à la naissance à débiter aux alentours de 28 semaines d'aménorrhée avec la présence indispensable du compagnon.

Cette méthode utilise la neurophysiologie de la douleur et apporte des outils aux couples pour gérer la douleur. Elle utilise trois grands principes :

- le contrôle de la pensée, comprendre ce qui se passe, avoir des modèles positifs pour diriger l'attention lors de la contraction via de la relaxation, de la respiration et des pensées positives qui peuvent être inculquées par le père.
- le principe du portillon avec un massage de la zone sensible entre les contractions utérines (34).

Le principe du portillon correspond au contrôle ascendant de la douleur. La stimulation des grosses fibres par des massages, des frottements bloque les petites fibres et un interneurone inhibiteur module la douleur au niveau de la moelle (29).

- le contrôle inhibiteur diffus nociceptif : créer une seconde zone douloureuse pour relâcher l'endorphine via des points réflexes (correspondant à des points

d'acupuncture), afin de faire diversion pour que la femme ressente moins intensément la douleur initiale. Ces points servent aussi à améliorer l'efficacité des contractions et la descente du bébé (34).

Le rôle des professionnels de santé lors de l'accouchement et en amont lors de la préparation à la naissance et à la parentalité, est de renforcer les compétences et la confiance des femmes en elles afin qu'elles puissent être actrices de leurs accouchements et participer activement à leur prise en charge et s'accomplir par elle-même (35).

c) L'accompagnement

Une femme doit se sentir en sécurité pour mieux accoucher, ce qui explique que jadis les femmes accouchaient accompagnées de leurs mères, de leurs tantes... des personnes qui pouvaient les accompagner, les entourer sans les juger. Une relation de confiance doit se créer entre la femme et l'accoucheur, propice au bon déroulement du travail (36).

L'accompagnement par les équipes médicales est en général bien appréciée par les femmes : plus de huit femmes sur dix de l'enquête du Comité inter associatif autour de la naissance (CIANE) sur l'accompagnement sont « plutôt » ou « tout à fait » satisfaites du soutien qu'elles ont reçu tandis que 16 % des femmes interrogées disent n'avoir « plutôt pas » ou « pas du tout » reçu le soutien dont elles avaient besoin.

Ce qui découle des témoignages négatifs est un sentiment de délaissement, souvent dû à une surcharge de travail reconnue par les femmes, la présence de la sage-femme que pour des gestes techniques, et peu d'accompagnement pour gérer la douleur, ou à l'inverse une omniprésence de la sage-femme qui a gêné le couple dans son intimité.

La nécessité d'adapter sa prise en charge et son accompagnement à chaque femme et à chaque couple est ici mis en avant car les demandes des uns ne seront sûrement pas les demandes des autres, voir même leurs déplairont, d'où la nécessité d'une démarche évolutive et non systématique (25).

De plus lors de cette enquête il est mis en lumière le souhait de plusieurs femmes d'avoir une relève de leur conjoint par une tierce personne lorsqu'il doit s'absenter (amie, mère...) ou même la présence de cette autre personne durant tout le travail, ce qui n'est pas proposé (voir même interdit) dans les services de salles de naissance à ce jour (37).

Un personnel trop peu présent au goût des femmes est en lien avec le fait de considérer que leurs souhaits n'ont pas été respectés, de plus une présence trop intermittente est fort peu propice aux échanges entre le couple et les professionnels de santé.

L'accompagnement doit mettre en confiance le couple et ainsi leur permettre d'agir et d'être responsable pour la naissance de leur enfant (25).

L'idéal pour mettre en place cet échange particulier entre la femme et la sage-femme peut être l'accompagnement global. Il est défini par l'Association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL): « *un seul praticien, la sage-femme libérale, assure la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, propose des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, surveille et est responsable de l'accouchement, de la naissance, effectue les soins postnataux de la mère et de l'enfant.* » Ce suivi peut être effectué par plusieurs sages-femmes travaillant ensemble pour des raisons d'ordre organisationnel, et de volonté de travail. Cette pratique est encore trop peu réalisée par manque d'accès aux plateaux techniques pour les sages-femmes libérales. Cependant les filières physiologiques peuvent être mise en place au sein établissements de soins avec des sages-femmes dédiées à cette entité à part et ainsi permettre d'assurer la sécurité affective des femmes, comme évoqué dans la contribution collective entre le Comité inter-associatif autour de la naissance et le Collectif des sages-femmes (2,38).

Les femmes ayant le choix et étant impliquées durant le travail et l'accouchement ont un meilleur ressenti de ce moment si particulier. Une expérience positive contribue à ce que les femmes aient un sentiment d'accomplissement, une plus haute estime de soi, c'est pourquoi les sages-femmes ont un rôle d'informations et d'accompagnement primordial

pour les femmes, une mauvaise expérience peut avoir des conséquences néfastes pour les grossesses et la vie de la femme (35,36).

5. Droit des patients dans leur prise en charge

La loi du 4 mars 2002 de Bernard Kouchner porte sur les droits des patients à la dignité, et rappelle l'importance du secret médical, notamment pour les personnes handicapées.

La partie intéressante de cette loi pour cette étude aborde le fait que chaque patient majeur peut prendre des décisions concernant sa santé avec l'aide du médecin qui apporte une information éclairée. De plus le malade peut nommer une personne de confiance pour l'aider dans ses démarches. Elle fait aussi le point sur l'amélioration des prises en charges et les réparations des risques sanitaires.

Selon l'article L1111-2, évoqué dans la loi du 4 mars 2002 « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus* ».
« *Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser*» (41).

6. Projets de naissance

Les projets de naissance sont d'apparition assez récente en France.

Selon le code de déontologie, la volonté de la patiente doit être respectée dans toute la mesure du possible. Si la patiente ne peut s'exprimer ou ne peut exprimer sa volonté, ses proches doivent être prévenus et informés sauf en cas exceptionnel.

Le projet de naissance n'a aucune valeur légale, cependant il peut être considéré comme un aboutissement de l'article L1111-4 du code de la santé publique «*Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses*

choix [...]aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

Le projet de naissance permet à la femme et au couple l'expression de leurs besoins, de leurs attentes, de mettre par écrit ou de réfléchir à ce qu'ils souhaitent ou non durant l'accouchement, d'amener à construire et à conceptualiser ce moment, qu'est la naissance de leur enfant. Il peut être le moyen de mettre en place un dialogue avec les professionnels de la naissance, lors de l'entretien prénatal précoce par exemple. Il permet de revoir et ré-expliquer si besoin des notions qui peuvent être abstraites et non comprises pour les couples (6).

Le projet de naissance représente un consentement « clairement » exprimé, il est du devoir du professionnel de respecter les demandes, de justifier ses actes, d'expliquer les conséquences des projets et si cela est nécessaire de convaincre la femme par des explications claires, complètes et loyales (42,43).

Aucun acte médical ne peut être effectué sans le consentement libre et éclairé du patient, il est donc de la mission du soignant d'expliquer chaque geste effectué (40).

La bientraitance est de mise dans le secteur de la naissance. Elle correspond à une qualité de relation avec la femme et son accompagnant, une prise en compte des demandes et des attentes exprimées dans un projet de naissance s'il est compatible avec la sécurité, l'hygiène et les protocoles. Cette bientraitance porte sur le soutien de la femme, le respect des choix, l'intimité et la dignité du lieu d'accouchement, l'information sur les prises en charges de la douleur, la mise en peau à peau, les facteurs de risques éventuels identifiés et les modalités de prise en charge en salle de naissance ou en vue d'un transfert et en cas de césarienne (45).

Les principales demandes en général concernent la liberté de mouvements, sur l'accompagnement personnalisé de la douleur, le choix de la position d'accouchement, le refus d'épisiotomie, le fait de couper le cordon, les soins aux nouveaux nés...(23).

Le nombre de femmes ayant fait des projets de naissance augmentent constamment : 7% en 2005 et 18% en 2009, selon les chiffres du CIANE.

90 % des femmes dont les souhaits ont été respectés ont très bien ou bien vécu leur accouchement que ce soit au niveau physique ou psychique tandis que pour celles dont les souhaits n'ont pas été respectés sont seulement 43% à avoir bien vécu sur le plan physique et 30% sur la plan psychologique. Il y a donc un solide lien entre le respect des souhaits et la qualité du vécu de l'accouchement (25).

Le Comité inter associatif autour de la naissance a demandé à ce que l'offre de soins soit publiée pour chaque établissement afin que les femmes choisissent leurs lieux d'accouchement en fonction de leurs attentes. Cependant cette requête n'a pas été encore entendue car peu d'hôpitaux indiquaient explicitement leurs offres de soins et les différentes possibilités d'accompagnement offertes aux couples. Les femmes ne pouvaient se renseigner que sur les réseaux sociaux, forums... qui ne présentent pas des informations fiables.

Au Canada, les projets de naissances, appelés plan de naissance sont encouragés par les gynécologues, les obstétriciens et les sages-femmes canadiens. Ils sont à écrire par le couple et à discuter avec le professionnel de santé qui va prodiguer les soins, cela concerne l'accouchement que la femme souhaite et les soins au nouveau-né (46).

7. Préparation à la naissance et à la parentalité

D'après l'enquête périnatale de 2010, 73 % des primipares ont suivies des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, contre 28,4 % des multipares. Ces chiffres étaient en augmentation depuis 2003 (12).

La représentation de la naissance a changé et les parents doivent se sont adapté à cela et associés aux gestes techniques, une approche humaine a été primordiale, il a été nécessaire de retisser un lien social et culturel autour de la naissance. Il a été important de construire une représentation de la grossesse et de la prise en charge, notamment pour les premières grossesses, il était du ressort de la préparation à la naissance et à la

parentalité d'aider les couples à s'impliquer dans les prises de décisions concernant la grossesse (47).

La préparation à la naissance et à la parentalité s'adresse à toutes les femmes, avec une attention toute particulière pour les femmes en difficultés : femmes seules, isolées, étrangères, handicapées...

L'objectif est l'amélioration de l'état de santé global des femmes enceintes, des accouchées et des nouveaux nés.

Cette approche permet une démarche éducative et préventive, ces séances ont pour but d'impliquer le couple dans la préparation de la naissance de leurs enfants, de permettre de s'adapter aux femmes et de répondre aux questions au cas par cas pour être au plus proche de ce que les femmes souhaitent.

Les objectifs généraux de la préparation à la naissance et à la parentalité sont selon la Haute Autorité de Santé :

- *« de créer des liens sécurisants avec un réseau de professionnels prêts et coordonnés autour de la femme enceinte ;*
- *d'accompagner la femme ou le couple dans ses choix et ses décisions concernant sa santé, la grossesse, les modalités d'accouchement, la durée du séjour en maternité ;*
- *de donner les connaissances essentielles à l'alimentation du nouveau-né et encourager l'allaitement maternel ;*
- *d'encourager, à chaque étape de la grossesse, l'adoption par la mère et le père d'une bonne hygiène de vie, pour leur santé et celle de l'enfant ;*
- *de renforcer la confiance en soi chez la femme ou le couple face à la grossesse, la naissance et les soins au nouveau-né ;*

- *s'assurer d'un soutien affectif pour la femme pendant la grossesse, à la naissance et au retour à domicile ;*
- *de soutenir la construction harmonieuse des liens familiaux en préparant le couple à l'accueil de l'enfant dans la famille et à l'association de la vie de couple à la fonction de parent ;*
- *de participer à la promotion de la santé du nouveau-né et du nourrisson en termes d'alimentation, de sécurité et de développement psychomoteur ;*
- *de participer à la prévention des troubles de la relation mère-enfant et à la prévention de la dépression du post-partum ;*
- *d'encourager les échanges et le partage d'expérience à partir des préoccupations des parents avant et après la naissance.(47) ».*

Malgré ces objectifs vastes, il n'existe pas de recommandations précises sur les thèmes à aborder concrètement et chaque sage-femme peut aborder ou non certains sujets.

Un entretien individuel précoce est proposé au premier trimestre de la grossesse pour présenter le suivi de grossesse, aborder la préparation à la naissance et à la parentalité et repérer des difficultés potentielles pour la femme ou le couple afin de les accompagner au mieux. En cas de refus, cet entretien peut avoir lieu plus tard dans la grossesse (47).

L'entretien prénatal précoce a pour but d'impliquer la femme et le couple dans une démarche de prévention, d'éducation et de les accompagner au mieux durant la grossesse. L'entretien a pour but de présenter le suivi de grossesse, situer les différents intervenants, d'appréhender les difficultés somatiques, psychologiques et sociales du couple et de donner une information sur les comportements à risques et les conseils d'hygiène. Il permet une appréciation de la santé globale de la femme en début de grossesse, il apporte une information sur les professionnels à proximité et leurs rôles, il permet aussi d'identifier les besoins spécifiques pour le couple et d'identifier les compétences parentales à développer. L'entretien prénatal précoce est surtout le moyen de détecter des facteurs de vulnérabilité susceptible de mettre en péril la santé de la

mère et de l'enfant à naître (antécédents obstétricaux difficiles, stress, violence domestique, anxiété, dépendance, précarité...). Cet entretien précoce permet d'adapter le suivi aux besoins de femmes et ainsi les accompagner le mieux possible (47).

Il est cependant encore peu pratiqué, en 2010 pour l'enquête périnatale, seules 21 % des femmes déclaraient en avoir bénéficié (12).

Huit séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont proposées dont l'entretien prénatal précoce, d'une durée de 45 minutes minimum.

La préparation à la naissance et à la parentalité cherche à développer les compétences des couples et de les amener à avoir une réflexion sur la grossesse et le suivi. La préparation à la naissance et à la parentalité a un rôle éducatif primordial avec des sujets abordés comme : comprendre, s'expliquer ou expliquer la grossesse, l'accouchement et les pratiques parentales, ou tout simplement faire face, décider. De plus la préparation à la naissance et à la parentalité est un pilier pour le soutien de la parentalité, la sage-femme devient un référent pour toutes les questions et la personne vers qui se tourner : apprentissage, écoute, apport d'informations (47,48).

Matériel et méthode

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact de la préparation à la naissance et à la parentalité sur le vécu de la douleur en salle de naissance, le critère de jugement associé était l'étude de l'impact de la préparation à la naissance et à la parentalité sur le vécu de la douleur.

1. Type d'étude

Cette recherche était une étude exploratoire de type qualitative et compréhensive.

2. Durée de l'étude

L'étude a duré 4 mois, les entretiens ont été effectués du 25 janvier 2016 au 8 avril 2016.

3. Lieu de l'étude

Cette étude a été effectuée à la maternité de type III de la région Auvergne.

4. Population cible

La population cible de cette étude était celle des femmes primipares ayant une grossesse dites « à bas risque » accouchant à la maternité de niveau III de la région Auvergne et ayant suivi de cours de préparation à la naissance et à la parentalité.

5. Population source

La population source de cette étude était celle des femmes primipares ayant une grossesse dites « à bas risque » accouchant à la maternité de niveau III de la région Auvergne et ayant suivi de cours de préparation à la naissance et à la parentalité durant la période de l'étude.

6. Critères de sélection des sujets

a) Critères d'inclusion

- primipare
- grossesse singleton
- travail à terme

- femme majeure
- femme francophone
- accouchement voie basse
- femme ayant suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité.

b) Critères d'exclusion

- contres indications à l'analgésie péridurale (thrombopathies, allergies aux produits d'analgésie ...)
- pathologies gravidiques (pré éclampsie, placenta praevia, retard de croissance intra-utérin, estimation de poids fœtale supérieur à 4000g)
- pathologies chroniques ayant un impact péjoratif sur l'accouchement (diabète, hypertension artérielle chronique, infections [hépatite B, VIH, herpès])

7. Le recueil des données

Pour cette étude, des entretiens semi-directifs avec les femmes ont été effectués durant le séjour en maternité à la suite de leur accouchement.

a) Les variables recueillies

Compte tenu de la multitude de paramètres et de possibilités, l'étude a été ciblée sur la prise en charge de la douleur, l'accompagnement, la mobilité et la préparation à la naissance et à la parentalité.

b) Le mode de recueil des données

Pour diriger les entretiens il a été utilisé une trame élaborée grâce aux lectures, aux connaissances et observations durant les stages.

Pour recueillir les informations, un dictaphone a été utilisé lors des entretiens (pour enregistrer les discussions) avec évidemment l'accord de la patiente avec une prise de notes associée. L'entretien s'est déroulé dans la chambre de la patiente.

8. L'informatisation

a) La saisie des données

Les entretiens enregistrés à l'aide d'un dictaphone avec accord des patientes ont été retranscrits sur informatique.

b) Le contrôle qualité

Les tapuscrits des entretiens correspondaient à ce que les femmes ont exprimé.

9. L'analyse des données

Toutes les paroles ont été retranscrites et anonymisées sur un logiciel informatique de traitement de texte puis analysées dans un premier temps de façon verticale, entretien par entretien puis de façon horizontale en mettant en valeur les points récurrents et marquants selon l'analyse de contenu par L. Bardin (49).

10. Budget

Le budget utile pour cette étude n'a pas été conséquent.

11. Aspects éthique et réglementaire

Les patientes ont eu le choix de participer ou non à l'étude, et pouvait se rétracter à tout moment. Elles ont signé un formulaire de consentement. Leurs paroles ont été anonymisées. De plus, cette étude leur a permis d'évoquer l'accouchement, la préparation à la naissance et à la parentalité qu'elles ont suivies et de s'exprimer pour ainsi améliorer la prise en charge des parturientes et des couples.

Résultats

1. Présentation de l'échantillon

Les entretiens se sont déroulés de janvier à avril 2016.

Toutes les patientes étaient primipares âgées de 21 à 40 ans. Toutes les femmes rencontrées ont acceptées de participer à l'étude.

Treize entretiens ont été effectués avec une durée moyenne de 13 minutes (de 8 minutes à 31 minutes)

L'étude s'est portée sur les primipares car le but était d'évaluer l'impact de la préparation à la naissance et à la parentalité, des multipares avaient eu l'expérience de leur accouchement précédent.

Elles avaient toutes accouché, par voie basse sous analgésie péridurale après une grossesse physiologique et après avoir suivi des cours de préparation à la naissance.

Les entretiens ont été effectués durant le séjour en maternité entre le premier jour de post-partum et le troisième jour.

2. Données de l'analyse

- **La préparation à la naissance et à la parentalité**

Toutes les femmes rencontrées avaient choisi de suivre des cours de préparation à la naissance et à la parentalité.

La préparation à la naissance et à la parentalité a été majoritairement choisie par les femmes sujettes à cette étude : « *pour pouvoir aborder tous les sujets qui nous passent par la tête [...] pouvoir vraiment poser les questions* » (patiente 1) que ce soit l'accouchement, mais surtout les soins aux nouveaux-nés et « *avoir pleins d'informations sur comment s'occuper du bébé* » (patiente 4), pour dédramatiser la naissance et répondre aux questions qu'elles se posaient. Les cours de PNP ont été un moment d'échanges « *ouvert à pleins de choses [...], on pouvait poser toutes nos questions* ».

La patiente 1 soulevait qu'aborder ces sujets « *démystifie* », tandis la patiente 4 s'est sentie « *plus rassurée* ».

Certaines, quant à elles, avaient fait le choix de faire une préparation liée à la prise en charge de la douleur. En effet, la patiente 5 avait choisi une préparation « *basée sur la relaxation pour gérer au mieux le travail, les contractions et l'accouchement* », quant à la patiente 7, elle avait choisi une préparation pour « *bien préparer l'accouchement, avoir le moins de douleurs possibles* » la patiente 12 « *des informations sur la douleur, comment la gérer* ».

Elles ont été satisfaites par ce que leur a apporté la préparation à la naissance et à la parentalité, les patientes ont trouvé relativement complet cette préparation : « *Tout a été abordé : la poussée, l'allaitement, le départ...* » (patiente 10), « *on a parlé de tout* » (patiente 11) ,cependant la patiente 8 a relevé qu'elle « *pensait que ça serait plus axé sur la respiration, la poussée*», tandis que la patiente 2 a soulevé qu'elle aurait « *bien fait une autre préparation avec du recul* », aurait « *bien aimé en piscine* » car, selon elle, « *la préparation classique, au final, on fait des choses intéressantes mais il y a pas mal de choses qu'on sait déjà*».

A la patiente 7, il avait juste manqué plus d'explications par rapport à la poussée, elle a eu « *l'impression de ne pas savoir* ».

Les patientes 2, 3 et 6 n'avaient pas suivi tous les cours de préparation. En effet, pour des raisons personnelles, elles n'avaient pas pu se rendre à toutes les séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

- **La prise en charge de la douleur**

Certaines femmes avaient fait le choix dès le départ de bénéficier de l'analgésie péridurale tandis que d'autres (patientes 2 et 4) avaient le projet d'accoucher sans, elles bénéficièrent cependant toutes de l'analgésie péridurale pour leurs accouchements.

Les dilatations cervicales et la douleur évaluée sur une échelle numérique analogique au moment de la pose d'analgésie péridurale ont été répertoriés dans le tableau ci-dessous,

il a été montré que la douleur était souvent intense, huit en moyenne, tandis que les dilatations cervicales variaient beaucoup.

Patientes	Dilatation du col au moment de la pose d'APD (en cm)	EVA au moment de la pose d'APD
1	3	8
2	3	8
3	6	10
4	6	9
5	4	7
6	7	9
7	6	8
8	5	5
9	8	9
10	5	6
11	7	8
12	6	9
13	4	7

Tableau I : dilatation cervicale et EVA au moment de la pose d'analgésie péridurale.

La patiente 4 ne souhaitait pas d'analgésie péridurale: « *Au début je ne voulais pas de péridurale, je m'étais dit que c'était bien d'essayer sans, mais les contractions étaient trop fortes [...] et mon mari était complètement paniqué [...] j'ai quand même passé*

une heure et demi en salle physiologique, j'ai tout testé[...]et on m'a proposé la péridurale, donc je l'ai prise ».

Des femmes ont été débordées et démunies par la douleur et surprises par l'intensité des contractions utérines.

La patiente 1 s'exprimait: « *tout ce dont on avait parlé, je n'arrivais pas à le mettre en pratique [...] j'étais débordée par la douleur* ». Elle s'est trouvée démunie, au point de se demander « *comment je fais ?* ». Elle a ajouté: « *on a beau être prévenu avant, je pense que le moment venu, il faut vraiment être concentrée, et je ne m'attendais pas à ça* ».

La patiente 2 n'avait pas assez abordé la douleur et les contractions durant la préparation à la naissance et à la parentalité « *on a parlé d'une contraction, ce que c'est, le ventre qui se durcit et que ça ne fait pas vraiment mal mais ça s'arrête là, il n'y avait pas la contraction de travail, comment cela se passe et comment la gérer* ».

La patiente 9 relevait:« *on posait la question : les douleurs des contractions comment ça faisait, on en a parlé, mais quand j'étais chez moi et que c'était régulier je me demandais si c'était les contractions de travail* ».

La patiente 5 disait avoir « *subi les contractions, « subi » c'est le terme* », et ajoutait avoir « *eu des difficultés à gérer les contractions* », la patiente 8 ajoutait « *je m'attendais pas à ça, on sait pas vraiment ce que c'est.* », la patiente 13 notait « *il m'a manqué des clés pour pouvoir gérer, je ne savais pas faire* ».

La patiente 11 a vécu un accouchement rapide, elle n'a pas su gérer sa douleur, malgré une préparation qu'elle avait trouvée complète « *je l'ai pas mis en pratique, j'ai pas géré la douleur le jour de l'accouchement. J'ai pas géré du tout, j'avais trop mal, je me suis tortillé [...] si je m'étais plus entraîné à prendre des positions, à respirer, je pense pas que j'aurais mieux géré* ». Elle a bénéficié d'une analgésie péridurale pas assez efficace au moment de l'expulsion « *j'ai senti la tête, j'ai tout senti* ».

La patiente 10 avait dû patienter pour la pose d'analgésie péridurale : « *j'étais déjà dans le lit, installée, c'est plus compliqué à gérer* ».

La patiente 4 ajoutait: « *Je pense que ça serait bien de plus parler de la douleur en préparation car j'ai été surprise par l'intensité, je pensais pas que ça faisait aussi mal , et mon mari a été choqué aussi, je ne sais pas comment il faudrait en parler et ce qu'il faudrait dire de plus mais c'est vrai que je ne m'attendait pas à ça.* ».

Pour la patiente 6, elle en a retenu : « *quand il y a les contractions faut respirer il n'y a rien de plus à faire [...] en attendant la péridurale c'était dur* ».

La patiente 6 est arrivée avec une dilatation du col à 7 cm à la maternité et malgré un travail rapide et une analgésie péridurale efficace pour l'expulsion, elle regrettait quant à la gestion de sa douleur : « *j'ai peut-être trop attendu (avant de venir) et j'ai eu mal pour rien, j'aurais pu avoir l'analgésie péridurale avant* ».

La patiente 9 « *je l'ai (la douleur) maîtrisé jusqu'à 8 cm, j'étais dans ma bulle et je me concentrais, je soufflais et je me disais que ça allait passer* », elle a ensuite eu l'analgésie péridurale.

Peu de femmes ont été sensibilisées à d'autres moyens pour gérer la douleur que l'analgésie péridurale que ce soit en préparation ou en salle de naissance.

« *En préparation on m'avait pas trop parlé d'autres moyens pour gérer la douleurs que la péridurale*» (patiente 2). La patiente 5 avait fait de la « *relaxation pour gérer au mieux le travail, les contractions et l'accouchement* ». La patiente 7 n'avait « *vu aucune autre méthode pour gérer la douleur que l'analgésie péridurale* ». La patiente 10 avait « *vu la respiration , les petits exercices, les étirements avec le conjoint* ». Tandis que la patiente 11 avait pratiqué « *les massages à faire pendant les contractions* ».

La patiente 8 n'avait pas « *vu d'autres moyens de gérer la douleur, par contre j'ai fait de l'acupuncture, et j'étais suivi par une réflexologue plantaire* ».

La patiente 5 a déploré un manque d'alternative à l'analgésie péridurale « *j'aurais apprécié qu'on me propose quelque chose en attendant la péridurale, ne serait-ce que savoir qu'on peut me proposer quelque chose en attendant m'aurait aidé à affronter la douleur* ».

- **Les positions, la mobilité**

Avant la pose d'analgésie péridurale, les femmes avaient majoritairement géré seules leur mobilité, avec ou sans matériel.

La majorité des femmes avaient vu du matériel et des positions en cours de PNP mais la majorité étaient allées à ces cours sans leurs conjoints. (patientes 2, 5, 6)

Les patientes 3, 7, 8, 10 et 11, 12, 13 avaient fait un cours de préparation à la naissance et à la parentalité dédié au ballon et aux mobilisations avec son conjoint.

La patiente 1 expliquait « *j'ai été debout le temps qu'ils m'installent, j'ai poussé sur quelque chose pour me soulager le bas du dos, je me suis accroché au papa, il n'y a rien qui me soulageait, et une fois couchée, j'ai essayé de me mettre sur le côté, je n'ai trouvé aucune position qui me soulageait, parce que la douleur était dans les reins. Je n'ai pas senti de différence entre les positions* », elle ajoutait par rapport au matériel « *je n'ai pas utilisé de ballons ou de choses comme ça. Mais je les avais vu en préparation j'en avais même un chez moi* ».

La patiente 10 « *avais fait des exercices pratiques en prépa, j'avais vu les ballons, les coussins d'allaitement et comment se positionner, avec la galette aussi, ou contre le mur, assis... je l'ai un peu mis en pratique mais pas avec des accessoires, on a beaucoup marché* ».

La patiente 6 avait vu et utilisé les ballons mais « *(n'a) rien utilisé comme matériel (en salle de naissance) comme c'est allé vite* », tout comme la patiente 9 : « *j'ai pas pu le faire à la maternité parce que je suis arrivée le col était à 6-7 cm* ».

La patiente 4 quant à elle n'avait pas pu tester de matériel durant sa préparation : « *je n'ai pas vu de matériels particuliers, elle nous a juste parlé des ballons sans nous en montrer alors quand pendant le travail on m'a mis une galette sous les fesses en position assise et que la sage-femme m'a demandé si elle était bien mise je n'en savais rien comme je n'en avais jamais utilisé* ».

La patiente 12 « *(a) été un peu en salle physio [...], j'ai tout essayé pour voir qu'au final c'était rester debout et marcher qui me soulageait* ».

La patiente 5 ajoutait « *j'ai demandé à bouger mais on est accroché de partout, je gérais mieux sur le ballon, en bougeant* » « *Pendant la préparation j'avais vu et testé les ballons et une fois à la maternité je les ai demandés* ».

Les femmes avaient beaucoup été positionnées par les sages-femmes, une fois l'analgésie péridurale mise en place de manière spontanée : « *elles m'ont beaucoup mobilisée pour qu'elle (le fœtus) descende au maximum toute seule* » (patiente 1), « *elles m'ont juste assise à la fin pour que le bébé descende.* » (patiente 4), « *j'ai quand même pu adopter des positions qui favorisaient la descente : sur les cotés, assise* » (patiente 5), « *On m'a mobilisée sur les cotés pour aider bébé à descendre et c'est des positions que j'avais vues avec la sage-femme avant.* » (patiente 7), ou à la demande des femmes : « *Je leur ai demandé à bouger parce que je suis restée un moment sur le dos, je suis restée un moment sur le coté et après je me suis tournée de l'autre côté* » (patiente 3).

- **L'accompagnement**

Les femmes avaient toutes été satisfaites de l'accompagnement dont elles ont bénéficié en salle de naissance, elles se sont senties soutenues et bien accompagnées, « *L'équipe était super* » (patiente 2), « *Je me suis sentie bien soutenue par l'équipe* » (patiente 3). « *Je me suis senti bien entourée par les sages-femmes, elles ont été supers* » (patiente 5) « *Super bien entourée en salle de naissance, c'est la moitié du travail votre accompagnement* » (patiente 7). La patiente 8 s'est sentie « *super bien entourée* ». Pour la patiente 12 : « *c'était parfait* ».

La patiente 2 disait: « *la sage-femme venait me voir tout le temps, on a bien discuté* ».

La patiente 4 a abordé son mari : « *Pour l'accompagnement mon mari a été très déconcerté par la douleur, il ne savait plus quoi faire et je comprends que ça doit être très impressionnant pour eux, j'étais dans ma bulle* » et l'accompagnement dont elle a pu bénéficier de la part d'une étudiante sage-femme : « *(elle) est restée avec moi tout le moment où j'attendais la péridurale elle m'aidait à respirer et elle m'a beaucoup soutenue ça m'a beaucoup aidé* ».

La patiente 6 ajoutait: « *j'avais mon compagnon vers moi, il était tétanisé de me voir souffrir comme ça* ».

Le conjoint de la patiente 9 avait assisté à un groupe de parole à la maternité : « *un seul, c'était des questions réponses sur pleins de sujets, entre hommes. Face à la douleur, on est un soutien. J'essayais de la canaliser. On se sent impuissant, mais après on essaye de trouver sa place* », ce qui a bien aidé sa compagne pour la respiration.

- **Actrice de l'accouchement ?**

Une seule femme rencontrée lors de cette étude avait fait un projet de naissance, les demandes étaient : « *couper le cordon et le peau à peau avec le papa* » (patiente 11). Le projet a été demandé au couple lors de l'arrivée en salle de naissance, cependant le papa a juste pris le nouveau-né dans ses bras et le peau à peau a été effectué par la mère.

Deux patientes avaient des souhaits qu'elles n'ont pas évoqués à l'équipe : « *faire en sorte que cela dure le moins longtemps possible* » (patiente 1), « *ce qu'on voulait c'était la péridurale, que le papa coupe le cordon et l'allaitement* » (patiente 9).

Les femmes se sont, pour la majorité, laissées porter par les événements et guider par l'équipe soignante : « *Pour l'accouchement je me suis dit on verra ce qui va se passer* » (patiente 2) « *Je vais me laisser guider [...] si je m'étais dit :: c'est sûr que je ne veux pas de péri, cela aurait été très dur pour moi psychologiquement d'en prendre une finalement*» (patiente 4).

La patiente 7 a souligné: « *j'avais pas fait de projet de naissance, j'ai des sœurs qui ont accouché et j'ai bien vu qu'il pouvait y avoir tous les accouchements possibles : du très bon au moins bon* ».

La patiente 10 n'avait pas fait de projet de naissance et a souligné que pour elle : « *c'est mieux de ne pas être fixée sur quelque chose de précis parce que sinon à mon avis il y aurait eu des frustrations* ».

La patiente 4 a souligné: « *Ce qui m'a paru étonnant c'est qu'on ne me laisse pas le choix de la poussée, on m'a dit de pousser en bloquant, ça tombait bien c'est de cette façon que j'étais le plus à l'aise. Mais j'ai trouvé ça bizarre de ne pas laisser le choix* ». cette remarque est aussi noté par la patiente 5 : « *je n'ai pas du tout eu la même approche en salle de travail. En préparation, on m'avait dit de souffler, de s'étirer, de ne pas bloquer la respiration, de ne pas me prendre derrière les jambes et, à l'accouchement : ramener, bloquer, pousser et voilà* ».

Pour une prochaine grossesse, seule la femme en ayant déjà fait un pense en faire de nouveau, les autres femmes interrogées ne souhaitaient pas faire de projet de naissance de nouveau, la patiente 1 a soulevé que « *pour une prochaine grossesse je pensais pas faire de projet de naissance non plus, parce que j'ai bien vu qu'on avait beau s'imaginer les choses d'une certaine manière ça se passait pas forcément comme ça* ». la patiente 6 ajoute « *Pour une prochaine grossesse je ne pense pas faire de projet de naissance, tout planifier ça ne sert a rien, il faut garder une part d'imprévu* » la patiente 7 : « *pour une prochaine grossesse je ne ferai pas de projet de naissance non plus parce que finalement ça peut être tellement différent, à tout moment ça peut changer* ».

La patiente 5 a ajouté quand même : « *je pense que ça serait plus réfléchi on sait à quoi s'attendre, on peut mieux aborder les choses* ».

- **Le souvenir**

Les femmes interrogées avaient gardé un souvenir plus ou moins bon de leur accouchement. La douleur était vive, mais la prise en charge leur avait globalement convenu.

Les patientes 3, 4, 7, 10, 11, 12 ont été interrogées deux jours après leur accouchement tandis que la patiente 5 a été interrogée le lendemain. « *J'en garde un bon souvenir, j'ai bien ressenti les sensations sans les douleurs* » (patiente 3), « *Je garde un très bon souvenir de l'accouchement j'ai eu mal mais une fois le bébé là, on oublie tous les tracas et puis on s'est très bien occupé de moi donc j'en garde vraiment un très bon souvenir* » (patiente 4), « *C'est un bon souvenir mais que le dernier quart d'heure sinon c'est long* » (patiente 7), « *J'en garde une mémoire vive de cette douleur, c'était hier* » (patiente 5), La patiente 10 a gardé un souvenir intense de l'expulsion : « *c'est un mauvais moment qui est passé, maintenant on a les bons cotés* ». La patiente 11 aussi a gardé un vif souvenir de la douleur « *Je veux pas retomber enceinte j'ai eu trop mal, pas pour le moment* ». la patiente 12 a ressenti une « *douleur intense et je pense être allé le plus loin possible* ».

La patiente 8 a gardé en souvenir la douleur d'après l'accouchement : « *le lendemain avec l'episiotomie, j'étais pas préparée à ça donc quand ça s'est réveillé j'ai eu très mal* ».

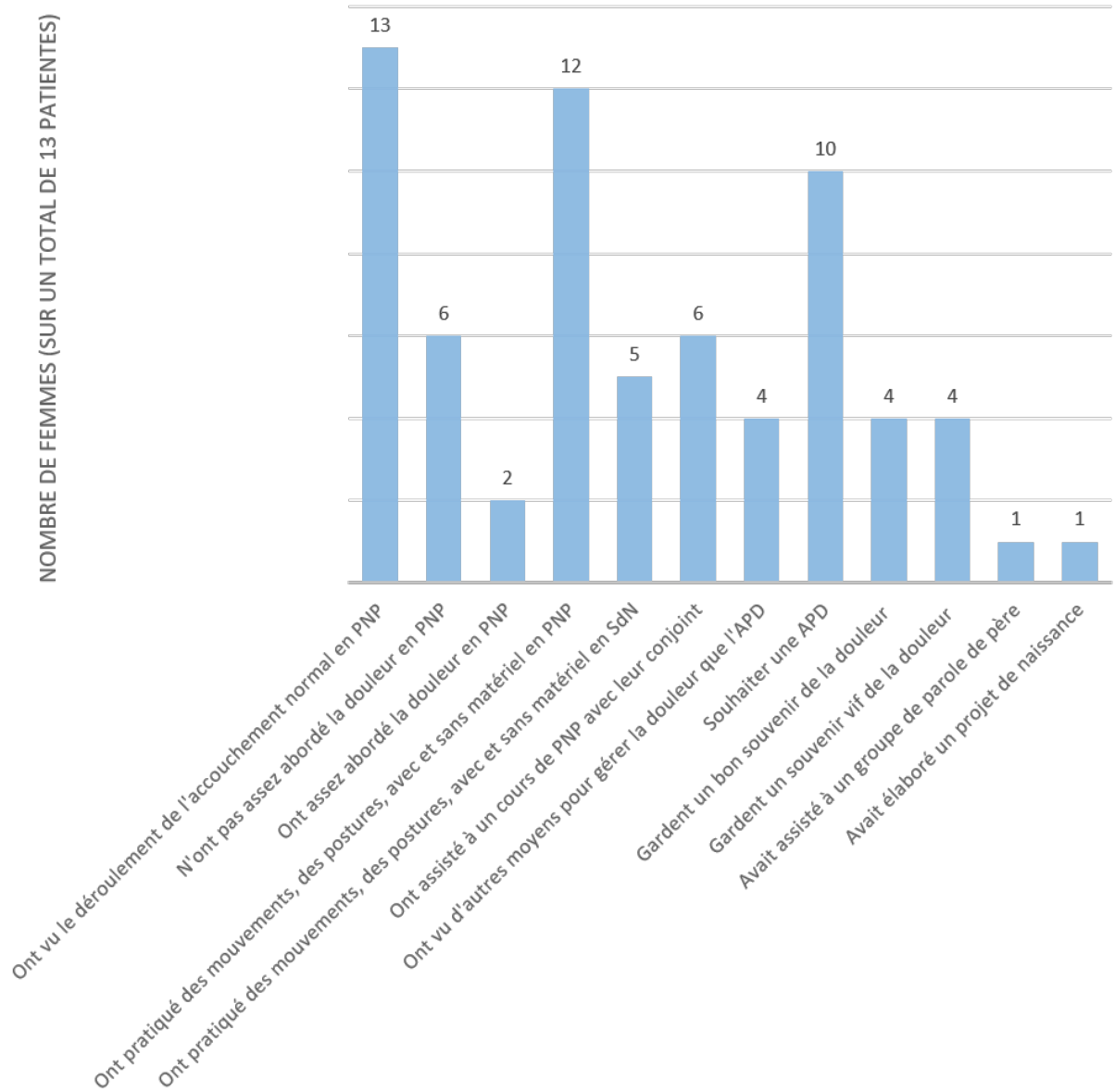


Figure 4: Récapitulatif des résultats

Discussion

1. Les limites de l'étude

Pour perfectionner cette étude, les entretiens auraient pu avoir lieu à distance de l'accouchement pour que les femmes aient plus de recul par rapport au vécu, au souvenir de la douleur et à l'évocation d'un futur projet de naissance pour une prochaine grossesse, il était trop tôt pour qu'elles puissent répondre totalement à cette réponse, elles me l'ont fait remarquer.

De plus, il n'a pas été possible d'interroger toutes les femmes ayant accouché dans une période donnée, l'enquêteur n'étant pas à Clermont-Ferrand tous les jours, les entretiens étaient donc étalés sur une grande période.

Toutes les femmes n'avaient pas suivi les mêmes cours et il n'a pas été possible d'assister aux cours, ni de rencontrer les sages-femmes, il a été recueilli ce que les femmes en ont ressenti, ce qui est subjectif mais c'est aussi ce qui est important au final.

2. Les points forts de l'étude

Sur le plan personnel, cette étude m'a permis d'améliorer mes capacités d'écoute au travers des entretiens menés et d'étudier un sujet important qu'est la prise en charge de la douleur.

Cette étude est intéressante car elle a permis de mettre en avant des points à améliorer afin de mieux préparer les femmes et leur conjoint à l'accouchement, et ainsi aider les sages-femmes les accompagnant en salle de naissance.

L'étude s'était concentrée sur des thématiques précises, comme l'accompagnement, la gestion de la douleur, la mobilité permettant ainsi de mieux cibler les besoins et les attentes.

Cette étude s'est déroulée au même moment que la mise en place des maisons de naissance, il serait donc intéressant d'évaluer l'apport de ces structures dans la gestion de la douleur à l'avenir.

3. La préparation à la naissance et à la parentalité

Il est retrouvé dans ces entretiens que les informations données aux femmes différaient en fonction des cours qu'elles avaient pu suivre, elles n'avaient par exemple pas toutes abordé les contractions, la gestion des contractions ou encore le matériel à leur disposition en salle de naissance.

Cependant il est normal que des différences subsistent, et elles constituent même une richesse pour les femmes. En effet, toutes les sages-femmes, bien qu'ayant une même formation initiale, peuvent suivre des formations continues variées (exemple de l'acupuncture, la sophrologie, le yoga, la méthode Bonapace, le chant prénatal ou l'haptonomie...). Les sages-femmes ont l'obligation de se former, c'est la formation continue, dans le but de perfectionner leurs connaissances, d'améliorer la qualité et la sécurité des soins (50).

De plus, les femmes n'ont pas les mêmes attentes vis à vis de la préparation à la naissance et à la parentalité, qu'elles peuvent effectuer pour chaque grossesse.

Dans cette étude les femmes interrogées étaient primipares, elles ont toutes exprimé le besoin d'informations théoriques et d'informations sur le déroulement de l'accouchement et les soins à apporter aux nouveaux nés.

Néanmoins il pourrait être avantageux pour chacune d'entre elles qu'un « bagage minimum » sur le déroulement de l'accouchement, de la physiologie de l'accouchement et de la gestion des contractions soit acquis à la fin des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, car malgré les recommandations établies par la Haute Autorité de Santé, il n'existe aucune liste de thèmes spécifiques et obligatoires à aborder. Il est juste disponible aux professionnels de santé des grands principes à inculquer aux futurs parents et des méthodes pour y arriver mais aucune recommandation quant aux thèmes à aborder ou non et de quelle manière les mettre en valeur (47).

Les cours de préparation à la naissance et à la parentalité sont beaucoup centrés sur l'explication, la théorie, avec parfois de la pratique mais qui reste minoritaire.

Il est du rôle de la sage-femme d'amener les femmes à avoir confiance en elles, qu'elles n'aient pas peur le jour de l'accouchement et qu'elles se sentent capables de gérer la douleur (47).

De plus, il devrait y avoir plus de pratiques, avec des positions, des mouvements qui peuvent soulager pendant la grossesse ou pour l'accouchement, avec les ballons, les galettes ou sans matériel, pour pouvoir être plus sereine le jour venu. Il a été retrouvé dans cette étude que des femmes avaient abordé ces sujets mais sans avoir de pratique, elles n'étaient pas toujours familiarisées avec cela, elles n'ont donc pas pu mettre en application complètement les exercices le jour de l'accouchement, cette partie sera développée dans le projet d'action (33).

La préparation à la naissance et à la parentalité ne peut pas se faire que sur le plan intellectuel. Une prise de conscience du corps et une préparation émotionnelle sont nécessaires (32).

En salle de naissance, il est évident qu'il est nécessaire d'expliquer aux femmes le déroulement de l'accouchement, les rôles de chacun, pour permettre aux femmes de comprendre, d'interagir avec la sage-femme, et d'être active dans sa prise en charge. De plus, les femmes ayant suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, peuvent mieux comprendre les explications données en salle de naissance.

4. La douleur peu abordée lors de la préparation à la naissance et à la parentalité

Les femmes ont souvent fait remarquer un certain manque d'informations transmises sur la douleur des contractions en cours de préparation à la naissance et à la parentalité, qu'elles aient effectué les cours avec une sage-femme en libérale ou au sein de l'hôpital. La majorité d'entre elles se sont trouvées démunies face à la douleur. Elles auraient souhaité que cela soit plus abordé lors de la préparation à la naissance et à la parentalité, reste à savoir comment l'aborder ?

Il serait peut-être nécessaire d'aborder la douleur plus profondément lors d'une séance de préparation à la naissance et à la parentalité dédiée à cela, d'expliquer le rôle des

contractions utérines, pourquoi il y a la douleur, de visualiser l'avancée du fœtus grâce aux contractions, d'expliquer la physiologie de la douleur et surtout mettre en pratique des mouvements, des positions, des techniques pour gérer les contractions, de leur donner la confiance nécessaire pour gérer la douleur et qu'elles se sentent capables de le faire.

De plus aucune femme n'avait particulièrement abordé d'autres moyens antalgiques que l'analgésie péridurale, au cours de la séance dédiée à la douleur, on pourrait aborder les moyens de la gérer : respiration abdominale, sophrologie, massages, bain, méthode Bonapace, acupuncture, homéopathie ... Ces démarches ne sont pas beaucoup évoquées en préparation à la naissance et à la parentalité mais elles ne sont pas souvent proposées aux femmes dans les services de maternité non plus.

La méthode Bonapace, qui se développe peu à peu en France, inclut des massages, des points d'acupression, de la visualisation, des pensées positives, de la mobilité permet d'inclure le père et de le rendre actif dans la prise en charge de la douleur. Elle comporte un travail sur soi et sur son corps pour avoir les clés de son accouchement et aider à gérer la douleur. Cette méthode amène les femmes à avoir confiance en elles et le conjoint l'aide en ce sens durant les cours de préparation et au moment de l'accouchement (33). C'est un exemple de préparation intéressant pour la gestion de la douleur.

5. Différences entre préparation à la naissance et à la parentalité et salle de naissance ?

Les entretiens ont démontré que les informations données en cours correspondent à ce qui se passe en salle de naissance et que le matériel vu en préparation à la naissance et à la parentalité et aussi présent en salle de naissance. Les femmes n'ont pas été surprises par la prise en charge générale de leur accouchement. En effet, la préparation à la naissance et à la parentalité les avaient globalement bien préparées à ce qui allait se passer, malgré un manque de notion vis à vis de la douleur et de sa gestion.

Il est du ressort des professionnels de proposer des exercices aux femmes en salle de naissances (ballons, salle physiologique, baignoire, massages ...) et d'être disponibles pour les accompagner (2).

Cependant plusieurs femmes ont trouvé étonnant de n'avoir pu choisir leur propre mode de poussée au moment des efforts expulsifs. En effet, cela peut être expliqué par le fait qu'une étude sur les différents types de poussée est en cours au sein de la maternité de type III de la région Auvergne (étude Éole), mais ce n'est peut-être pas l'unique raison. Cependant, les femmes ayant eu ces remarques n'avaient pas abordé ce sujet ni en préparation à la naissance et à la parentalité, ni au cours du travail, ce qui les a déstabilisé.

Il est nécessaire d'aborder la façon de pousser avec les femmes en préparation à la naissance et à la parentalité, mais aussi au moment du travail, pour qu'elles soient préparées afin d'allier le bien être de la femme et du fœtus et l'efficacité pour que la poussée soit la moins longue possible. L'étude Éole permet de travailler avec une vidéo pour la poussée, ce qui est une aide importante.

Y-a-t-il une trop grande différence entre la préparation à la naissance et la salle d'accouchement ? Le fait d'élaborer une trame de thèmes à aborder permettrait de combler cette différence, ainsi la patiente aurait forcément travaillé la poussée, par exemple. On pourrait faire de la préparation de différentes manières, avec différents outils, tout en ayant une trame commune.

La sage-femme est un interlocuteur privilégié et l'échange doit être à double sens entre le couple et la sage-femme (25).

6. Accompagnement

Elles se sont toutes senties bien entourées et accompagnées par l'équipe soignante qui les a pris en charge pour l'accouchement.

Mais plusieurs parturientes ont soulevé le problème de leurs conjoints qui ont été choqués par l'intensité de la douleur que ressentait leurs femmes, et ils ont été démunis, ne sachant pas quoi faire, ni comment les aider à être soulagé.

Cette observation avait aussi été faite lors des stages en salle de naissance et en discutant avec les couples, cela devrait être abordé en amont avec les couples, et dans la suite de l'idée du cours de préparation à la naissance et à la parentalité dédié à la douleur y inclure les pères pour qu'ils soient sensibilisés et qu'ils puissent participer à la prise en charge de la douleur, comme par exemple pour la méthode Bonapace vu précédemment, ou plus simplement pour des massages, des aides à la mobilisation ...

De plus, il a été mis en place des groupes de paroles pour pères au sein de la maternité de type III de la région Auvergne. Ce sont des séances animées par un maïeuticien le jeudi soir (les horaires étant adaptés aux pères exerçant une activité professionnelle). Cependant ces séances sont encore peu connues et donc pas encore assez valorisées.

7. Projet de naissance

Un seul couple avait fait un projet de naissance, alors que les autres femmes n'avaient pas de demandes particulières pour l'accouchement, elles se sont toutes laissés guider par l'équipe soignante. Les chiffres évoqués par le Comité inter-associatif autour de la naissance concernant les projets de naissance évoquent que 18 % des femmes en font un depuis 2009, ces chiffres ne précisant pas s'ils concernent majoritairement les primipares ou les multipares. Cette étude laisse entrevoir que les femmes attendant leur premier enfant sont peut-être moins sujettes à ce genre de requêtes malgré le fait qu'elles aient suivi les cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Ce fait ne les empêchait pas de s'être senties actives et actrices dans leur accouchement (23).

Sur treize parturientes, une seule souhaite faire un projet de naissance pour une prochaine grossesse. Cependant il est sûrement bien trop tôt pour elles pour se projeter dans une nouvelle grossesse, en effet les entretiens ont été effectués durant le séjour en post-partum.

Une étude du Comité inter-associatif autour de la naissance montre que 11% des femmes qui ont exprimé leur souhait ont ressenti que l'équipe médicale n'avait pas fait de son mieux pour y répondre. Devant un accueil parfois peu chaleureux des projets de naissance de la part des soignants, faut-il les encourager et sont-ils utiles? Fait-on vraiment une promotion du projet de naissance ? Est-il assez expliqué aux couples ?

Il faudrait que le couple puisse exprimer ses souhaits, que le professionnel qui connaît la maternité en discute avec eux en amont de l'accouchement. Il faudrait que le projet soit étudié et repris avec le professionnel pour accompagner le couple dans ce projet et que le lien soit fait avec la salle de naissance de façon constructive (25).

8. Projet d'action

a) Proposition de thèmes importants à aborder en préparation à la naissance et à la parentalité

Il est nécessaire que les femmes aient des notions théoriques (notamment pour les primipares, qu'elles sachent ce qui va se passer peut les rassurer). Il est aussi important de parler des situations moins agréables comme la césarienne ou les extractions instrumentales, car l'annonce est parfois difficile à accepter pour les couples et cela est souvent mieux compris quand les femmes et les couples ont déjà abordé ce sujet.

De plus il est primordial d'associer à cette connaissance théorique une activité physique afin d'amener les femmes à mieux se connaître et mieux connaître leur corps par des exercices, des mouvements, des postures qu'elles pourront utiliser le jour de leur accouchement, accompagné de leur conjoint.

- Théorie : quand partir à la maternité, qu'est-ce qu'une contraction ? A quoi ça sert ?, qu'est-ce qu'un projet de naissance ?, dilatation du col, descente du bébé, accouchement normal, différentes positions pour pousser, délivrance, expliquer la césarienne (indications, comment ça se déroule), et les instruments (forceps, ventouse), épisiotomie, déchirures, déclenchement, soins au nouveau-né et séjour en maternité, allaitement, conseils pour le retour à domicile et programme de retour à domicile (PRADO).

- Pratique : respiration abdominale, étirements pour soulager les douleurs de la grossesse et du travail, positions qu'on peut adopter avec un ballon ou debout, assise, allongée sur le côté, à quatre pattes pour se soulager, exercices de respiration avec la contraction, apprendre à écouter son corps, à se recentrer sur soi, avoir confiance, massages, poussée...

Une plaquette récapitulative est présentée en annexe.

b) Une séance de préparation à la naissance et à la parentalité sur la douleur

Voici une proposition pour la séance sur la douleur :

- Théorie :

La douleur est « une expérience physique et émotionnelle désagréable en relation avec une lésion réelle ou potentielle ». Accoucher est un moment intense et les douleurs ressenties ne sont pas une alerte, un signe de dysfonctionnement mais plutôt un signal que quelque chose d'important se prépare dans le corps : la naissance d'un enfant (32).

Les contractions utérines durant la grossesse et l'accouchement sont indispensables à la croissance des fibres musculaires.

L'utérus est un muscle qui va se contracter lors de l'accouchement, amenant des douleurs qui entraînent l'ouverture du col, la formation du segment inférieur, et la descente du bébé dans le bassin, les contractions constituent le moteur, la force nécessaire à cette avancée.

Cette douleur est cyclique, c'est cette régularité qui va permettre de s'adapter et une fois que la contraction arrive, la respiration abdominale va devenir plus profonde, une position particulière est prise, peut-être un balancement et le soutien de l'accompagnant. La contraction est comme une vague, elle monte, atteint son sommet puis redescend, elle dure une minute environ.

Pour mieux la gérer, il est conseillé d'être dans un endroit calme, sans bruit, avec une lumière douce...

Toutes les femmes ne ressentent pas cette douleur de la même façon, ni au même endroit, il faut écouter son corps et si lors de la contraction une position vous soulage, c'est cette position qu'il faut adopter.

Le but de la préparation est de donner des clés pour gérer au mieux ce moment.

L'analgésie péridurale constitue le moyen médicamenteux le plus utilisé pour soulager la douleur, mais quoi qu'il en soit, elle ne peut être posée qu'une fois que le travail est en phase active, donc gérer la douleur par d'autres moyens est l'affaire de tous.

L'analgésie péridurale consiste en l'injection d'anesthésique locaux au niveau périmédullaire. Ce geste est effectué par un médecin anesthésiste. Le but est de réduire considérablement les sensations douloureuses tout en gardant une certaine mobilité. Étant un acte médicalisé, la surveillance de la femme et de l'enfant est accrue avec un monitoring continu. Mais avoir l'analgésie péridurale ne veut pas dire rester immobile, il faut continuer à bouger pour aider la descente du bébé et ne pas chercher à réduire les sensations à 100%.



Figure 5: Foetus dans l'utérus, à terme

- Pratique :

Ces exercices sont inspirés par la méthode Bonapace (33).

- Respiration abdominale :

Elle permet une détente de tout le corps, un recentrage sur soi et une meilleure oxygénation pour la mère et le bébé. Une respiration lente et profonde est nécessaire. S'entraîner pendant la grossesse permet d'une part de se relaxer puis permet d'être mieux préparer pour l'accouchement.

Pour pratiquer la respiration simple, inspirez par le nez, remplir tout son corps d'air puis expirer par le nez, pensez à détendre les muscles. Pendant les contractions, expirez par la bouche.

- Mouvements :

Bouger aide la progression du bébé et rend les contractions plus efficaces. Le jour de l'accouchement, il faut s'écouter : les positions qui soulagent sont les bonnes.

Le partenaire a un rôle primordial : il aide à adopter les bonnes postures, masse, rassure...

Il faut éviter la position allongée sur le dos car elle diminue l'apport sanguin, l'utérus comprimant la veine cave, et la descente du bébé est plus difficile.

En utilisant des positions penchées vers l'avant, la gravité aide les contractions à être plus efficaces, et ces positions aident le bébé à se tourner de la meilleure façon pour l'expulsion.

On peut se positionner debout, en appui contre un mur, en variant l'angle des pieds qui changent l'ouverture du bassin, cela peut s'accompagner d'un balancement. On peut varier la position en enlaçant son conjoint qui vous soutient.

On peut se positionner à genoux, en posant ses bras sur une chaise à hauteur ou un ballon, et en s'installant à moitié à genoux, à moitié accroupie pour ouvrir le bassin, pensez à mettre un coussin entre les genoux et les fesses pour réduire la tension.

On peut aussi utiliser le ballon assise dessus penchée en avant, ou les mains en appui sur un mur, on peut allonger le dos pour bien ouvrir la poitrine. Et entre les contractions, on peut utiliser le ballon pour faire des mouvements de balancement et ainsi aider à la détente et à la descente du bébé.

On peut aussi adopter des positions à quatre pattes, tout en respirant profondément.

Laissez-vous guider par les sensations et aidez-vous de votre partenaire, des ballons, d'une chaise, du lit, d'un fauteuil, d'un système de suspension...

- Stimulation non douloureuse de la zone douloureuse :

C'est la théorie du portillon, quand on se cogne on frotte vite la zone douloureuse pour « tromper » le cerveau et atténuer la douleur, c'est cette technique qui est utilisée ici.

Entre les contractions, la stimulation de la zone douloureuse peut se faire par des massages légers, de l'eau tiède, de la chaleur ou du froid (avec des compresses mouillées) et/ou proposer une déambulation. Si la femme en éprouve le besoin, elle peut pratiquer cela pendant la contraction.

Le bain est une méthode de choix pour soulager la douleur, il permet à la femme de se détendre, de se mobiliser plus aisément et l'eau chaude apaise les douleurs, pensez à bien immerger le ventre. En cas d'absence de baignoire, la douche peut aussi être utilisée.

Le conjoint peut aussi faire des massages (visage par exemple), tout simplement pour détendre la femme et l'aider à se relaxer en dehors des contractions.

- Stimulation douloureuse d'un site autre que la zone douloureuse :

En stimulant des zones parfois éloignées de la zone douloureuse, on active certains neurones et on en inhibe d'autres, en relâchant de l'endorphine le corps inhibe les sensations sauf celle qui est stimulée douloureusement par l'acupression, l'acupuncture, ou la glace. Ces techniques sont à mettre en pratique pendant la contraction.

L'acupression allie les points d'acupuncture et la stimulation douloureuse qui libère de l'endorphine, cela consiste en des massages profonds sur certains points dans le bas du dos, la fesse, la main, les pieds ou les jambes.

On peut par exemple stimuler le point VB 30- Huantiao pendant la contraction, ce point est situé sur la fesse, il est situé à l'intersection de l'obturateur interne et du jumeau inférieur : les muscles qui relient le bassin au fémur. On peut appliquer la stimulation avec le coude ou le doigt, cette stimulation soulage les tensions du bas du dos et les jambes.

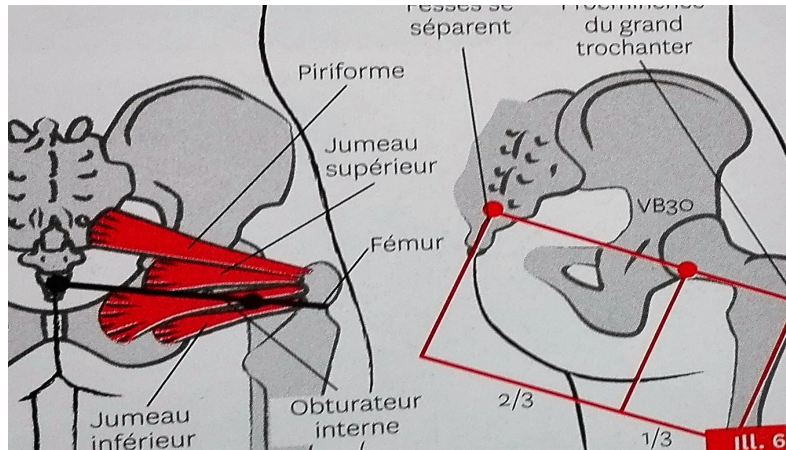


Figure 6: Point VB 30, source : *Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace*

On peut aussi stimuler le point GI4-Hegu situé sur la main, facile à trouver, il se situe le long de l'index à la rencontre avec les os métacarpiens, la stimulation régularise la contraction avec la stimulation des autres points.

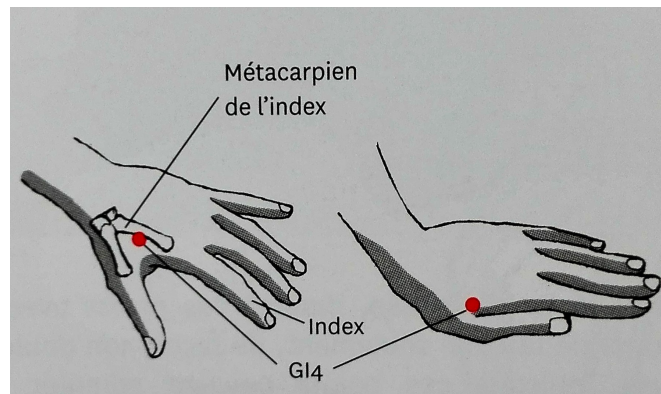


Figure 7: Point GI4, source : *Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace*

Sur le pied, on peut stimuler le point RP6-Sanyinjiao, facile lui aussi à repérer, il faut repérer le point central de la malléole interne, placer quatre doigts en travers le long du tibia, le point RP6 est là, la stimulation est souvent très douloureuse.

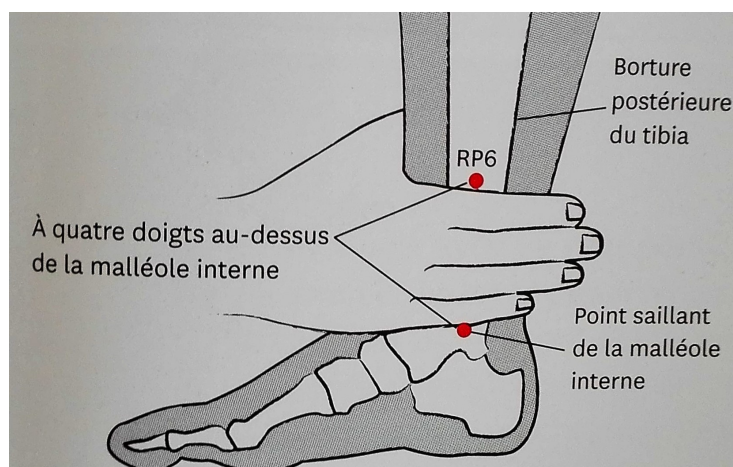


Figure 8: Point F3, source : *Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace*

L'acupuncture agit sur des points précis avec des aiguilles, elle est pratiquée par certaines sages-femmes en salle de naissance, qui possèdent le diplôme universitaire d'acupuncture obstétricale.

La glace est un moyen simple de créer une stimulation douloureuse, n'importe où sur le corps, on peut par exemple serrer un bloc de glace dans la main.

– Pensées positives :

Les messages douloureux sont étroitement liés aux émotions et à la mémoire, il est donc nécessaire que la femme soit soutenue de manière continue sur le plan physique et émotionnel. L'accompagnant doit être une personne aimante et prête à accompagner, qui va permettre à la femme de rester dans sa bulle de calme et de confiance. L'environnement est important, il doit être sécurisant, intime avec éventuellement de la musique qui permet de se sentir mieux et de détourner l'attention de la douleur.

Le partenaire a un rôle de soutien émotionnel et physique, il est là pour soulager, guider, encourager ...

c) Mise en avant des groupes de parole pour les pères

Il faudrait, dans un premier temps informer tous les professionnels de la périnatalité de l'existence de ces groupes de paroles, puis proposer des affichages pour que cela soit connu des patients aussi. Ces groupes sont encore peu connus par les pères, en effet ils sont récents mais il serait judicieux de les mettre en avant.

Conclusion

Cette étude a permis de montrer que les femmes primipares suivaient avec attention les cours de préparation à la naissance et à la parentalité, elles étaient satisfaites par ce que leur apportaient ces cours.

Cependant il a été mis en avant la variété importante des préparations à la naissance et à la parentalité à disposition des femmes, constituant une force comme une faiblesse.

C'est pourquoi il a été proposé de mettre en avant une trame commune pour que toutes les sages-femmes faisant de la préparation à la naissance et à la parentalité aient le même socle commun pour élaborer leurs cours.

De plus ces entretiens ont montré que les cours de préparation à la naissance et à la parentalité ne sont pas assez aidant dans la gestion de la douleur, c'est pourquoi il a été proposé d'élaborer une séance particulière dédiée à cela, en étant accompagné tout au long de la préparation par des exercices physiques et pratiques amenant la femme à avoir confiance en elle et en ses capacités. La préparation à la naissance et à la parentalité ne peut pas se faire que sur le plan intellectuel. Une prise de conscience du corps et une préparation émotionnelle sont nécessaires.

Il a aussi été mis en avant un manque de préparation pour les pères qui sont parfois impressionnés par l'intensité de la douleur, cela peut éventuellement être amélioré par la mise en place des groupes de parole pour les pères et leur implication dans les cours de PNP, mais ne faudrait-il pas mettre ces initiatives encore plus en avant ?

La dernière partie concerne les projets de naissance qui se développent mais ne sont pas encore très utilisés par les couples, sont-ils utiles ? Sont-ils assez expliqués aux futurs parents ?

Avec l'apparition des maisons de naissances et le développement des espaces physiologiques, il serait intéressant d'évaluer l'apport de ces structures pour la gestion de la douleur à l'avenir.

Références bibliographiques

1. Dictionnaire Larousse. Définitions : vécu [En ligne]. [Consulté le 19 octobre 2015]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/v%C3%A9cu/81239>
2. CIANE, Collectif des sages-femmes. Contribution commune : la filière physiologique en obstétrique. [En ligne]. 2015 [Consulté le 10 octobre 2015]. Disponible sur : <http://www.cnsf.asso.fr/doc/2D971E4C-CB3D-48FD-65D45FF1F6647E3C.pdf>
3. Ministère des affaires sociales et de la santé. Code de la santé publique - Article R.4127-318 [En ligne]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000026202949&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20141021>
4. Ministère des affaires sociales et de la santé. Code de la santé publique - Article L4151-1 [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688926&dateTexte=&categorieLien=cid>
5. Ministère des affaires sociales et de la santé. Code de la santé publique - Article R.4127-312 [En ligne]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9-au-19-juillet-2012.pdf>
6. HAS. Suivi de la grossesse et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. [En ligne]. 2007 [Consulté le 8 janvier 2015]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
7. Les 3 types de maternités [En ligne]. perinat-france. [Consulté le 9 décembre 2015]. Disponible sur : <http://www.perinat-france.org/portail-grand-public/reseaux/accouchement-maternites/les-maternites-type-i-ii-iii-642.html>
8. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités. Fondamentaux.
9. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Plan périnatalité 2005-2007. [En ligne]. 2004 [Consulté le 19 juin 2015]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
10. Puech F, Hédon B. Entre sécurité et intimité de la naissance : la position du CNGOF en 2012 sur le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de "l'accouchement physiologique". [En ligne]. 2012 [Consulté le 10 novembre 2015]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/position_acc_physio_121205.pdf
11. Déclaration de principe commune sur l'accouchement normal. J Obstet Gynaecol Can Vol 30 N° 12 2008 P 1166–1168 [En ligne]. 2008 décembre [Consulté le 21 octobre 2015]; Disponible sur : <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/gui221PS0812f.pdf>

12. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. [En ligne]. juillet 2011; [Consulté le 13 juillet 2015]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
13. Coulm B, Blondel B. Grossesses à bas risques : interventions obstétricales selon les caractéristiques de la maternité en 2010. [En ligne]. 2014 [Consulté le 23 septembre 2015]. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er897.pdf>
14. Pisani L. Vers une expérimentation des maisons de naissances ? Contact Sages Femmes. 2013 Février;(34):28.
15. HAS. Maisons de naissance : élaboration du cahier des charges. [En ligne]. 2014 [Consulté le 14 juillet 2015]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/cahier_charges_maisons_naissance_230914.pdf
16. Ministère des affaires sociales et de la santé. Décret no 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance [En ligne]. 2015-937 juillet, 2015. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/7/30/AFSH1511616D/jo>
17. Riethmuller D, Schaal J-P, Maillet R. Chapitre 18 : Accouchement normal en présentation du sommet. In: Traité d'obstétrique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2010. p. 129–40.
18. Martin S. Chapitre 15 : Surveillance clinique et paraclinique du travail normal. In: Traité d'obstétrique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2010. p. 98–110.
19. KCE. Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque [En ligne]. 2010 [Consulté le 10 octobre 2015]. Disponible sur : http://www.europeanmidwives.com/upload/filemanager/content-galleries/national-guidelines/kce_139b_recommandations_accouchement__bas_risque.pdf
20. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. La douleur. [En ligne]. [Consulté le 23 septembre 2015]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/la-douleur.html>
21. Collectif Interassociatif Sur la Santé. Droit des malades, la prise en charge de la douleur. [En ligne]. [Consulté le 12 avril 2016]. Disponible sur : <http://www.leciss.org/sites/default/files/Prise-en-charge-de-la-douleur.pdf>
22. Hopital.fr. Douleur. [En ligne]. [Consulté le 12 avril 2016]. Disponible sur : <http://www.hopital.fr/Vos-dossiers-sante/Prevention-et-sante-publique/Douleur>
23. Rackelboom T. Alternatives à l'analgésie péridurale en obstétrique. 2014.
24. Dubourdieu J. Douleur et obstétrique. [En ligne]. 2004 [Consulté le 16 septembre 2016]. Disponible sur : http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/lettre/pdf/16_3.pdf

25. CIANE. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement. [En ligne]. 2012 [Consulté le 30 septembre 2015]. Disponible sur : <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>
26. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirovic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. In: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [En ligne]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [Consulté le 12 avril 2016]. Disponible sur : <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009234.pub2>
27. Hopital Maisonneuve-Rosemont. Soulagement de la douleur en obstétrique : les approches alternatives. [En ligne]. 2004 [Consulté le 23 septembre 2015]. Disponible sur : http://biblio.hmr.qc.ca/ciup/Publications_pdf/S/soulagement_douleur_obstetrique_sfe014.pdf
28. Gibson E. Women's expectations and experiences with labour pain in medical and midwifery models of birth in the United States. Elsevier. 2014;
29. LE CERVEAU À TOUS LES NIVEAUX! [En ligne]. [Consulté le 31 mars 2015]. Disponible sur : http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_03/i_03_cl/i_03_cl_dou/i_03_cl_dou.html
30. Odent M. Un nouveau regard sur la naissance. [En ligne]. 1996 [Consulté le 30 septembre 2015]. Disponible sur : <http://www.midwiferytoday.com/articles/chapter6fr.asp>
31. Gagnon R, Hébert E, Langlois H. Le travail et l'accouchement : la préparation, l'accompagnement et les méthodes pour composer avec la douleur. [En ligne]. [Consulté le 31 mars 2015]. Disponible sur : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/information-perinatale/travail-et-accouchement.pdf>
32. Trélaün M. J'accouche bientôt, que faire de la douleur ? Le Souffle d'Or. Gap; 2012. 230 p.
33. Bonapace J. Accoucher sans stress, avec la méthode Bonapace. Les éditions de l'Homme. Québec; 2013. 146 p.
34. Beauregard A. La méthode Bonapace [En ligne]. [Consulté le 30 mars 2016]. Disponible sur : [https://www.fqm.qc.ca/sites/fqm.qc.ca/files/Massager%2031-3_La%20m%C3%A9thode%20Bonapace%20\(1\).pdf](https://www.fqm.qc.ca/sites/fqm.qc.ca/files/Massager%2031-3_La%20m%C3%A9thode%20Bonapace%20(1).pdf)
35. Bonapace J, Chaillet N. Une approche graduelle pour le soulagement de la douleur obstétricale. [En ligne]. 2012 [Consulté le 29 mars 2016]. Disponible sur : <http://bonapace.com/fichiers/medias/approche-graduelle-soulagement-douleur.pdf>
36. Société d'Histoire de la Naissance - Histoire de la douleur dans l'accouchement [En ligne]. [Consulté le 23 mars 2016]. Disponible sur : <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article44>

37. CIANE. Quel accompagnement pour les femmes lors de l'accouchement ? [En ligne]. 2014 [Consulté le 10 novembre 2015]. Disponible sur : <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2014/06/CianeDossierAccompagnement2014.pdf>
38. ANSFL. L'accompagnement global, Définition. [En ligne]. [Consulté le 10 novembre 2015]. Disponible sur : <http://www.ansfl.org/fr/doc/article/lire/definition/>
39. J.Nieuwenhuijze M, de Jonge A. Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*. 2013;
40. Thies -Lagergren L, Hildingsson I. Who decides the position for birth ? A follow-up study of a randomised controlled trial. Elsevier. 2013;
41. Ministère des affaires sociales et de la santé. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
42. Bel B. Du bon usage du projet de naissance. [En ligne]. 2007 [Consulté le 15 septembre 2015]. Disponible sur : http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/interventionPdN.B.Bel_Poissy2007.pdf
43. Gamellin Lavois S, Herzog Evans M. Le droit des mères - la grossesse et l'accouchement. 2003rd ed. Editions L'Harmattan;
44. Ministère des affaires sociales et de la santé. Code de la santé publique - Article L1111-4 [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685767&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
45. HAS. Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance. [En ligne]. 2014 [Consulté le 20 septembre 2015]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide_qualite_securite_secteur_naissance.pdf
46. SOGC. Plan de naissance [En ligne]. [Consulté le 31 mars 2016]. Disponible sur : <http://sogc.org/fr/publications/plan-de-naissance/>
47. HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). [En ligne]. 2005 [Consulté le 2015 Jun 19]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
48. Isserlis C, Sutter-Dallay A-L, Dugnat M, Glangeaud-Freudenthal N. Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement psychique des femmes devenant mères.
49. Bardin L. L'analyse de contenu. Le psychologue. Paris; 2005. 291 p.

50. Ministère des affaires sociales et de la santé. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [En ligne]. 2009-879 juillet, 2009. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

Annexe I : grille d'entretien

PREPARATION :

- Qu'attendiez vous de la préparation à la naissance et à la parentalité ?
- Comment avez vous pu mettre en pratique le jour de l'accouchement ?
- Qu'est-ce qui vous a manqué ?

DOULEURS :

- Comment envisagiez vous votre accouchement au niveau de la prise en charge de la douleur ?
- Quels autres moyens analgésiques (sophrologie, Bonapace, acupuncture, hypnose, homéopathie, ou autres) connaissez vous?
- Comment vous a été expliquée la douleur de l'accouchement ?
- Comment s'est passé la prise en charge de la douleur (analgésie péridurale, autres méthodes proposés?)
- Comment avez vous vécu la douleur ?
- Sur une échelle de 0 à 10, comment qualifieriez vous cette douleur au moment où elle a été le plus intense ?
- Quel moyens avez vous utilisé pour gérer la douleur ?
- Comment avez vous vécu la prise en charge ?
- Avez vous eu assez d'informations et de préparation avant l'accouchement par rapport à la douleur ?
- Quel mémoire gardez vous de cette douleur ?

POSITIONS :

- Quand et comment vous a-t-on parlé de mobilité avant l'accouchement ?
- Quelles positions avez vous pu adopter ?
- Quel matériel pour vous aider connaissiez vous ?

- Quel matériel était à disposition ? Vous l'a-t-on proposé ou l'avez vous « demandé »?
- Quel matériel vous a manqué ?
- Avez vous eu assez d'informations avant l'accouchement ?
- Avez vous eu assez de « pratique » avant l'accouchement ?

ACCOMPAGNEMENT :

- Quel était votre projet avant d'arriver en salle de naissance ?
- Comment qualifieriez vous l'accompagnement ?
- Avez vous pu vous exprimer ?
- Comment vous a t on demandé ce que vous souhaitiez ?
- Vous êtes vous senti soutenu/ écoutée/ comprise ?

ACTRICE ?

- Quel était votre projet de naissance ?
- Quand avez vous donné votre projet de naissance ?
- Comment a t-il été accueilli par l'équipe ?
- Pensez vous que cela aiderait à exprimer vos souhaits ?
- Le projet de naissance vous paraît il nécessaire ?
- Comment s'est passé l'interaction avec l'équipe ?
- En quoi cette prise en charge vous a « satisfaite » ?

Annexe II : protocoles maternité de type III de la région Auvergne

CHU de Clermont-Ferrand Pôle de Gynécologie-Obstétrique Reproduction Humaine Service d'Anesthésie Réanimation Hémovigilance/ Comedims		Procédure Médicale
Espace Physiologique : Surveillance du travail		
Date de diffusion : 25 mai 2013	Rédigée par : Gallot D, Poutignat I.	
Version : 1	Vérifiée par : Alran S, Barasinski C, Bonnet V, Da Silva AC, Delabaere A, Delpirou F, Duclos J, Goffin M, Lichon M, Monier N, Pallot M, Nunes G, Sicard V, Storme B.	
Total pages : 2	Validée par : Pr Lemery D.	

1- Quelle population est éligible à l'espace physiologique et dans quelles conditions ?

La patiente et son fœtus doivent obligatoirement être à bas risque (NP5). Ceci signifie qu'il s'agit d'une grossesse singleton, avec un enfant attendu eutrophe, à terme, en présentation céphalique, sans utérus cicatriciel et sans pathologie obstétricale notable (exclusion des pré-éclampsies et des diabètes déséquilibrés notamment). Si la grossesse n'a pas été suivie et que l'on ne dispose pas des éléments tels que l'âge gestationnel ou l'estimation de la croissance de l'enfant, il est préférable de rester en salle d'accouchement classique avec un enregistrement du rythme cardiaque fœtal en continu.

Lorsque la Sage- femme se trouve dans la salle physiologique avec le couple, ses autres patientes sont confiées aux autres sages- femmes de l'équipe.

L'accès à l'espace physiologique peut être autorisé à des patientes qui ne sont pas à bas risque après concertation avec l'obstétricien (exemple : patiente ne pouvant pas bénéficier d'analgésie péridurale du fait d'un trouble de l'hémostase de type Willebrandt)

2- Domaine d'application

Salle d'accouchement du pôle de Gynécologie-Obstétrique.

3- Monitoring fœtal

3.1- Définition

La surveillance fœtale discontinue consiste à ne pas laisser en permanence l'enregistrement cardiotocographique en cours de travail.

La patiente doit être favorable à ce type de surveillance après avoir été informée que la surveillance fœtale continue a une meilleure sensibilité que la surveillance discontinue dans la détection des acidoses néonatales (NP2).

Pour notre équipe, la surveillance discontinue n'est actuellement envisagée que pour la phase de dilatation, tandis qu'un enregistrement continu est toujours réalisé durant les efforts expulsifs.

3.2- Technique d'auscultation intermittente

La surveillance discontinue peut être réalisée de différentes manières. Le stéthoscope de Pinard ou d'autres stéthoscopes fœtaux peuvent être utilisés. La surveillance discontinue est réalisable à l'aide d'une sonde Doppler manuelle. Il est également possible de réaliser cette auscultation grâce à un cardiotocographe électronique utilisé de manière intermittente. **Cette dernière méthode a l'avantage de laisser une trace médicolégale de l'enregistrement et devrait être privilégiée (NP5).**

Le rythme cardiaque fœtal peut être initialement enregistré en continu pendant une courte période (20minutes). Si le tracé est normal, l'auscultation peut être intermittente pendant le reste de la phase de dilatation. Classiquement, l'auscultation doit être au minimum de 60 secondes pendant ou au décours de la contraction toutes les 15 minutes (fréquence à respecter si aucun enregistrement plus prolongé n'est effectué). La surveillance doit être reportée sur un diagramme à chaque auscultation.

Dans notre équipe nous avons convenu de réaliser préférentiellement un enregistrement cardiotocographique de 30 minutes toutes les deux heures. Cet enregistrement est réalisé dans la salle de naissance attribuée à la patiente avec le cardiotocographe classique. Dans l'intervalle une auscultation intermittente sera effectuée avec un Doppler manuel pendant au moins 60 secondes pendant et au décours de la contraction toutes les 30 minutes. La surveillance doit être retranscrite sur le partogramme.

4- Quand faut-il repasser à un enregistrement continu ?

Par prudence, tout événement intercurrent augmentant le risque d'hypoxémie (baisse de la tension artérielle, malaise, hyperthermie, hypertonie, métrorragies, liquide devenu teinté...) indique un passage à une surveillance continue. Cette attitude est nécessaire pour des raisons médicolégales et parce que l'intérêt de la surveillance continue est mieux établi dans les sous-groupes à risque.

Par prudence, la pose d'une analgésie péridurale et l'administration d'ocytociques dans le cadre d'un déclenchement ou lors du travail doit être surveillée de manière continue (NP3).

Une indication de réaliser un pH justifie le passage à l'enregistrement en continu (NP5).

Si des anomalies du rythme cardiaque fœtal sont identifiées lors de la surveillance discontinue, l'enregistrement continu doit immédiatement être repris.

5- Règles Obstétricales

5.1- Partogramme :

- Lorsque la patiente est en travail, la sage-femme débute l'écriture du partogramme.
- Sur Icos, la partie admission et le suivi sont réservées aux patientes en attente ou en pré travail.

5.2- Touchers vaginaux, TA, pouls et température

- Un TV est réalisé à l'entrée avec l'enregistrement de départ. Lorsque la patiente revient dans la salle d'Accouchement, la sage-femme se pose la question de répéter le TV en concertation avec la patiente (douleurs, sensation de poussée, rupture des membranes,...). La sage-femme ne réalisera pas de TV horaire.
- La TA, le pouls et la température sont pris à l'entrée. Par la suite le pouls et la TA sont pris toutes les 2 heures ; la température toutes les 6 heures.

5.3- Stagnation de la dilatation :

2h avant 6 cms : banal mais il est préférable d'en discuter avec l'équipe obstétricale

Au-delà de 6 cms, au bout de 2 heures de stagnation on fait appel à l'obstétricien et on en discute. On peut tolérer 4 heures de stagnation avec un tracé normal.

Mais il est bien sûr possible de choisir une attitude plus interventionniste avec rupture artificielle des membranes et pose d'une analgésie péridurale.

6- Références

- Bretelle F, Le Du R, Foulhy C. Surveillance fœtale continue ou discontinue, télémétrie et centrale d'analyse. J Gynecol obstet Biol reprod 2008 ; 37 :S23-33
- Zhang J, Troendle, J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Fraser W. The natural history of the normal first stage of labor. Obstet Gynecol 2010 ; 115 :705-10

7- Informations pour la gestion documentaire

Diffusion V1 : 25/05/2013	Responsables médicaux	Signature
Validation V1 : 10/05/2013	Professeur Lémercy	

CHU de Clermont-Ferrand Pôle de Gynécologie-Obstétrique et Reproduction Humaine Pôle PRI		Protocole médical
Hydratation orale pendant le travail et le post-partum précoce		
Date de diffusion : 20/12/2011	Rédigée par : Pr D. Gallot, I. Poutignat, Dr B. Storme, Dr M. Bonnin	
Version : 1	Vérfiée par : B Kozlowski, Pr D. Lémercy, Dr F. Vendittelli, Dr M. Accoceberry, Dr C. Houlle, Dr N. Favre, Dr A. Delabaere	
Total pages : 4	Validé par : Jacquetin B	

1- Objet

Ce protocole décrit les conditions et modalités d'accès à une hydratation orale pour les parturientes en cours de travail et pendant le post-partum précoce (cf. annexe 1).

2- Domaines d'application

Pôle Gynécologie, Obstétrique et Reproduction Humaine : Bloc Obstétrical.

3- Population autorisée à boire pendant le travail

La consommation de boissons pendant le travail obstétrical n'entraîne pas de modification du volume du contenu gastrique, n'augmente pas la fréquence des vomissements ni le volume vomi, ne modifie pas la voie d'accouchement ni le taux d'extractions, n'intervient pas sur le devenir néonatal.

Conformément aux recommandations de plusieurs sociétés savantes, toutes les patientes sont autorisées à boire librement pendant le travail **sauf celles** qui appartiennent à l'une des catégories suivantes :

- Diabète traité par insuline
- Obésité définie comme un IMC $> 30 \text{ kg.m}^{-2}$ avant grossesse (consigné sur la feuille d'anesthésie)
- Une prise de poids majeure $> 20 \text{ kgs}$
- Contre-indication à l'analgésie locorégionale exposant au risque d'anesthésie générale
- Analgésie par morphinique intra-veineux (PCA-IV rémifentanil)
- Analgésie péridurale insatisfaisante exposant au risque d'anesthésie générale
- Césarienne imminente

Pour ces patientes l'autorisation de boire pourra être obtenue au cas par cas en fonction de l'avis collégial de la sage-femme, de l'obstétricien et du médecin anesthésiste.

Mots clés : hydratation orale ; travail ; post-partum précoce.

Date de Révision : juin 2018

4- Modalités de l'hydratation orale

Les patientes ont un accès libre à l'eau claire sous forme d'une carafe qui est mise à leur disposition dans le box d'accouchement. Si l'apport initial peut aller jusqu'à 500ml, il doit ensuite être régulé avec un apport moyen d'1 verre d'eau par heure environ, soit 500ml toutes les 3 à 4 heures.

En cas de sensation de faim, l'apport d'aliments solides est strictement contre-indiqué et l'apport de boissons hyper énergétiques n'a pas d'intérêt. Par contre les « boissons isotoniques pour sportifs » constituent une alternative à l'alimentation solide orale. Ces boissons hydratantes et énergétiques associent dextrose, maltodextrine et glucose et constituent une bonne alternative nutritionnelle. L'apport calorique moyen doit être d'environ 50 Kcal/heure soit 30 Kcal/dl. L'apport initial peut aller jusqu'à 500 ml puis l'apport moyen pendant le travail doit être d'environ 500 ml toutes les 3 à 4 heures.

Boisson isotonique pour sportif autorisée : « Hydra Energy Poudre » d'APTONIA (plusieurs saveurs) : permet un apport énergétique de 37 Kcal/heure sans excès de sodium. Les autres marques apportent une quantité trop importante de sodium et ne sont pas conseillées.

Les mesures suivantes sont à appliquer :

- Si une patiente semble boire abondamment il est recommandé de limiter sa prise orale à 500 ml toutes les 3 à 4 heures, et ce après une prise initiale pouvant aller jusqu'à 500 ml.
- Si la progression du travail n'est pas satisfaisante ou si des anomalies du rythme cardiaque fœtal font craindre le recours à une césarienne à brève échéance il sera demandé à la patiente de ne plus boire
- Lorsqu'une patiente ressent la sensation de faim intense avec sensation de malaise associée, un dextro systématique doit être pratiqué
- L'apport de boisson énergétique pendant le travail doit être consigné dans le dossier.

5- Hydratation orale dans le post-partum précoce

Les patientes ne sont autorisées à boire à leur soif dans le post-partum précoce qu'après la délivrance et la réalisation des sutures une fois que la sage-femme a donné son autorisation. Cette autorisation repose sur l'estimation du risque hémorragique.

- ▶ Si ce risque apparaît faible la patiente est autorisée à boire (le plus souvent 30 à 60 minutes après la naissance)
- ▶ Si ce risque apparaît plus élevé notamment en cas de saignements plus abondants que d'ordinaire ou en cas de césarienne il est préférable de rester à jeûn pendant au moins 2 heures
- ▶ En cas d'hémorragie de la délivrance la patiente doit rester à jeûn

6- Références

- 1- Restricting oral fluid and food intake during labor. Cochrane Database Systemic Review 2010: CD003930.
- 2- Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Les blocs périmédullaires chez l'adulte. Recommandations pour la Pratique Clinique 2006
- 3- Organisation Mondiale de la Santé. Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique. Santé de la mère et du nouveau-né. Maternité sans risque 1997
- 4- The American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines of Obstetric Anesthesia. Anesthesiology 2007;106:848-63
- 5- Kubli et al. An evaluation of isotonic « sport drink » during labor. Anesth Analg 2002 ;94 :404-8.

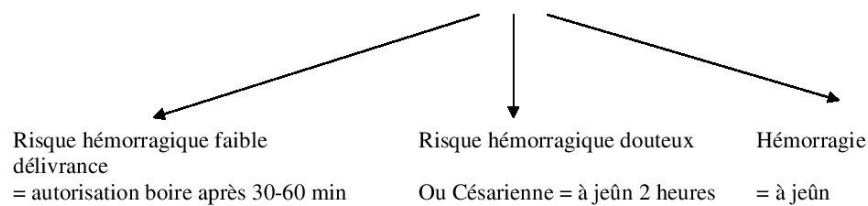
7- Informations pour la gestion documentaire

Diffusion V1 : 20/12/2011		Signatures
Validation V1 : 13/12/2011	Professeur Jacquetin	

ANNEXE 1 : Hydratation orale pendant le travail et le post-partum précoce**Pendant le travail****Accès libre à la boisson (eau claire ou boisson isotonique pour sportif)**

sauf si :

- Diabète traité par insuline
- Obésité définie comme un IMC $> 30 \text{ kg.m}^{-2}$ avant grossesse (consigné sur la feuille d'anesthésie)
- Une prise de poids majeure $> 20 \text{ kgs}$
- Contre-indication à l'analgésie locorégionale exposant au risque d'anesthésie générale
- Analgésie par morphinique intra-veineux (PCA-IV rémifentanyl)
- Analgésie péridurale insatisfaisante exposant au risque d'anesthésie générale
- Césarienne imminente

*Pour ces patientes décision au cas par cas avec SF+Obst+Anesth)***Pendant le post-partum précoce****A jeûn pendant délivrance et sutures puis****Mots clés : hydratation orale ; travail ; post-partum précoce.****Date de Révision : juin 2018**

Préparation à la naissance et à la parentalité

Voici les **THÈMES** abordés durant la préparation à la naissance et à la parentalité :

- ♦ Quand partir à la maternité ?
- ♦ La contraction, à quoi ça sert ?
- ♦ La dilatation du col, la descente du bébé
- ♦ La douleur : le mécanisme, à quoi ça sert ? Comment la gérer ?
- ♦ L'accouchement normal, la poussée, la délivrance du placenta
- ♦ La césarienne, les instruments, l'épisiotomie, la déchirure, le déclenchement
- ♦ Les soins du nouveau-né et le séjour en maternité
- ♦ L'allaitement
- ♦ Le retour à la maison et PRADO
- ♦ Qu'est ce qu'un projet de naissance ?

En pratique, différents **EXERCICES** existent, et peuvent être enseignés à travers plusieurs approches (sophrologie, yoga, piscine, chant, méthode Bonapace, etc.) :

- ♦ La respiration abdominale
- ♦ Des étirements
- ♦ Des positions au ballon, sur les galettes, multitrack... Comment les utiliser pour soulager les douleurs ?
- ♦ La respiration pendant les contractions
- ♦ Les massages et les postures à deux
- ♦ La douleur : exercices pour gérer la douleur
- ♦ La poussée
- ♦ Apprendre à écouter son corps et se recentrer sur soi



Préparation à la naissance et à la parentalité

L'ÉQUIPE vous accompagne pour le bon déroulement de votre accouchement :

- ♦ Trois sages femmes, trois auxiliaires de puériculture, un gynécologue-obstétricien, et un anesthésiste sont présents 24h/24 et sont là pour vous écouter et vous accompagner dans votre projet
- ♦ Une salle physiologique est à votre disposition avec un lit parental, un multitrack, des ballons ainsi qu'une seconde salle de naissance avec baignoire de dilatation
- ♦ Neuf salles de naissances sont prêtes à vous accueillir
- ♦ Si vous voulez faire un projet de naissance, parlez-en avec votre sage-femme pour l'élaborer ensemble, et qu'il soit transmis en salle de naissance
- ♦ La douleur : nous sommes là pour la prendre en charge à vos côtés, vous seule pouvez l'évaluer. En PNP, il vous a été donné des techniques pour gérer, à nous de vous accompagner. La perception de la douleur varie, elle est influencée par les émotions. Quel type de douleur ressentez vous ? Quelle est la localisation de la douleur ? EVA (échelle de douleur) ? Quel moyen pour la soulager (chaud, froid, massages) ?



Résumé

Introduction : La conception de l'accouchement change, tout comme la prise en charge de la douleur, avec la mise en place des maisons de naissances et espaces physiologiques. Mais comment la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) prépare-t-elle à la douleur de l'accouchement ?

Matériel et méthode : Des entretiens semi-directifs ont été effectués au sein de la maternité de type III de la région Auvergne auprès de primipares ayant suivi des cours de PNP. Les entretiens ont abordé la PNP, la prise en charge de la douleur, la mobilité, l'accompagnement, le fait d'être actrice de l'accouchement. Treize entretiens ont été analysés.

Résultats : Il a été montré que les cours de PNP manquent d'harmonisation, que les femmes ne sont pas assez préparées à gérer la douleur et que les projets de naissances sont peu utilisés, peut-être car trop peu mis en avant et expliqués lors de la PNP. De plus les cours sont très axés sur les connaissances théoriques au détriment de la pratique. Enfin, les pères ne sont pas assez préparés à l'accompagnement.

Discussion : Il a donc été proposé de mettre en place une trame à suivre pour les cours de PNP, d'y inclure l'explication des projets de naissance et d'élaborer une séance de PNP dédiée à la douleur et sa gestion. De plus, il est suggéré de plus impliquer les pères dans la PNP notamment par des groupes de paroles leur étant adressés.

Mots-clés : accouchement, PNP, douleur, accompagnement, mobilité, projet de naissance.

Abstract

Background : The delivery conception, as the pain care, is changing, through the setting up of birth centers and physiological spaces. But how the preparation for delivery (PD) can prepare for birth pain ?

Study design : Semi-oriented interviews were done within the type III maternity of Auvergne region, with primipara who followed PD. Interviews were about the preparation for delivery, the pain care, the mobility, the support, and the actress behavior during the delivery. Thirteen interviews were analyzed horizontally and vertically.

Results : A first point is that PD has a lack of harmonization, that women are not enough prepared to manage the pain and birth project are not much used, maybe because not much approached and explain during the PD. Furthermore lessons are much more focalized on theoretical knowledge than practical exercises. The last point is that fathers are not enough prepared for delivery.

Discussion : It was proposed to set up a background for PD lessons, to add in birth plan explanation and design a lesson about pain and its management. Furthermore, it is recommended to more implicate the father in the PD, especially through discussion groups.

Keywords : delivery, preparation for delivery, pain, support, mobility, birth plan.