



**Accompagnement des parturientes algiques : pratique et difficultés des sages-femmes. Étude qualitative réalisée auprès de sages-femmes hospitalières et libérales du Finistère du 15 septembre au 7 décembre 2016**

Camille Thomas

► **To cite this version:**

Camille Thomas. Accompagnement des parturientes algiques : pratique et difficultés des sages-femmes. Étude qualitative réalisée auprès de sages-femmes hospitalières et libérales du Finistère du 15 septembre au 7 décembre 2016 . Sciences du Vivant [q-bio]. 2017.

**HAL Id: dumas-01559363**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01559363>**

Submitted on 10 Jul 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  
UFR de médecine et des sciences de la santé  
BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES  
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME  
ANNEE 2017

**Accompagnement des parturientes algiques : Pratique  
et difficultés des sages-femmes**

Etude qualitative réalisée auprès de sages-femmes hospitalières et libérales du Finistère  
du 15 septembre au 7 décembre 2016

Présenté et soutenu par :

Camille THOMAS

née le 2 octobre 1993

Président du jury : Françoise JUBIL (Sage-femme enseignante, école de sages-femmes  
de BREST)



## **ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT**

Je soussignée Camille THOMAS

Assure avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'université de Bretagne occidentale.

Je déclare être pleinement consciente que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour rédiger ce travail.

Signature

## REMERCIEMENTS

Merci aux sages-femmes qui ont participé à ce travail de mémoire et qui m'ont accompagnée tout au long de mes études.

Merci à ma guidante Agnès, pour son aide et ses nombreuses relectures.

Merci à mes parents, à ma famille pour leur soutien depuis toujours.

Merci particulièrement à Anaïs, Anouk, Justine, Noluenn et Manon. Merci pour ces quatre années et toutes celles à venir, merci d'avoir ri même lorsque mes blagues n'étaient pas drôles. Vous avez la win !

Merci à Chloé, Estelle et Nolwenn d'avoir été là, parce que bien sûr il y a du bambou dans ce mémoire.

Un grand merci à mon frère Pierre-Loeiz pour son attention et sa patience.

# SOMMAIRE

I.INTRODUCTION.....	1
II.MATERIEL ET METHODE.....	2
<b>II.1) Type d'étude.....</b>	<b>2</b>
<b>II.2) Outils.....</b>	<b>2</b>
<b>II.3) Lieux et période de l'étude.....</b>	<b>3</b>
<b>II.4) Population .....</b>	<b>3</b>
<b>II.5) Analyse des résultats.....</b>	<b>4</b>
III.RESULTATS ET DISCUSSION.....	4
<b>III.1) Présentation de la population.....</b>	<b>4</b>
<b>III.2) Pratiques des sages-femmes pour accompagner les femmes algiques.....</b>	<b>4</b>
<b>III.2.1. L'instauration d'un lien de confiance.....</b>	<b>4</b>
III.2.1.1. La communication.....	5
III.2.1.2. La réassurance et la valorisation.....	5
III.2.1.3. Un travail d'équipe.....	6
III.2.1.4. La méfiance de certains couples : un frein à l'accompagnement ?.....	6
<b>III.2.2. Le respect des souhaits des patientes.....</b>	<b>7</b>
III.2.2.1. Une nuance entre projet et projet de naissance.....	7
III.2.2.2. Les critères de surveillance médicale comme limite aux souhaits ?.....	9
<b>III.2.3. Le temps accordé à chaque patiente.....</b>	<b>10</b>
III.2.3.1. Des méthodes connues mais sous-utilisées.....	10
III.2.3.2. Un engagement du professionnel.....	12
III.2.3.3. Un manque de temps.....	13
III.2.3.4. Une orientation vers l'APD pour une gestion du temps.....	14
III.2.3.5. Une fuite des soignants face à la surcharge de travail.....	14
III.2.3.6. Un souhait du modèle « une sage-femme/une femme ».....	14

<b>III.2.4. La préparation à la naissance.....</b>	<b>15</b>
III.2.4.1. Une adaptation des souhaits par la PNP.....	16
III.2.4.2. Des patientes plus réceptives.....	16
III.2.4.3. Moins de panique.....	17
III.2.4.4. Une préparation adaptée.....	17
<b>III.2.5. L'intégration de l'accompagnant.....</b>	<b>18</b>
III.2.5.1. Qui est l'accompagnant ?.....	19
III.2.5.2. Un accompagnant préparé.....	19
III.2.5.3. L'accompagnant pour pallier au manque de disponibilité ?.....	20
<b>III.2.6. Limites et forces de l'étude, Synthèse des principaux résultats.....</b>	<b>21</b>
III.2.6.1. Limites et forces de l'étude.....	21
III.2.6.2. Synthèse des principaux résultats.....	21
<b>IV.CONCLUSION.....</b>	<b>23</b>
<b>V.BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>25</b>
<b>VI.ANNEXES.....</b>	<b>27</b>
Annexe I : Guide d'entretien.....	27
Annexe II : Affiche de recrutement.....	28
Annexe III : Grilles d'analyse.....	29
Annexe IV : Population de l'étude.....	30



## I. INTRODUCTION

Lors du travail, les modifications cervicales et les contractions utérines sont douloureuses. A cela s'ajoute la douleur liée à la distension des tissus de la filière génitale et du périnée causée par la progression du fœtus à dilatation complète et durant l'expulsion. Cette douleur étudiée par Ronald Melzack serait considérée comme l'une des plus importante ressentie dans la vie d'un individu (1).

Les sages-femmes sont les soignants en première ligne auprès des femmes enceintes. Du début du travail à l'accouchement elles accompagnent la parturiente. Accompagner « en aidant la femme à gérer la douleur » fait pleinement partie de leurs compétences (2).

« Tu enfanteras dans la douleur » (3), allant de paire avec l'accouchement pendant des siècles, les soignants ont cherché à soulager les femmes. Dans les années 1950, les travaux du Docteur Fernand Lamaze ont été publiés et la méthode de « l'accouchement sans douleur » venue d'URSS se fait connaître. Reposant sur trois critères (obstétrical, physique et psychique) cette méthode confirma l'importance d'une préparation à la naissance (4). En 1994, Simone Veil, alors ministre de la santé, instaure la prise en charge intégrale par l'Assurance Maladie de l'analgésie péridurale (APD) pour toutes les parturientes. Depuis, le recours à cette technique n'a cessé de croître, passant de 62,9% en 2003 à plus de 80% des accouchements par voie basse aujourd'hui (5)(6).

Cette avancée participerait à la « médicalisation de la naissance » , et aurait tendance à « amenuiser la fonction d'assistance psychologique et de prise en charge de la douleur qui était traditionnellement dévolue aux sages-femmes en se substituant aux méthodes qu'elles avaient pu développer », selon le sociologue François-Xavier Schweyer, inspiré des travaux de Danielle Carricaburu (7). Cette technicisation bouleverse les pratiques des sages-femmes et modifie leur accompagnement.

En parallèle, les femmes ont davantage un souhait de naissance moins médicalisée. Selon l'enquête nationale périnatale de 2010, 26% des femmes auraient déclaré pendant leur grossesse ne pas souhaiter d'analgésie péridurale, 52% d'entre elles en ont finalement reçu une (8). Un

travail du Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) montre que plus de la moitié de ces femmes sont insatisfaites de cette situation et « mettent en cause le défaut d'accompagnement et le fait qu'on ne leur ait pas laissé le choix » (9). C'est en ce sens que vont les travaux de Madeleine Akrich (10). Elle y expose que « l'accompagnement de la douleur [est] un élément crucial dans l'appréciation du respect des souhaits ». Cela aurait par conséquent une place centrale dans la satisfaction des parturientes vis à vis de l'accompagnement des professionnels.

Ainsi, au regard des compétences des sages-femmes, du souhait exprimé par certaines patientes d'accoucher sans analgésie péridurale, et de l'insatisfaction générée par le non-respect de ce souhait, il paraît légitime de chercher à répondre aux questions suivantes :

Quelles sont les pratiques des sages-femmes pour accompagner une parturiente algique ?

En quoi les sages-femmes peuvent-elles être mises en difficulté dans l'accompagnement de ces patientes ?

L'objectif de cette étude était d'identifier comment, à travers leur pratique et leurs difficultés, les sages-femmes accompagnent les femmes algiques lors du travail et de l'accouchement.

## **II. MATERIEL ET METHODE**

### **II. 1) Type d'étude**

La méthodologie qualitative a été choisie pour cette étude afin d'exposer la diversité des points de vue existant chez les professionnels, sans volonté d'obtenir des résultats généralisables à toutes les sages-femmes. Des entretiens individuels semi-directifs ont été menés.

### **II. 2) Outils**

Le consentement oral des professionnels a été recueilli afin de réaliser et d'enregistrer les entretiens. L'anonymat des sages-femmes a été respecté, c'est pourquoi le genre féminin sera utilisé lorsque nous parlerons des professionnels participants. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits dans leur intégralité. Ils se sont déroulés en face à face ou par téléphone. Des

renseignements généraux ont été demandés aux participants en fin d'entretien.

Pour réaliser les entretiens, un guide d'entretien (Annexe I) a été utilisé. Il s'articulait autour de 5 points principaux:

- l'accompagnement
- les facilités et difficultés rencontrées dans l'accompagnement
- les pratiques de la sage-femme face à la douleur de la parturiente
- les expériences de sage-femme autour de la gestion de la douleur des parturientes
- les éventuelles pistes d'améliorations et de réflexions des sages-femmes

Un item a été ajouté à ce guide après les deux premiers entretiens car ceux-ci ont mis en évidence un point important: la préparation des parturientes. Il a donc paru essentiel de s'interroger sur les pratiques de préparation des femmes par les sages-femmes concernant la douleur et ses prises en charge.

### **II. 3) Lieux et période de l'étude**

Les sages-femmes contactées travaillaient dans les maternités de Brest (Niveau 3) et Quimper (Niveau 2b). Ces deux maternités disposaient d'un espace physiologique.

Les sages-femmes libérales contactées exerçaient dans le département du Finistère.

Les entretiens se sont déroulés du 15 septembre au 7 décembre 2016.

### **II. 4) Population**

L'étude a été réalisée auprès d'une population de sages-femmes hospitalières et libérales accompagnant des femmes en travail et pratiquant des accouchements.

Le recrutement des sages-femmes hospitalières s'est fait grâce à un volontariat après l'envoi d'un courriel à toutes les sages-femmes des équipes ainsi que par des affichages (Annexe II). Des sages-femmes libérales réalisant des accouchements ont également été contactés par courriel.

Une autorisation de réaliser les entretiens au sein de leurs équipes a été octroyée par les cadres des établissements contactés avant leur réalisation.

## **II. 5) Analyse des résultats**

Après une lecture approfondie, chaque entretien a été classé selon les items du guide d'entretien pour comparer les thèmes évoqués par les professionnels. Dans un second temps les thèmes récurrents ont été mis en relation entre les différents items grâce à la construction d'une grille d'analyse (Annexe III).

## **III. RESULTATS ET DISCUSSION**

### **III.1) Présentation de la population**

Onze sages-femmes ont répondu aux entretiens proposés. Parmi elles 2 étaient des sages-femmes libérales et 9 étaient hospitalières. Elles exerçaient depuis en moyenne 9 ans. Cette durée d'exercice était fortement variable allant de 36 ans à 1 an. La moyenne était de 6 ans en établissement hospitalier.

Le parcours professionnel ainsi que les formations complémentaires des participantes sont présentés dans le tableau en annexe IV. La professionnelle A exerçait à la fois en libéral et en hospitalier. La professionnelle C quant à elle exerçait uniquement en libéral et pratiquait des accouchements à domicile.

Les entretiens ont duré en moyenne 27 minutes.

### **III.2) Pratiques des sages-femmes pour accompagner les femmes algiques**

#### **III.2.1) L'instauration d'un lien de confiance**

« Elle nous fait confiance, on lui fait confiance donc ça facilite la relation même dans la douleur » (E)

L'instauration d'une relation de confiance mutuelle est essentielle dans les pratiques des sages-femmes. La sage-femme C décrit un « contrat moral » passé avec le couple. Dans ses termes on comprend que la soignante s'engage à respecter leurs désirs. En parallèle, ils acceptent de prendre en compte les décisions d'ordre médical des professionnels. La relation ne se ferait alors non pas selon un mode paternaliste, dans laquelle le soignant choisit seul pour le couple, mais plutôt par un fonctionnement participatif, où la patiente décide avec la sage-femme.

### **III.2.1.1. La communication**

« Le dialogue, beaucoup, principalement. Bien leur expliquer les choses parce que souvent ça les met en confiance » (J). Cette importance donnée à la communication dans la relation entre la sage-femme et la patiente est soulignée dans le discours de 9 des professionnelles interrogées. La communication avec la parturiente est primordiale pour tisser le lien.

La sage-femme E explique systématiquement aux femmes ses actions. Elle apporte une importance particulière à respecter l'intimité de la patiente. Les explications données aux femmes ont effectivement une influence positive sur la relation soignant-soigné. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a mené en 2008 une enquête portant sur la satisfaction des parturientes (11). Celle-ci a démontré que les femmes étaient globalement satisfaites des conditions de leur accouchement. Elles l'étaient moins concernant « la capacité des professionnels à expliquer leur démarche médicale et les implications potentielles sur leur santé ». Cette capacité est donc à renforcer chez les professionnelles afin de satisfaire davantage les usagers. Lors des entretiens, de nombreuses soignantes ont abordé une formation de communication thérapeutique (5/11). Celles qui l'ont réalisée l'utilisent dans leur pratique quotidienne pour rassurer les patientes et établir un lien de confiance, nécessaire à la bonne qualité de leur accompagnement aussi bien sur le plan médical que psychologique. Les professionnelles n'ayant pas réalisé cette formation mais l'ayant évoquée (H,J) voient son impact sur la pratique de leurs collègues et souhaiteraient avoir cet outil. Pour la sage-femme H, cette formation aurait pleinement sa place dans la formation initiale en maïeutique.

### **III.2.1.2. La réassurance et la valorisation**

Pour mettre en confiance les femmes algiques et les aider à gérer leur douleur, les professionnelles peuvent valoriser et réassurer les parturientes.

La sage-femme I explique « encourager » les femmes, pour qu'elles « croient en elles », qu'elles « aient confiance en elles ». Dans une étude menée en 2010 par Amy Gilliland (12), il est montré que les 4 techniques d'accompagnement de la douleur du travail et de l'accouchement les plus utilisées sont : la réassurance, l'encouragement, le soutien moral ainsi que les explications. La

réassurance est une pratique évoquée par 7 des sages-femmes interrogées (A,B,F,H,I,J,K).

### **III.2.1.3. Un travail d'équipe**

Si la relation de confiance est nécessaire entre la parturiente et la sage-femme, elle doit être plus qu'un rapport entre deux acteurs. L'accompagnant doit être inclus dans celle-ci.

Une des conditions pour que l'accompagnement d'une parturiente algique se déroule dans les meilleures conditions est qu'un véritable « travail d'équipe avec le couple » (J) se mette en place. Pour la sage-femme F, la participation du couple aux décisions est indispensable à un accompagnement satisfaisant. En effet, rendre le couple acteur et moteur des décisions va de pair avec leur satisfaction, c'est ce que montrait une revue de la littérature d'Hodnett et al. publiée en 2011 (13).

### **III.2.1.4. La méfiance de certains couples : un frein à l'accompagnement ?**

« C'est difficile parfois de créer des liens » (H)

La « méfiance » (F) de certains couples envers l'équipe médicale est évoquée comme un frein à l'accompagnement que proposent les professionnels de santé. Une des causes possiblement à l'origine de cette méfiance est la croissance exponentielle de la technique et de la médicalisation entourant la naissance. L'absence de relation de confiance réciproque entraîne des frustrations chez les couples si les soignants ne respectent pas leurs souhaits. En parallèle, l'équipe médicale est insatisfaite des actions mises en place. Ces situations découlent souvent d'un défaut de communication entre les professionnels et les couples. Cette volonté de former une équipe avec le couple peut se résumer par les propos de la sage-femme F : « Pour moi la condition c'est qu'il y ait vraiment de la communication et puis que chacun se respecte pour qu'on puisse travailler ensemble ».

Nous avons donc vu que la communication entre la patiente et/ou le couple et la sage-femme est au cœur de l'accompagnement. L'absence de lien de confiance et une méfiance envers l'équipe médicale rendent difficile l'accompagnement. Préalablement à l'arrivée de la femme en salle de naissance, il serait judicieux que chacun connaisse les souhaits d'un côté et les exigences

de soin de l'autre, afin de rendre les échanges plus faciles et de favoriser l'installation d'un rapport de confiance.

### **III.2.2) Le respect des souhaits des patientes**

Pour les sages-femmes interrogées, respecter les souhaits de la parturiente est essentiel à l'accompagnement. Les professionnelles sont à l'écoute des « souhaits » (A,G) , « désirs » (A,I), « envies » (B,F,I) et « attentes » (B,K) des femmes et des couples. Ecouter les désirs de la femme prend d'autant plus d'importance que la femme est algique(10).

#### **III.2.2.1. Une nuance entre projet et projet de naissance**

« Le plus important c'est vraiment d'essayer de coller au maximum avec son projet, et puis tout en l'accompagnant dans la sécurité bien sûr » (F).

Si les souhaits des parturientes ont une place prépondérante, les sages-femmes nuancent leur discours lorsqu'elles parlent du « projet » que les couples peuvent élaborer (C, D, E, F, G, J, K). Pour certaines, il est utile et les aide dans leur pratique. Ainsi, la sage-femme C remarque que lorsque le « projet est abouti et bien préparé » la douleur est mieux supportée et est plus tolérable. Cette sage-femme réalise des accouchements à domicile et, dans ce cadre, la préparation du projet est essentielle. Néanmoins on retrouve cette observation chez les professionnelles hospitalières. Elles notent que lorsque la patiente a mûri son projet d'accouchement sans péridurale et s'est préparée pour cela, leur accompagnement de sa douleur en est grandement facilité.

« Un projet de naissance écrit peut faciliter les choses, on peut reprendre les éléments un à un, le lire ensemble et en discuter » (F). Comme la sage-femme F, la sage-femme K utilise le projet comme un outil instaurant un dialogue avec le couple.

Toutefois, lorsque les professionnelles évoquent le « projet », elles lui apportent parfois le qualificatif de projet « de naissance ». Si pour la sage-femme F cette utilisation semble neutre, on remarque que pour d'autres soignantes l'utilisation de cette dénomination est connotée négativement. Michelle Darnay, sage-femme à la maternité des Bluets et membre du groupe de

réflexion autour de la préparation à la naissance, relève que « l'apparition récente des projets de naissance (...) est un signe de cette méfiance envers le monde médical » (14). Les couples, craignant que leurs souhaits ne soient pas respectés et écoutés, les coucheraient sur papier sous la forme dudit « projet de naissance ».

« Les couples qui arrivent avec leur projet de naissance hyper stressés, tu sais que ça ne va pas bien se passer » (J).

La sage-femme C évoque elle aussi la rigidité de certains projets. Les couples s'y accrochent et cela peut mener à des situations dangereuses sur le plan médical. Pour ces couples, l'adaptation de leur projet à la réalité de la situation n'est pas envisageable et serait à l'origine de frustration et d'insatisfaction. Ils s'opposent aux professionnels et les rendent responsables des écarts vis à vis de leur projet initial (C, K).

Certains couples « ont de gros projets de naissance alors qu'en fait on est sur la même longueur d'onde mais ils sont braqués dès le départ »(F). Le manque de communication autour du projet de naissance lors de la grossesse est à l'origine de difficultés lorsque la patiente arrive en travail. Pour la sage-femme G la rédaction du projet de naissance trop en amont de l'accouchement, possiblement au cours de l'entretien prénatal précoce, explique son inadéquation avec la réalité de la salle de naissance. Pour la professionnelle F, favorable à l'utilisation du projet de naissance, celui-ci doit être élaboré en partenariat avec le couple grâce aux séances de préparation à la naissance ou bien lors d'un entretien spécifique. La difficulté face à certains couples suivis en libéral arrivant avec leur projet en salle de naissance sans qu'il n'ait jamais été évoqué avec un soignant hospitalier a été soulevée lors des entretiens. Il serait souhaitable qu'un rendez-vous spécifique soit programmé pour ces couples. C'est la réflexion qu'a menée l'équipe soignante du CHU de Montpellier lors de l'ouverture de son espace physiologique. Il a alors été proposé que 2 rendez-vous soient dédiés à l'expression des souhaits du couple et aux explications concernant ce nouvel espace. Ces rencontres ont été fixées à 4 et 7 mois de grossesse. (15)



### III.2.2.2. Les critères de surveillance médicale comme limite aux souhaits ?

Si le respect des désirs des patientes est primordial pour les soignants, l'aspect « médical » (A,I,K), la « surveillance » (C) et la « sécurité » (F) de l'accompagnement sont fortement ancrés dans les pratiques des sages-femmes. Ils peuvent parfois entrer en conflit avec les désirs des couples. Les professionnelles s'efforcent pourtant d'aller vers un respect de la physiologie. La sage-femme B explique respecter les souhaits des patientes « dans la limite de ce qui est envisageable ». La sage-femme C a « des critères de surveillance médicale qui sont toujours les mêmes et qui sont hyper stricts ». On comprend alors que les souhaits des parturientes sont pris en compte mais doivent rester réalistes et s'adapter aux exigences de surveillance non négociables du suivi du travail et de l'accouchement afin de préserver la sécurité de la femme et de son enfant.

Pour la sage-femme K, l'accompagnement peut se résumer ainsi : « C'est une prise en charge médicale et aussi psychologique et physique ». Pour tous, l'accompagnement va au delà de la nécessaire surveillance technique.

Lors des états généraux de la naissance en 2003 (16), il est fait état que la « médicalisation des grossesses s'est faite au détriment d'un accompagnement humain ». Cela serait à l'origine d'angoisses et de méfiance de la part des patientes, ce qui rejoint les observations précédentes autour de la rédaction des projets de naissance. Une des recommandations alors faite est que « la technicité, si elle est nécessaire, doit s'intégrer dans une pratique obstétricale respectueuse des désirs et besoins de la patiente ». C'est en ce sens que semblent tendre les pratiques des sages-femmes interrogées lors de notre étude.

Une des difficultés de l'accompagnement des parturientes algiques par les sages-femmes est de faire cohabiter les exigences des couples, souvent basées sur le versant émotionnel, avec leurs exigences médicale de sécurité. Il ne faut alors pas que la sécurité médicale entraîne une insécurité affective du couple. Le facteur principal de satisfaction des patientes est de voir leurs attentes réalisées (17). Cet élément est donc incontournable à prendre en compte dans la relation de soin, s'inscrivant dans les exigences de la loi relative aux droits des malades et à la

qualité du système de santé (18) datant de 2002 et portant sur le libre consentement aux soins. Il est du rôle des soignants de trouver le juste équilibre entre le CARE (s'occuper de) et le CURE (soigner), à la base de la relation soignant-soigné, ce qui a un impact fort sur la satisfaction des parturientes.

### **III.2.3) Le temps accordé à chaque patiente**

La notion du temps est présente dans le discours de tous les participants. Les sages-femmes interrogées expriment que, si tout accompagnement demande du temps, celui des parturientes algiques en demande encore davantage.

#### **III.2.3.1. Des méthodes connues mais sous-utilisées**

Les sages-femmes disposent de nombreuses techniques pour accompagner la douleur au cours du travail. Lors des entretiens elles ont cité plusieurs de ces pratiques qu'elles utilisent au quotidien pour soulager les femmes algiques.

Parmi les méthodes utilisées, les soignantes ont évoqué plusieurs moyens médicamenteux. Les sages-femmes B, D et H ont cité la nalbuphine en ce sens. Elles reconnaissent cependant qu'elle reste peu utilisée et est surtout efficace sur les dystocies de démarrage, son utilisation restant limitée au début de travail (19). Les sages-femmes D et F ont décrit une faible utilisation du protoxyde d'azote. La professionnelle D regrette que le recours à cette technique ne soit pas plus répandu. Seulement 4 (A,B,F,H) des sages-femmes interrogées ont évoqué la péridurale spontanément lorsque la question de leurs pratiques d'accompagnement des parturientes algiques leur a été posée. La sage-femme F qualifie cette méthode de « bel outil », précisant : « on reste dans la physiologie aussi en leur proposant des choses sans douleur ».

En parallèle à ces techniques, les participantes ont décrit de nombreuses pratiques non médicamenteuses. Souvent elles proposent aux parturientes algiques de prendre un bain ou une douche. (B,C,F,G,H). Elles admettent toutes l'efficacité de cette pratique chez la femme algique. Une revue de la littérature Cochrane (20) publiée en 2009 montrait effectivement que l'immersion permettait une meilleure gestion de la douleur par la parturiente et une diminution de ses besoins

en analgésie. Les sages-femmes ayant effectué une formation sur les postures de travail et d'accouchement (A,E,K) utilisent ces connaissances pour aider les femmes algiques. D'autres ne l'ayant pas effectuée (B,C,H) déclarent elles aussi utiliser les positions aux vertus antalgiques, mais certaines souhaiteraient un approfondissement de ces savoirs pour les mettre davantage à profit. Les sages-femmes B,D,G et H décrivent une utilisation de la mobilisation sur le ballon afin d'aider la parturiente algique. La suspension et l'utilisation des lianes est peu citée par les participantes (C,H). Cette faible utilisation serait expliquée pour la sage-femme H par un manque de formation sur l'outil. Le manque de formation est aussi relevé par les professionnelles à propos du fonctionnement des espaces dits physiologiques. « La salle physio, tu as les outils mais on a pas été formés à les utiliser » (G). Le matériel est à leur disposition mais les sages-femmes ont des difficultés à l'intégrer dans leur pratique quotidienne.

Des exercices de respiration sont aussi proposés par les soignants pour aider les femmes à gérer leur douleur. L'hypnose a été citée par 5 sages-femmes comme technique antalgique. Aucune des sages-femmes interrogées n'y était formée, mais plusieurs l'ont vu pratiquée. La sage-femme B estime que c'est un outil « efficace pour gérer la douleur ». C'est également l'observation des professionnelles D,G et I. Si cette technique a tendance à se démocratiser en salle de naissance, le nombre de sages-femmes formées reste encore insuffisant pour qu'elle se généralise (21). Deux sages-femmes interrogées ont alors évoqué la possibilité que les infirmiers anesthésistes, plus nombreux à être formés dans les centres hospitaliers concernés par notre étude, effectuent cette relaxation hypnotique de la parturiente algique.

Les sages-femmes interrogées sont nombreuses à vouloir proposer des massages aux femmes, cependant la sage-femme A déclare : « si j'avais plus de temps peut-être que je pourrais leur proposer des massages ».

De nombreuses autres méthodes non pharmaceutiques ont été citées en proportions moindres par les sages-femmes interrogées. Parmi celles-ci on retrouve l'utilisation d'un TENS (appareil de neurostimulation électrique transcutanée), plus répandu au Royaume-Uni. Les femmes qui l'utilisent ne semblent pas avoir de réduction objective de leur douleur mais elles la jugent moins sévère (22). L'homéopathie et l'acupuncture ont également été citées, davantage pour l'avancée

du travail que pour soulager la douleur des parturientes.

La sage-femme C a pu observer l'impact de l'environnement sur l'expression de la douleur par la parturiente « Le fait d'être dans un endroit qu'on ne connaît pas il y a une espèce d'anxiété dans le cerveau limbique qui va faire qu'elles vont avoir plus mal que si elles ont mal chez elles ». C'est également en ce sens que va la réflexion de la sage-femme E. Elle explique l'importance de disposer d' « une pièce calme, pas de va et viens de personnes et qu'elle soit confortablement installée ». Les nombreux travaux de Michel Odent sur l'importance de l'environnement dans la gestion de la douleur montrent que celui-ci doit être un élément à part entière de l'accompagnement.

« Je pense qu'il faut qu'on ait une palette d'outils différents qui s'adapteront à chaque femme ». (D).

Il apparaît clairement que les sages-femmes disposent de techniques variées pour accompagner les parturientes algiques. La sage-femme G fait cependant remarquer : « si bain, ballon, hypnose ne marchent pas t'es vite bloqué », « t'as tous les outils mais tu ne sais pas comment les utiliser » (G). Le ressenti global des sages-femmes interrogées est un manque de formation sur les méthodes non médicamenteuses d'accompagnement de la douleur. De plus, face à une activité obstétricale importante, et donc un temps limité auprès de chaque patiente, les sages-femmes regrettent de ne pas pouvoir mettre en pratique ces techniques autant qu'elles le souhaiteraient.

### **III.2.3.2. Un engagement du professionnel**

Selon les sages-femmes E, J et K, l'accompagnement des parturientes algiques nécessiterait un « investissement » et un « engagement » supplémentaire de la part des professionnelles. « Déjà le fait qu'elles sentent qu'on s'occupe d'elles et qu'on prenne soin d'elles ça les aide. Qu'elles ne se sentent pas toutes seules par rapport à la douleur. » (H). Les sages-femmes veulent être présentes auprès des patientes algiques pour leur apporter soutien et encouragements. Une revue de la littérature Cochrane (13) démontre qu'un soutien continu lors du

travail diminue les besoins en analgésie.

« Je ne les laisse pas seules » (C). Pour cette soignante, la présence de la sage-femme aux côtés de la parturiente douloureuse est indispensable : « tant que la sage-femme ne peut pas rester avec sa patiente, je ne sais pas comment la patiente peut se débrouiller seule ». Elle admet que l'organisation et la charge de travail actuelles en salle de naissance ne le permettent pas. La sage-femme J explique être dans « l'inconfort » par « manque d'habitude » et parce que cela « prend plus de temps » d'accompagner une femme algique. La soignante A explique : « Même nous c'est plus confortable d'être avec une femme qui a une péri que de rester avec une femme qui a mal. C'est tout un boulot. ».

### **III.2.3.3. Un manque de temps**

« On se transforme un peu en sage-femme courant d'air » (A)

Le manque de temps serait « le principal frein à l'accompagnement » pour cette soignante. Ce manque de disponibilité serait dû à une surcharge de travail, croissante selon elle. Les sages-femmes B,D,G,I expliquent qu'« avoir trop de dames à gérer en même temps » (B) les empêche de réaliser l'accompagnement qu'elles souhaiteraient. Elles évoquent aussi leur rôle d'accueil des urgences obstétricales qui vient « parasiter » leur suivi des parturientes algiques (I,K). Une enquête de l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) (23), menée en 2004 retrouvait déjà ce sentiment chez les professionnelles. Près de 60% des sages-femmes hospitalières déploreraient une détérioration des conditions de travail. Elles seraient 53% en niveau 3 et 48% en niveau 2 à ressentir une charge de travail plus importante.

La professionnelle A constate : « on ne peut pas tout faire, donc ça se fera au détriment de quelque chose, et je trouve parfois au détriment de l'accompagnement ». Ce point de vue sur la surcharge de travail comme étant la difficulté principale de l'accompagnement des parturientes algiques est évoqué par la quasi totalité des participants (9/11). C'est également ce à quoi conclut l'étude de l'IRDES, indiquant que les sages-femmes ont moins de temps à consacrer aux patientes et que « le sentiment de pouvoir offrir un bon suivi global se dégrade ».

#### **III.2.3.4. Une orientation vers l'APD pour une gestion du temps**

« Certaines ne demanderaient pas de péridurale si on était plus présentes. »

« C'est vrai que certaines patientes, si on restait tout le temps avec elles, pendant toute la durée du travail, si on ne quittait pas la salle, elles arriveraient à accoucher sans péridurale » (I).

L'absence des soignants se traduit par une modification subie du projet de la parturiente. La sage-femme F pose ainsi le problème : « On est un peu entre deux. La péridurale nous aide bien pour notre gestion de travail, après on ne colle pas au projet ». La professionnelle J reconnaît qu'il faut « arrêter de demander toutes les 10 minutes « vous voulez une péri ? » » aux parturientes car « ça les fait craquer ». La sage-femme G avance un point de vue qui semble majoritaire chez les professionnelles : « Tout le monde est un peu emmerdé avec la dame avec qui tu ne sais pas quoi faire et qui est au tout début de travail. Tu proposes la péridurale facilement ».

Si la demande d'analgésie péridurale vient des femmes, dans son article « L'expérience de la maternité sous influence médicale » (24), Béatrice Jacques, sociologue de la santé, rappelle que ce choix est fortement influencé par les différentes rencontres avec l'équipe médicale.

#### **III.2.3.5. Une fuite des professionnels face à la surcharge de travail**

Si certaines sages-femmes ne se prêtent pas à ces pratiques de répétition de la demande, plusieurs reconnaissent cependant « fuir » les parturientes algiques. La sage-femme K évoque la difficulté pour les soignants de porter une femme algique, cela la renvoie « à un manque d'efficacité ». En effet la médicalisation de la naissance est peut-être à l'origine d'une frustration lorsque le soignant ne trouve pas de remède aux maux de la parturiente. La douleur associée au travail et à l'accouchement qui était acceptable hier, faute de moyens efficaces pour la soulager, ne l'est plus aujourd'hui socialement.

#### **III.2.3.6. Un souhait du modèle « une sage-femme/une femme »**

Confrontées à ce manque de disponibilité auprès des parturientes algiques, les sages-femmes évoquent diverses pistes. Ainsi les sages-femmes interrogées soulignent l'intérêt du modèle anglo-saxon une sage-femme/une femme. La sage-femme serait alors pleinement

disponible pour la parturiente. Le suivi global est un souhait des femmes. En 2003, lors des états généraux de la naissance, il était mis en évidence que les femmes souhaitaient un suivi pendant la grossesse et jusqu'au post-partum par la même sage-femme ou bien par une équipe réduite (16). La solution pourrait venir en partie grâce aux plateaux techniques selon les professionnelles interrogées. Cela permettrait à la femme d'avoir « quelqu'un de connu et quelqu'un qui reste beaucoup plus présente pour le couple » (K). Pour la sage-femme G « c'est le problème du suivi hospitalier » « tu n'as pas de lien avec [la patiente], tu ne la connais pas ». Il serait alors plus facile pour la parturiente d'exprimer ses envies, et pour la sage-femme, prévenue en amont, de s'efforcer de les respecter.

Les sages-femmes souhaitent plus de formations sur l'utilisation des moyens non médicamenteux pour la prise en charge des parturientes algiques, elles disposent néanmoins d'outils variés utilisés au quotidien. La mise en oeuvre de ces méthodes semble toutefois difficile face à un manque de disponibilité des professionnelles, confrontées à une surcharge de travail. Afin d'y pallier, certaines évoquent la possibilité des femmes de bénéficier des plateaux techniques. Une sage-femme ayant effectué leur suivi de grossesse les accompagnerait, se rendant alors totalement disponible. C'est également en ce sens que se pose la question de l'expérimentation des maisons de naissances (24).

#### **III.2.4) La préparation à la naissance**

Un élément semble grandement faciliter l'accompagnement des parturientes algiques : la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Son absence est relevée comme étant une difficulté pour 6 participantes.

Selon la Haute Autorité de Santé, la préparation à la naissance « s'oriente actuellement vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance »(26). Elle permet aux parents de s'impliquer davantage dans le travail et l'accouchement.

La PNP diminuerait les besoins en analgésie lors du travail (16). C'est sur cette base que

se sont appuyés les travaux du docteur Lamaze portant sur l'accouchement sans douleur.

#### **III.2.4.1. Une adaptation des souhaits par la PNP**

« Ce n'est pas parce que ce n'est pas comme elle s'y était attendue que cela va mal se passer pour autant » (K)

Une étude suédoise, menée pour connaître la signification d'une expérience positive de naissance (27), a démontré que la préparation à la naissance permettait aux femmes d'avoir « des souhaits réalistes ». C'est également l'observation faite par plusieurs sages-femmes participant à notre étude. La réalisation des souhaits étant fortement liée à la satisfaction des patientes on comprend alors toute l'importance de la PNP. La soignante F souligne en ce sens que la préparation aide les femmes à savoir comment travaillent les professionnels.

La professionnelle B remarque que lorsque les femmes ont bénéficié de séances de préparation, celles-ci savent que la péridurale n'est pas posée immédiatement lorsqu'elles sont algiques. La sage-femme A, ayant une activité à la fois libérale et hospitalière, propose des cours de préparation à la naissance. Elle insiste sur le fait que les femmes doivent entendre qu'elles peuvent accoucher sans péridurale même si cela est contraire à leurs souhaits. Les sages-femmes hospitalières interrogées voient en pratique que cette information faite aux femmes les aide lorsque la situation se présente. Deux sages-femmes soulignent la nécessité d'une orientation de la femme vers une préparation adaptée en cas de contre-indication à l'APD pendant la grossesse.

La préparation sert aux femmes à se projeter sur leur travail et leur accouchement et à en être pleinement actrices. Elles prennent conscience que malgré leurs souhaits, une multitude d'événements peuvent survenir et les modifier.

#### **III.2.4.2. Des patientes plus réceptives**

« On sent qu'elles sont plus à l'écoute de ce qu'on leur propose pendant le travail et qu'elles sont plus ouvertes » (I). Comme la sage-femme I, la soignante H admet que lorsqu'elle propose aux parturientes algiques de se positionner sur le ballon ou d'utiliser les lianes, celles qui



se sont préparées sont « plus réceptives » car elles ont déjà entendu parler de ces techniques. Ces femmes sont aussi plus « autonomes »(K) dans la gestion de leur travail.

#### **III.2.4.3. Moins de panique**

« Comme elles n'ont pas eu cette préparation c'est un peu la panique, la peur d'avoir mal. Elles se laissent complètement déborder et elles n'arrivent plus du tout à gérer la douleur, et là on a beau utiliser les méthodes qu'on connaît pour essayer de les aider et de les rassurer c'est dur de gérer ça. » (I)

Pour la professionnelle A, lors de la préparation proposée aux femmes il faut « leur expliquer ce qu'elles vont ressentir parce que si elles ne savent pas ce qu'elles vont ressentir elles sont dans la panique complète ». La sage-femme E note que l'impact de la préparation sur la peur de la douleur que peuvent ressentir les parturientes algiques est encore plus marqué lorsqu'un travail trop rapide ne permet pas la pose d'une péridurale.

#### **III.2.4.4. Une préparation adaptée**

« Les préparations classiques t'expliquent à chaque fois la péridurale. C'est un peu un accouchement comme tout le monde »(G).

La sage-femme C, exerçant en libéral, a « arrêté de faire de la prépa classique », estimant que les femmes ont de nombreuses informations à leur disposition notamment sur internet. Elle préfère leur apporter les outils qui les aideront à gérer leur douleur au cours du travail : « c'est bien de leur offrir les choix pour qu'elles trouvent leur chemin pour le travail ».

Les sages-femmes hospitalières remarquent que les femmes ayant fait une préparation spécifique (sophrologie, chant pré-natal, respiration à l'aide de sifflets) ont plus de facilités à supporter la douleur. Elles s'accordent sur le fait que la préparation « classique » n'est pas adaptée aux femmes souhaitant accoucher sans analgésie péridurale. La professionnelle F réalise des séances de PNP dans un cadre hospitalier. Elle explique la difficulté qu'elle a lorsqu'une

femme au sein d'un groupe souhaite accoucher sans analgésie péridurale. La sage-femme G reconnaît qu'il faudrait voir à modifier le contenu des séances de PNP afin de s'adapter au projet de ces patientes. A l'hôpital les groupes de PNP sont plus importants (jusque 10 femmes) et permettent moins de s'ajuster aux demandes des couples comme cela est possible en libéral (4 couples au maximum et la possibilité de proposer des séances individuelles). Cela pose un paradoxe. Les hôpitaux ont une volonté de physiologie et d'offre d'accouchement sans péridurale au sein de leurs espaces physiologiques mais ne proposent pas la préparation associée.

« Faut pas trop se préparer non plus sinon tu risques d'être déçu, il faut s'ouvrir à tous les possibles » (C).

Une préparation apportant des connaissances trop approfondies sur la naissance pourrait entraîner une intellectualisation excessive de ce moment. La préparation à la naissance, jugée utile par la majorité des professionnelles, devrait s'efforcer de se baser sur les connaissances et les besoins du couple, et non pas d'offrir un éventail exhaustif de savoirs sur la grossesse et l'accouchement (18).

### **III.2.5. L'intégration de l'accompagnant**

En 2014, le CIANE publie les résultats de son étude (28) menée pour connaître l'accompagnement que souhaitent les femmes lors de l'accouchement. Il apparaît que pour les accouchements par voie basse 99% des participantes souhaitent la présence à leurs côtés du père de l'enfant ou d'un proche. Les témoignages recueillis montrent que l'absence de cette personne ressource est « particulièrement angoissante » pour les parturientes. Les participants à notre étude soulignent l'importance de cette présence pour les parturientes algiques (9/11), la peur venant renforcer les sensations douloureuses. Une étude publiée en 2011 effectuant une lecture systématique de la littérature (13) a montré les femmes bénéficiant d'un soutien continu au cours du travail avaient moins recours à des méthodes médicamenteuses de lutte contre la douleur. Ces femmes étaient également plus satisfaites, et étaient plus nombreuses à accoucher spontanément par voie basse. L'accompagnant a donc un rôle essentiel dans le déroulement de la naissance.

### **III.2.5.1. Qui est l'accompagnant ?**

Les sages-femmes intègrent l'accompagnant comme un partenaire à part entière lors du travail, la sage-femme H va ainsi « montrer au papa les aides qu'il peut donner ». Lors des entretiens, le conjoint a été mentionné en priorité comme personne ressource de la parturiente (10/11). D'autres intervenants non soignants (mère, amie) ont également été cités lorsque les sages-femmes évoquaient leurs expériences positives d'accompagnement. Les professionnelles ont également fait référence à l'intervention des auxiliaires de puériculture ou des étudiants pour proposer des massages aux femmes algiques ou être présent auprès d'elles (A,E,G,H,K).

La question de la place des doulas en salle de naissance est relevée par la sage-femme C. Cette soignante souligne le fait qu'une parturiente ne bénéficiant pas du soutien continu d'un professionnel est mise en grande difficulté face à la douleur. Pour elle, puisque les sages-femmes hospitalières ne peuvent pas, du fait de la charge de travail, être aux côtés de la femme en permanence, il est acceptable qu'une personne ayant bénéficié d'une formation soit autorisée en plus de l'accompagnant auprès de la patiente. Cette personne pourrait être une doula. Les associations de doulas françaises s'engagent à « ne pas empiéter sur le domaine médical » (29), l'accompagnement psychologique de la femme pourrait-il alors se partager entre la sage-femme et ce nouvel intervenant ? Cette question suscite actuellement de vives réactions et fait débat chez les sages-femmes.

### **III.2.5.2. Un accompagnant préparé**

« C'est surtout le papa qu'il faut préparer » (C)

Face à la douleur de sa compagne le conjoint peut être déstabilisé et se retrouver en situation de stress. Les sages-femmes C et F ont relevé cela et insistent sur le fait que si le conjoint n'est pas préparé son inquiétude se transmet à la parturiente. Les professionnelles doivent par conséquent accorder une attention toute particulière à la préparation de l'accompagnant. La soignante F reconnaît qu'il est difficile de proposer des cours de PNP aux conjoints en milieu hospitalier car les horaires sont peu adaptés et la cotation des actes ne permet pas de réaliser une séance spécifique aux accompagnants. Cette même soignante attribue au

père le rôle de gardien du projet de couple. Celui-ci ne ressentant pas physiquement la douleur, il résisterait mieux aux demandes répétées des soignants de pose de péridurale.

Une enquête réalisée en 2013 auprès de pères (30), par des sages-femmes de la Protection Maternelle et Infantile de Loire-Atlantique, montrait que les conjoints ont des besoins d'accompagnement spécifiques pendant la grossesse. 63,6% des pères interrogés souhaiteraient un suivi en couple avec des ateliers pratiques, et 45.5% d'entre eux voudraient bénéficier d'un ou plusieurs entretiens individuels avec une sage-femme ou un psychologue. Il serait souhaitable d'offrir aux conjoints la possibilité de participer à des séances de préparation adaptées à leurs demandes.

### **III.2.5.3. L'accompagnant pour pallier au manque de disponibilité ?**

« Un papa tout seul dans une salle d'accouchement je ne vois pas comment il va se débrouiller pour aider la maman sans accompagnement en plus » (C)

La sage-femme E précise que la présence d'un accompagnant aide les soignants face à leur manque de temps pour être auprès des patientes. C'est aussi le point de vue de la sage-femme D qui raconte : « comme j'avais d'autres patientes en même temps j'étais bien contente que sa mère soit là ». Sur cette situation où la patiente a été au bout de son projet d'accouchement sans péridurale elle précise : « je sais que ce n'est pas grâce à moi vraiment, je pense que c'est la présence de sa mère qui a vraiment aidé ». La sage-femme H, profitant d'une garde calme, est restée auprès d'une parturiente non accompagnée ayant un projet d'accouchement sans péridurale. Elle admet : « si j'avais eu d'autres dames elle aurait peut-être pris une péri ». Pour la sage-femme K, avoir un tiers « sur qui on peut compter » « décharge » les professionnels.

« C'est une belle porte de sortie de quitter la pièce et revenir une demi heure plus tard, alors que rester pendant des heures avec une patiente qui souffre et de ne pas avoir d'échappatoire, je pense que c'est vraiment pas facile » (K)

Le travail de la sage-femme, historiquement présente tout au long du travail aux côtés de la

femme, l'aidant à gérer sa douleur, a observé une mutation, se focalisant davantage sur le versant technique et sécuritaire de la naissance (7).

### **III.2.6. Limites et forces de l'étude, Synthèse des principaux résultats**

#### **III.2.6.1. Limites et forces de l'étude**

Avec l'ouverture et la promotion des filières physiologiques au sein des unités obstétricales hospitalières (24), l'accompagnement des parturientes algiques est aujourd'hui pleinement d'actualité. Les sages-femmes, actrices de première ligne auprès des femmes remarquent cette volonté des couples du respect de la physiologie, passant pour certains par un projet d'accouchement sans analgésie péridurale. Le taux important d'APD en France (6) entraîne chez les professionnelles un changement du rôle qui leur était traditionnellement dévolu d'accompagnement de la douleur.

Grâce à la méthodologie qualitative, nous avons pu apprécier toute la variété des réflexions et des pratiques sur ce sujet. Le nombre de participants ne permet pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble des sages-femmes mais le recueil de données par des entretiens paraissait le plus pertinent pour répondre aux questions de notre étude. La diversité de profils des participantes est également une des forces de cette étude.

Le recrutement peut être considéré comme un des biais de notre étude. En effet la participation reposait sur un volontariat, et on peut penser que des professionnelles déjà intéressées par ce sujet aient principalement répondu. Cependant, sur l'affiche de recrutement (Annexe II), ainsi que dans le courriel adressé aux sages-femmes libérales et hospitalières, seuls les termes d' « accompagnement des parturientes » ont été indiqués, sans précision sur l'accompagnement de la douleur, afin de limiter ce biais. Le recrutement s'est fait dans deux maternités de niveaux différents et auprès des professionnelles libérales dans ce même but.

#### **III.2.6.2. Synthèse des principaux résultats**

Les entretiens réalisés révèlent quantité de pratiques d'accompagnement de la douleur par les sages-femmes. Certaines sont fréquemment évoquées. Les professionnels mettent un point

d'honneur à établir un lien de confiance avec la femme et/ou le couple. Pour ce faire, le respect de leurs souhaits ainsi que la communication sont importants. Ce respect a une place capitale dans la satisfaction qu'ont les parturientes algiques de l'accompagnement (10)(17).

Les différentes pratiques évoquées par les sages-femmes sont pertinentes au regard de la littérature (13) (19) (20) (22). Elles regrettent cependant le manque de formation sur les techniques non médicamenteuses d'accompagnement de la douleur. Le matériel mis à la disposition des équipes soignantes est jugé satisfaisant.

Parmi les difficultés principalement évoquées, le principal frein est le manque de temps accordé à chaque patiente. Les professionnelles interrogées admettent que l'accompagnement des parturientes algiques demande davantage de disponibilité que celui des patientes sous analgésie péridurale. Une observation est frappante dans les propos des sages-femmes participantes : les soignantes reconnaissent que les projets des femmes d'accoucher sans APD peuvent être modifiés à cause de cette insuffisance de temps et, par conséquent, de présence d'un professionnel auprès d'eux. Ce manque de disponibilité est lié à une surcharge de travail des professionnelles. On peut alors imaginer toute la frustration de ces sages-femmes pour qui le respect des souhaits de la parturiente est si important.

Le nombre minimal de sages-femmes présentes en salle de naissance est régi par des décrets (31). Aujourd'hui ce seuil est celui observé dans les établissements de santé. Ce nombre de sages-femmes est-il suffisant pour répondre aux besoins et aux souhaits des parturientes ? Est-il en accord avec la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (18) ?

En 2011, l'INSERM publiait (5), notamment en s'appuyant sur les travaux de Kpea et al (8), qu' « en cas de surcharge de travail des sages-femmes [...] ou encore chez les femmes qui ont reçu de l'ocytocine en cours de travail (pratique très fréquente en France pour faciliter l'accouchement) » le non respect du choix initial des parturientes était plus fréquent.

Dans ce contexte, la présence d'un accompagnant comme étant un élément important, aidant les sages-femmes dans leur accompagnement, est facilement compréhensible. Dans l'idéal, tout comme la parturiente, ce tiers doit avoir bénéficié d'une préparation spécifiquement adaptée.

La préparation permet aux femmes d'élaborer un projet réaliste, en adéquation avec les pratiques des soignants. La rigidité de certains projets est une difficulté exprimée par plusieurs participants à notre étude. La préparation doit cependant être cohérente avec les souhaits initiaux des couples, leur montrer objectivement tous les moyens existants de gestion de la douleur en posant le rapport bénéfice-risque, et ne pas déjà les orienter vers un choix d'analgésie péridurale.

#### **IV. CONCLUSION**

Nous avons pu voir dans notre étude les pratiques et les difficultés des sages-femmes confrontées à l'accompagnement d'une parturiente algique. Le manque de temps lié à une surcharge de travail ressort du discours des participants. Cette notion est frappante dans le cadre de l'accompagnement de la douleur. Cela engendre une insatisfaction chez les patientes, qui ne voient pas leurs souhaits réalisés, ainsi que chez les professionnelles qui n'accompagnent pas les femmes de façon optimale selon elles.

Les sages-femmes sont demandeuses d'accompagner davantage la physiologie, et de ne pas être dans une logique de rentabilité mais plutôt dans un souci d'humanisation de la naissance. L'accompagnement des parturientes accouchant sans péridurale est de plus en plus rare. Dans le contexte actuel certaines professionnelles ont tendance à orienter les patientes vers l'APD, alors que cela est contraire à leur choix initial, pour améliorer la gestion de leur travail en salle de naissance.

L'accompagnement de la douleur, autrefois rôle dévolu à la sage-femme est-il un savoir faire qui se perd ? Au regard de notre étude, on peut affirmer que les professionnelles connaissent les méthodes de prise en charge de la douleur. L'élément central impactant leur accompagnement est leur disponibilité auprès de la parturiente.

Les professionnelles ainsi que les femmes sont demandeuses du modèle une sage-femme/une femme pour un suivi globalisé de la grossesse jusqu'aux suites de couches. Ce modèle n'étant pas d'actualité en France, d'autres éléments sont évoqués afin d'améliorer la prise en charge. Une préparation à la naissance adaptée aux besoins des patientes, personnalisée, ainsi qu'une communication plus axée sur les projets du couple en anténatal seraient souhaitables

pour faciliter l'accompagnement des patientes et ainsi augmenter leur niveau de satisfaction. La promotion des plateaux techniques et des maisons de naissances irait également en ce sens.

Il serait intéressant de poursuivre notre étude en étudiant la satisfaction croisée des parturientes et des sages-femmes dans l'accompagnement de la douleur afin de connaître plus précisément les critères influençant leur satisfaction mutuelle.



## V. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Melzack R. Labour pain as a model of acute pain. *Pain*. 1993; 53:117-20
- (2) Référentiel métier et compétences des sages-femmes, situation 4 (diagnostiquer et suivre le travail, réaliser l'accouchement et surveiller ses suites (pour une grossesse à terme a priori normale). Edition Berger Levrault. Novembre 2010.
- (3) Genèse-chapitre 3-verset 16
- (4) Les racines historiques de l'accouchement psychoprophylactique.[En ligne]. <http://www.bluets.org/spip.php?article139>. Consulté le 31 janvier 2017
- (5) Blondel B, Kermarrec M. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. *INSERM-U.953*, Mai 2011.
- (6) Blondel B, Supernant K, Du Mazaubrun C, Breart C. Enquête périnatale 2003, situation en 2003 et évolution depuis 1998. *INSERM-U.149*, Février 2005.
- (7) Schweyer François-Xavier. La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste. *Sciences sociales et santé*. Volume 14, n°3, 1996. Définitions et enjeux professionnels autour du soin. pp.67-102.
- (8) L. Kpéa et coll. Initial Preference for Labor Without Neuraxial Analgesia and Actual Use: Results from a National Survey in France. *Anesth Analg*. 2015
- (9) Ciane. Douleur et accouchement. Communiqué de presse. 5 avril 2013
- (10) M Akrich. Que veulent les femmes? Quelques enseignements tirés de l'enquête CIANE. Mai 2014 [En ligne]. <http://ciane.net/wordpress/wpcontent/uploads/2015/03/QueVeulentLesFemmes.16mai2014.pdf>. Consulté le 2 juin 2016
- (11) Collet M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de la grossesse. *Études et Résultats*, 2008; 660
- (12) Gilliland, A. L. (2010). After praise and encouragement: Emotional support strategies used by birth doulas in the USA and Canada. *Midwifery*, 27(4), 525-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.04.006>
- (13) Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011.
- (14) Darnay Michelle, « Préparations : pour qui ? Pourquoi ? », *Spirale*, 3/2008 (n° 47), p. 53-62. [En ligne] <http://www.cairn.info/revue-spirale-2008-3-page-53.htm> Consulté le 25 janvier 2017
- (15) Boulot P, Moreau E, Cardot A et al. Démédicalisation « raisonnée » de la naissance. *CHU A. de Villeneuve Montpellier*. 2014
- (16) B. Maria, G Dauptain, P Gaucherand, Accoucher et naître en France : propositions pour changer les naissances. Juin 2003. [En ligne] <http://www.em-consulte.com/en/article/114817>. Consulté le 25 janvier 2017

- (17) Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregn Childbirth*. 2007;7:26.
- (18) Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- (19) eVidal. Nalbuphine 20mg/2mL, solution injectable. Mis à jour le jeudi 15 décembre 2016.
- (20) Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 2: CD000111.
- (21) Bernard F. Analgésie péridurale et hypnose: vers une certaine démedicalisation de la naissance. 2015
- (22) Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson JP. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD007214.  
DOI: 10.1002/14651858.CD007214.pub2
- (23) Midy F, Condinguy S, Delamaire ML. La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail. IRDES; décembre 2005. [En ligne] <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/334535/>. Consulté le 25 janvier 2017
- (24) Rapport n°1560 du 19 novembre 2013 relatif à l'expérimentation des maisons de naissance
- (25) Béatrice Jacques. L'expérience de la maternité sous influence médicale. Face à face [En ligne] <http://faceaface.revues.org/551>. Consulté le 10 janvier 2017
- (26) Haute Autorité de santé. Recommandations pour la pratique clinique Préparation à la naissance et à la parentalité. Saint-Denis la Plaine: HAS; novembre 2005.
- (27) Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I. The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. 2017
- (28) CIANE. Enquête sur les accouchements. Dossier numéro 8. Juin 2014
- (29) Henrion R. Les doulas: une profession émergente?. *Bull. Acad. Natle Méd*, 2008, Tome 192, Juin-Juillet, No 6, p. 1237:1252
- (30) Sgard N. « Le devenir-père » Enquête menée auprès des futurs-papas de la région nantaise de novembre 2012 à mars 2013. Mémoire de recherche universitaire. Université de Nantes; 2013.
- (31) article D. 712-84 issu du décret n°98-900 du 9 octobre 1998

## VI. ANNEXES

### Annexe I : Guide d'entretien

#### Présentation de l'entretien

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude de sage-femme à l'école de Brest, je réalise des entretiens avec des sages-femmes pour connaître leurs pratiques d'accompagnement des parturientes.

Cet entretien dure environ 30 minutes.

Pourquoi réaliser cet entretien ?

Cet entretien va me permettre de savoir ce que font en pratique les sages-femmes pour accompagner les femmes en salle de naissance.

Les informations identifiantes recueillies lors de cet entretien seront anonymisées.

Lors de cet entretien seules les situations des parturientes à terme dans un cadre de physiologie seront retenues. Les situations exclues de cet entretien sont les interruptions médicales de grossesse, les morts foetales in utéro, les décès néonataux, les naissances prématurées, les femmes ne parlant pas le français.

#### Questions de l'entretien

##### 1) L'accompagnement

Pour vous que signifie l'accompagnement d'une femme en travail ?

Quelles sont les conditions nécessaires pour que vous puissiez réaliser un accompagnement que vous jugez satisfaisant (matérielles, humaines, organisationnelles, relationnelles, connaissance du couple accompagné, projet de naissance...)

##### 2) Facilités et difficultés rencontrées dans l'accompagnement

Lorsque vous accompagnez une femme en travail, quelles sont les difficultés auxquelles vous êtes confronté ? Y-a-t-il des accompagnements plus faciles, et dans ces cas quels sont les éléments facilitants?

##### 3) Les pratiques des sages-femmes face à la douleur

En situation de physiologie, comment vous y prenez vous pour accompagner la femme algique en travail

##### 4) Expérience des soignants

Pouvez-vous me raconter votre dernière expérience où vous avez ressenti comme satisfaisant l'accompagnement d'une parturiente algique et pourquoi?

Pouvez-vous me raconter votre dernière expérience où vous avez été en difficulté face à une patiente algique en travail et pourquoi?

##### 5) Pistes de réflexion et d'amélioration

Pensez-vous avoir tous les outils pour accompagner de manière satisfaisante une parturiente algique en travail ?

5bis) Pensez-vous que la préparation à la naissance et à la parentalité a un impact sur l'accompagnement que vous réalisez en salle de naissance?

Des études récentes du CIANE identifient le fait que 23% des femmes n'avaient pas le souhait d'une analgésie péridurale pour leur accouchement. 1 quart des femmes estime que son choix n'a pas été respecté. Est ce un constat qui fait écho à votre expérience?

# RECHERCHE SAGES-FEMMES VOLONTAIRES

Bonjour Mesdames/Messieurs les sages-femmes,

Etudiante en 5ème année au sein de l'école de sage-femme de Brest je réalise mon mémoire de fin d'études.

Mes recherches se portent sur l'**accompagnement des parturientes par les sages-femmes en salle de naissance.**

Pour répondre à cela je réalise des entretiens avec des **sages-femmes.**

Les entretiens durent environ **30 minutes.** Ils peuvent se faire en face à face ou par téléphone selon vos souhaits.

## Comment participer ?

Si vous êtes intéressés 2 solutions pour convenir d'une date:

-Contactez-moi par SMS ou par mail :

06.04.47.75.25

[camillethomas44@gmail.com](mailto:camillethomas44@gmail.com)

-Laissez-moi vos coordonnées ci dessous :

Je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à ma demande

Camille THOMAS

Etudiante sage-femme 5ème année.

### Annexe III :Grilles d'analyse

SF	Accompagnement	Conditions	Difficultés	Facilités	Expérience +	-	Tous les outils?	PNP	Réflexions SF

SF	Respect des souhaits	Temps/dispo	Accompagnant	Environnement	Confiance	Préparation
	Projet de naissance	Surcharge W	Absence SF	Utilisation	Communication	Accompagnant
	Préparation	Engagement/ Fuite	Tiers/Conjoint	Obstacle	Explications	Ci APD
	Médicalisation		Préparation			Types de PPN

#### Annexe IV : Population de l'étude

SF	Année obtention diplôme	Parcours professionnel	Poste occupé au jour de l'entretien	Formations complémentaires
A	1980	18 ans hôpital (N1 à 3) 15 ans libéral	Libéral et salarié	Sophrologie Relaxation Postures Bernadette de Gasquet Méthode Luc Guillaume (Embout respiratoire) Piscine pré-natale Gynécologie Rééducation périnéale
B	2015	1 an hôpital (N 1 à 2)	Hospitalier	
C	1998	2 ans MSF 4 ans hôpital (N2 à 3) 10 ans libéral	Libéral	Hypnose Yoga Ostéopathie Homéopathie Allaitement Gynécologie
D	2015	1 an hôpital (N1 à 3)	Hospitalier	Souhait de formation hypnose
E	2008	8 ans hôpital (N3)	Hospitalier	Acupuncture Communication thérapeutique Positions d'accouchement Gynécologie Compétences du nouveau né
F	2011	5 ans hôpital (N1 à 2)	Hospitalier	Acupuncture
G	2012	4 ans hôpital (N1 à 3)	Hospitalier	Echographie Communication thérapeutique
H	2009	5 ans hôpital (N1 à 3) Humanitaire 6 mois libéral	Hospitalier	Rééducation périnéale ERCF
I	2012	4 ans en hôpital (N3)	Hospitalier	Souhait de formation acupuncture
J	2004	1 an dispensaire 11 ans hôpital (N1 à 3)	Hospitalier	Acupuncture Parentalité Co Naitre Gynécologie
K	2011	6 ans hôpital (N1 à 3)	Hospitalier	Postures Bernadette de Gasquet

## **RESUME**

### **OBJECTIF**

Déterminer les pratiques des sages-femmes dans l'accompagnement des parturientes algiques et connaître leurs difficultés.

### **MATERIEL ET METHODE**

Etude qualitative à partir d'entretiens semi-directifs réalisés auprès de sages-femmes hospitalières et libérales du Finistère réalisant des accouchements, du 15 septembre au 7 décembre 2016.

### **RESULTATS**

Les sages-femmes connaissent de nombreuses techniques pour accompagner la parturiente algique. L'établissement d'un lien de confiance, la communication et le respect des souhaits de la femme occupent une place essentielle dans leurs pratiques. La place de l'accompagnant a été soulignée par les professionnelles. L'absence de préparation à la naissance ou une préparation non adaptée aux souhaits de la patiente est une difficulté évoquée par les soignantes. Les participants ont regretté un important manque de temps lié à une surcharge de travail pour accompagner au mieux de leurs capacités les patientes algiques.

### **CONCLUSION**

La promotion du modèle une sage-femme/une femme et des plateaux techniques serait une piste d'amélioration afin de répondre aux souhaits des parturientes et d'accompagner au mieux leur douleur.

### **MOTS-CLES**

Accompagnement, Douleur, Temps, Parturiente, Sage-femme

### **TITRE**

Accompagnement des parturientes algiques : Pratique et difficultés des sages-femmes. Etude qualitative réalisée auprès de sages-femmes hospitalières et libérales du Finistère du 15 septembre au 7 décembre 2016

**AUTEUR** Camille THOMAS

**Diplôme d'état de sage-femme, Brest, 2017**