



HAL
open science

Phase de latence : accompagnement de la douleur par des moyens non pharmacologiques

Anne Parquin

► **To cite this version:**

Anne Parquin. Phase de latence : accompagnement de la douleur par des moyens non pharmacologiques. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03228455

HAL Id: dumas-03228455

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03228455>

Submitted on 18 May 2021

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

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

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES
DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

ANNE PARQUIN

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

PHASE DE LATENCE :
ACCOMPAGNEMENT DE LA DOULEUR
PAR DES MOYENS NON PHARMACOLOGIQUES

Soutenu le : 24 Septembre 2020
Directeur de mémoire : **Madame Habiba ZAÏD**

JURY

Madame Sophie BAUMANN, sage-femme enseignante à l'UVSQ et
présidente du jury

Madame Alice MASSON-NGUYEN, sage-femme libérale

Madame Ingrid PEIRTSEGAELE - BOZEC, sage-femme libérale

Numéro national d'étudiant : 2507049831 P

AVERTISSEMENT

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

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

REMERCIEMENTS

Je voudrais commencer par remercier ma directrice de mémoire, Habiba Zaïd pour la réalisation de celui-ci. Merci pour tout le temps que vous m'avez accordé, pour votre aide, votre soutien. Merci également pour m'avoir fait découvrir ce que signifie accompagnement global, pour m'avoir rappelé que les femmes savent faire, que le corps s'exprime et envoie de lui même les signaux de l'avancée du travail. Merci encore vraiment de m'avoir enseigné que la clinique est la base de notre métier et qu'il ne faut pas se reposer entièrement sur la médicalisation. Merci de m'avoir rappelé pourquoi je fais et pourquoi j'aime autant ce métier.

Je remercie toutes les sages-femmes hospitalières et libérales de m'avoir accordé un instant de leur temps précieux. Ce mémoire m'a permis d'en apprendre encore plus sur la physiologie et sur toutes les différentes façons qui existent pour accompagner une parturiente, un couple, en respectant leurs choix. Merci de m'avoir montré le poids de l'environnement sur le travail.

Je souhaite également remercier Sophie Prudhomme, ma référente pédagogique qui m'a accompagnée et soutenue tout au long de mes 4 années d'études.

Merci à ma famille pour leur soutien et leur confiance depuis le début de mes études. Merci d'avoir toujours cru en moi.

Une pensée plus particulière pour ma sœur, Cécile, qui m'a toujours soutenue quoi qu'il arrive. Et à Laetitia et Bérengère pour les 4 merveilleuses années passées à vos côtés.

TABLE DES MATIERES

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES FIGURES	VI
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES ANNEXES	VIII
GLOSSAIRE	IX
RESUME	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCTION	1
I. PREMIERE PARTIE - Données de la littérature	2
1. Historique de la gestion de la douleur	2
1.1 - Dick-Read, fondateur de l'hypnonaissance	2
1.2 - Velvoski et Nikolaiev, inventeurs de la psychoprophylaxie	2
1.3 - Lamaze, importateur de l'accouchement sans douleur	3
2. Le renouveau des méthodes	3
2.1 - Nouvelles méthodes physiologiques	4
2.1.1 - Frédérick Leboyer, initiateur du chant prénatal	4
2.1.2 - Michel Odent et l'immersion dans l'eau	4
2.1.3 - Méthode Bonapace, neurophysiologie de la douleur	5
2.1.4- Bernadette de Gasquet, l'approche posturo-respiratoire	6
2.2 - Moyens mis à disposition	6
2.3 - Prise en compte de l'environnement	7
3. Recommandations de bonnes pratiques de la HAS	7
3.1 - Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) - Nov 2015	7
3.2 - Accouchement normal - Déc 2017	8
4. Les méthodes actuelles de PNP	8
4.1- La psychoprophylaxie obstétricale	8
4.2 - La sophrologie	9
4.3 - La préparation aquatique	9

4.4 - Le yoga	10
4.5 - Le chant prénatal	10
5. Agir sur la douleur pendant la phase de latence	11
5.1 - Agneta Westergren et al. « Autonomous and dependent - the dichotomy of birth : a feminist analysis of birth plans in Sweden »	11
5.2 - Angelita José Henrique RN et al. « Non-pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety, and neuroendocrine stress parameters : A randomized controlled trial »	12
II. SECONDE PARTIE - ETUDE	13
1. Matériel et méthode	13
1.1 - Objectif et hypothèses	13
1.2 - Type d'étude, outils utilisés et thématiques recueillies	13
1.3 - Obligations réglementaires et éthiques	14
1.4 - Modalités de recueil et population sélectionnée	14
1.5 - Analyses des entretiens	15
2. Résultats et discussion	15
2.1 - Description générale de la population d'étude	15
2.2 - Caractéristiques du lieu d'exercice	17
2.3 - Accompagnement de la douleur	18
2.4 - Point de vue des sages-femmes	22
2.4.1 - Accompagnement nullipare VS multipare	22
2.4.2 - Prise en charge des parturientes	23
2.4.2 - Formation initiale des sages-femmes	26
2.4.2 - Formation(s) complémentaire(s) des sages-femmes	28
2.5 - Points forts de l'étude	30
2.6 - Biais et limites de l'étude	30
2.7 - Perspectives	32
CONCLUSION	34
BIBLIOGRAPHIE	I
ANNEXE 1. Guide d'entretien	VII
ANNEXE 2. Formulaire de consentement	X
ANNEXE 3. Retranscription d'un entretien	XI

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Âges et années exercées par les sages-femmes	15
Figure 2. Répartition des sages-femmes en fonction de leur lieu d'activité	16
Figure 3. Pays de formation	17
Figure 4. Utilisation des moyens d'atténuation de la douleur	19
Figure 5. Liens entre utilisation matériel / formation(s) et avancement du travail	20
Figure 6. Différence d'accompagnement entre une nullipare et une multipare	22
Figure 7. Satisfaction vis-à-vis de la formation initiale	26
Figure 8. Raisons de l'insatisfaction de la formation initiale	27
Figure 9. Nombre de formations complémentaires par sage-femme	28
Figure 10. Formation complémentaire : type et utilisation selon les groupes	29

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Avis des sages-femmes sur leur prise en charge

24

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1. Guide d'entretien	VII
ANNEXE 2. Formulaire de consentement	X
ANNEXE 3. Retranscription d'un entretien	XI

GLOSSAIRE

APD : Analgésie péridurale

ASD : Accouchement Sans Douleur

CSP : Code de la Santé Publique

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

HAS : Haute Autorité de Santé

OU : Unité d'Obstétrique

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

UFA : Unité de Fages-femmes Autonomes

RESUME

Objectifs

L'accompagnement de la gestion de la douleur en phase de latence diffère entre chaque sage-femme. Tout cet aspect n'étant pas sous forme de protocole dans les maternités, il en revient à la maïeuticienne de déterminer qu'elle est la meilleure solution pour soulager la patiente par des moyens non pharmacologiques, en alliant soutien, confort et avancement du travail. Ainsi, nous voulions savoir comment les sages-femmes accompagnent la douleur, afin d'émettre une réflexion sur nos pratiques.

Matériel et méthodes

Nous avons mis en place une étude qualitative et mené 14 entretiens individuels auprès de 7 sages-femmes exerçant dans 7 maternités de niveaux différents et de 7 sages-femmes libérales pratiquant des accouchements, toutes en Ile-de-France. Ils ont été effectués sur la période allant de mars à juillet 2019.

Résultats

Les sages-femmes connaissent différentes méthodes de prises en charge des femmes algiques. Elles utilisent les nombreux matériels fournis sur leur lieux de travail, mais aussi leur formation(s) complémentaire(s), pour permettre le soulagement des douleurs en alliant l'avancement du travail. Cependant, elles ne peuvent offrir la même disponibilité aux parturientes. En effet, le manque de temps et la surcharge de travail dans le milieu hospitalier l'impacte fortement. A contrario, les sages-femmes libérales, qui ont moins de contraintes dans leur gestion du temps, ont plus de facilités à connaître les désirs, les attentes et les peurs du couple.

Mots-clés : Phase de latence, moyens non pharmacologiques, atténuation douleur, sage-femme.

ABSTRACT

Objective

Support for pain management in the latency phase differs between midwives. All this aspect isn't in the form of protocol in maternities. Midwife decides what solution is the best to alleviate the patient with non-pharmacological means, by combining support, comfort and work progress. Thus, we wanted to know how midwives help handle pregnant women pain, in order to have a consideration on our practice.

Methods

We set up a qualitative study by 14 interviews, performed among 7 midwives practicing in seven maternity and 7 liberal midwives practicing childbirth, ward of Ile-de-France (France). These interviews were conducted from March to July 2019.

Results and conclusion

Midwives know different methods that support painful women. They use several materials supplied in their workplace, but also their complementary formations to alleviate pain with work progress. However, they can't help the same way all pregnant women. Indeed, the lack of time and overwork in hospital highly impact their availability. On the contrary, liberal midwives, who have less time management constraints, have more facilities to know the desires, expectations and fears of the couple.

Keywords : lag phase, non-pharmacological means, pain alleviation, midwife.

INTRODUCTION

Au début des années 80, l'analgésie péridurale (APD) apparaît dans les hôpitaux français. L'engouement est rapide, une simple injection de produits anesthésiques réduit fortement les douleurs de l'accouchement tout en laissant les femmes conscientes. Elles y voient une libération : le taux de péridurale est multiplié par dix en quelques années, passant de 3,9 % en 1981 à 48,6 % en 1995. Son utilisation devient quasiment systématique en France, 82,2% des femmes y ont eu recours en 2016 [1].

D'un point de vue obstétrical, selon les recommandations, il n'existe pas de dilatation minimale du col de l'utérus requise pour son utilisation. Cependant, il fut décidé par consensus entre les anesthésistes, d'attendre 3 centimètres de dilatation, la pose précoce augmentant la durée de l'accouchement [2].

Ces 3 centimètres de dilatation se trouvent au milieu de la phase de latence, dans le premier stade du travail. Cette dernière commence dès les premières contractions régulières et/ou rythmées, douloureuses ou non, avec ou sans modification du col [8]. Sa définition n'a cessé d'évoluer, allant jusqu'à 3-4 cm selon les courbes de Friedman en 1954, aux 5-6 premiers centimètres de la dilatation du col aujourd'hui. Sa durée moyenne selon lui, est différente entre la primipare (9 heures) et la multipare (5 heures et 30 minutes) [3].

Cette période variant d'une femme à l'autre, il est nécessaire de les soutenir. Les femmes ont tendance à oublier leurs réflexes primitifs même s'ils sont instinctifs. Il est aujourd'hui fortement recommandé d'assister aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) pour se préparer à la venue de l'enfant. La Haute Autorité de Santé (HAS) définit les objectifs et le contenu des séances prénatales [4], sous forme d'entretiens, d'échanges, avec une approche corporelle, théorique et psychologique. Ils tiennent compte des désirs, des émotions et des perceptions des femmes par une personnalisation de l'accompagnement [5].

En effet, selon Platon, la maïeutique consiste à faire accoucher les esprits de leurs connaissances, pour faire exprimer un savoir caché en soi [6]. Les parturientes savent faire, les sages-femmes les accompagnent, les encouragent et les guident. C'est pourquoi, dès le

début de la mise en travail, elles vont les aider à gérer leur phase de latence en proposant des moyens non pharmacologiques pour atténuer leur douleur et faciliter l'avancement de la dilatation cervicale. Ils sont nombreux, et aujourd'hui proposés dans quasiment tous les hôpitaux français [7][8]. Notre étude a donc pour but de connaître cet accompagnement des parturientes douloureuses en phase de latence.

I. PREMIERE PARTIE - Données de la littérature

1. Historique de la gestion de la douleur

1.1 - Dick-Read, fondateur de l'hypnonaissance

Il aura fallu attendre les années 1930 pour voir apparaître en Angleterre la mise au point d'une première méthode non pharmacologique d'atténuation des douleurs obstétricales. Grantly Dick-Read, accoucheur londonien condamne l'accouchement « scientifique » sous anesthésie générale largement pratiqué de son temps dans les pays anglo-saxons [9]. Pour lutter contre cette médicalisation, il fonde l'hypnonaissance. Il propose de briser le cycle peur-tension-douleur ; selon lui la peur entraîne une tension des muscles, en particulier de l'utérus, causant la douleur. Pour diminuer cette dernière, il faut supprimer la peur en préparant la femme à accoucher et en lui expliquant les étapes du déroulement du travail. Il faut également lui enseigner la pratique de relaxation, pour apprendre à faire preuve de patience et de contrôle de soi [10].

1.2 - Velvoski et Nikolaiev, inventeurs de la psychoprophylaxie

Une vingtaine d'années plus tard, en URSS, le psychiatre Velvoski développe la psychoprophylaxie, une méthode pour atténuer les douleurs obstétricales sans recourir aux anesthésies et analgésies médicamenteuses. La méthode soutenue par l'obstétricien A.P Nikolaiev, repose sur le fait que l'accouchement est un acte physiologique, qui n'est pas, selon lui naturellement douloureux. Ce dernier organise à Leningrad des séances de

préparation dans lesquelles il enseigne des exercices de respiration, de massages, de marches légères, pour permettre aux parturientes de déconnecter leur cortex des sensations douloureuses de l'utérus de manière à ne plus éprouver la douleur. Selon les médecins, alors seuls juges de l'efficacité de la méthode, 83 % des femmes ont obtenu de bons résultats [1].

1.3 - Lamaze, importateur de l'accouchement sans douleur

Il faudra ensuite attendre 1952 pour que cette méthode d'accouchement sans douleur (ASD) arrive en France. En effet, Fernand Lamaze, directeur de la maternité de la clinique des Métallurgistes de la Confédération Générale du Travail, rue des Bluets à Paris, décide de l'expérimenter suite à son passage dans la clinique de Nikolaïev en 1951. Il adapte la méthode de A. P Nikolaïev et définit trois principes de bases. Il faut tout d'abord une « éducation physique » comprenant 6 séances de préparation. Puis les parturientes bénéficiaient d'une instruction pédagogique de l'accouchement par des schémas et films destinés à éliminer la peur de l'inconnu et de la douleur. Et pour finir, une éducation psychique leur était inculquée pour agir sur l'anxiété et éliminer les fausses croyances de l'accouchement. Il enseigne également à son personnel l'importance du soutien et de l'accompagnement lors du travail. Ce fut un réel succès pour la maternité des Bluets [11].

2. Le renouveau des méthodes

A partir des années 70, de nouvelles méthodes émergent, on expérimente d'autres techniques de relaxation moins directives.

2.1 - Nouvelles méthodes physiologiques

Au début du XXI^{ème} siècle, les risques connus de l'anesthésie et certaines pratiques religieuses font connaître un regain en faveur de l'accouchement sans douleur, au nom de son caractère « naturel ». Il apparaît d'autres méthodes, plus adaptées aux désirs actuels des femmes.

2.1.1 - Frédéric Leboyer, initiateur du chant prénatal

Au début des années 70, Frédéric Leboyer, outré à l'idée que les nouveaux-nés n'aient pas de conscience, instaure l'accueil sans violence du nouveau-né, dans un environnement calme où les soins non urgents sont repoussés afin de favoriser la rencontre avec ses parents, notamment grâce au peau-à-peau. Quelques temps après, il s'intéresse à la douleur des femmes pendant le travail. Il remarque que face à la peur et à la douleur, les femmes bloquent leur respiration par réflexe. Il s'inspire du tai-chi, un des arts martiaux chinois, pour la profondeur et la continuité des mouvements qui le compose. Il enseigne aux femmes quels mouvements faire et comment chanter pour que la respiration accompagne la naissance en diminuant les douleurs ; « *Lorsqu'elles chantent, les femmes recommencent à respirer. Et si la respiration est lente et vivante, ça transforme l'accouchement en orgasme.* » [12]. Il leur apprend le raga, issu de la musique hindoustane et les accompagne à la Tempura, instrument de musique indien. Il s'associera avec Marie-Louise Aucher, créatrice de la psychophonie et du chant prénatal, pour ouvrir la première maternité chantante à Pithiviers.

2.1.2 - Michel Odent et l'immersion dans l'eau

En 1983, Michel Odent, chirurgien gynécologue français à l'hôpital des Pithiviers développe les piscines d'accouchement. En cherchant à diminuer l'utilisation des médicaments pour lutter contre la douleur et connaissant les propriétés relaxantes de l'eau, il

utilise une piscine gonflable de jardin à la maternité. Il observe que cela faisait chuter le taux d'adrénaline et augmenter le taux d'ocytocine, indispensable à la naissance de l'enfant. Par ailleurs, il remarque que la douleur des contractions diminuait dans l'eau. Il s'intéresse à la notion d'environnement idéal à l'accouchement pour assurer le fonctionnement optimal du corps (cf 2.3 - Prise en compte de l'environnement) [13].

2.1.3 - Méthode Bonapace, neurophysiologie de la douleur

Dans les années 90, au Canada, Julie Bonapace développe une méthode non pharmacologique pour réduire la douleur de l'accouchement. Cette dernière est fondée sur la neurophysiologie de la douleur et promeut la participation du partenaire. Elle comporte trois objectifs : la diminution de la douleur durant le travail, l'accouchement par une méthode non pharmacologique et la participation active du partenaire [14].

Pour soulager la douleur, le corps utilise des mécanismes endogènes (cf 2.3 - Prise en compte de l'environnement). La méthode Bonapace enseigne trois mécanismes pour la gérer. Le premier est la théorie du portillon qui consiste à envoyer deux messages simultanément au cerveau pour entraîner une atténuation voir un blocage partiel du message de la douleur. Le partenaire ou la sage-femme masse donc le sacrum, la hanche ou le piriforme pendant ou entre deux contractions pour détendre la femme. Le deuxième mécanisme est la stimulation des zones gâchettes. Elle consiste à provoquer une douleur hors des zones douloureuses en effectuant des stimulations profondes sur des points précis d'acupression. Ils se localisent dans les creux et correspondent à des zones réflexes. Leur stimulation provoque une sensation d'engourdissement ou de décharge électrique. Pour équilibrer les sensations, ils doivent être massés à tour de rôle de chaque côté du corps. Ainsi, les endorphines sont sécrétées partout sauf à l'endroit de la zone stimulée, pour inhiber partiellement la douleur de la contraction. Et enfin, le troisième mécanisme réside dans le conditionnement des centres supérieurs, par un contrôle de la pensée. Le couple apprend à respirer, à se relaxer et à utiliser la visualisation ou imagerie mentale pour désamorcer le cycle peur-tension-douleur. Les femmes sont informées des mécanismes de la douleur et de son évolution au cours du travail et de l'accouchement afin de limiter les angoisses et les images négatives [15].

2.1.4- Bernadette de Gasquet, l'approche posturo-respiratoire

Quelques années après, au début des années 2000, le docteur et professeur de yoga Bernadette de Gasquet développe une approche posturo-respiratoire visant à maintenir ou rétablir la physiologie de l'accouchement. Elle est enseignée aux parturientes dès le début de la grossesse. Les femmes enceintes doivent apprendre à ne pas appréhender la douleur en adaptant leur respiration et leur position au travail.

Bernadette de Gasquet observe que la respiration dépend de la posture. La parturiente doit se servir du souffle pour redresser, infléchir, assouplir le rachis, mobiliser les côtes, alléger et renforcer le plancher pelvien. L'enseignement de cette respiration permet d'augmenter la mobilité diaphragmatique et costale pour ventiler le corps efficacement sans apporter d'hyperpression abdominale.

Les exercices corporels permettent de se détendre et de se dynamiser. Ils sont adaptés à la physiologie du travail et sont toujours coordonnés avec la respiration. Il est nécessaire de libérer le sacrum en bougeant le bassin pendant la première phase de latence. Pour cela, la méthode Gasquet utilise des sangles de suspensions ou encore l'utilisation de ballon ou galette [16].

2.2 - Moyens mis à disposition

Les hôpitaux de niveaux I, II ou III n'ont pas tous les mêmes moyens mais nous retrouvons forcément des possibilités pour atténuer la douleur pendant la phase de latence.

Les sages-femmes pourront proposer aux femmes douloureuses en phase de latence l'immersion dans l'eau [17], les massages, la déambulation [18], le ballon [19], la galette ou encore la relaxation [20], l'hypnose et l'acupuncture [21]. Elles pourront leur rappeler les principes et explications donnés lors des cours de PNP. Autrement, elles expliqueront les étapes du déroulement du travail et donneront des conseils pour gérer la douleur.

2.3 - Prise en compte de l'environnement

Par ailleurs, il est aussi nécessaire de prendre en compte l'environnement. Selon Michel Odent ou encore Ina May Gaskin, les femmes doivent accoucher dans un lieu intime et silencieux, dans la pénombre, avec une température ambiante dépendant de leur goût. Ces conditions permettent la mise en veille du néocortex afin de libérer les hormones indispensables à l'accouchement, l'ocytocine et les endorphines [22].

L'environnement médical est mis de côté afin de mettre les femmes en confiance. En effet, une ambiance calme et intime peut conduire à une libération d'hormones favorisant l'avancée du travail. Le rire et les massages permettent la sécrétion d'endorphines, qui diminuent la douleur et le stress. La confiance en soi et en l'équipe, la verticalité et la mobilité permettent la libération d'ocytocine, qui provoque les contractions. La pénombre, le calme et l'intimité permettent l'éjection de mélatonine, qui agit également sur la libération de l'ocytocine.

A contrario, une lumière vive, une trop grande intrusion ou encore la peur et le stress provoque la sécrétion d'adrénaline, qui en augmentant le rythme cardiaque et respiratoire, ralentit le travail dans le but de combattre ou fuir. Un niveau élevé d'adrénaline peut provoquer l'arrêt du travail ou du moins la diminution de libération d'ocytocine [23].

Les sages-femmes doivent assurer un soutien continu pendant le travail [24]. Afin de les aider à se familiariser avec cette approche physiologique, la HAS a édicté en 2017 de nouvelles recommandations de bonnes pratiques concernant les aspects importants de la prise en charge des parturientes [8].

3. Recommandations de bonnes pratiques de la HAS

3.1 - Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) - Nov 2015

La préparation à la naissance est approuvée pour la première fois par une haute autorité en 1956. Le pape Pie XII reconnaît que l'accouchement sans douleur ne va pas à l'encontre de la morale chrétienne. Parallèlement, l'Assemblée Nationale adopte le projet de

remboursement des six séances préparatoires de Fernand Lamaze. Elle a donc comme fondement la psychoprophylaxie obstétricale, qui laisse sa place aujourd'hui à la PNP [11].

Historiquement, la préparation à la naissance était centrée sur la prise en charge de la douleur. En 2015, la HAS l'oriente vers un accompagnement global du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance. Elle incorpore les principes des méthodes de Grantly Dick-Read et Fernand Lamaze.

Elle propose donc une approche plus humaniste de la naissance en prenant compte des désirs, émotions, perceptions de chaque femme ainsi que son contexte de vie et son environnement. Elle contribue à renforcer l'estime de soi, le sens critique, la capacité de prise de décision et la capacité d'action de la femme ou du couple.

La PNP se compose aujourd'hui de 8 séances dont l'entretien pré-natal précoce, prises en charge par l'assurance maladie [4].

3.2 - Accouchement normal - Déc 2017

Lors du premier stade de travail, dans le cas d'interventions non médicamenteuses, la HAS recommande de faire bénéficier toutes les femmes d'un soutien continu, individuel et personnalisé, adapté à leur demande. Il faut accompagner ces femmes dans leur choix en terme de moyens non médicamenteux souhaités pour prendre en charge la douleur (immersion, acupuncture, relaxation, hypnose ou massage) [8].

4. Les méthodes actuelles de PNP

4.1- La psychoprophylaxie obstétricale

La psychoprophylaxie obstétricale reconnue officiellement par la HAS en 1956 demeure la préparation dite classique. Elle comporte les grands principes des méthodes de Grantly Dick-Read et Fernand Lamaze.

Elle comprend des cours théoriques, d'informations et d'éducation sur le déroulement de la grossesse, le travail, l'accouchement ou encore les grands principes de la prise en charge

d'un nouveau-né. Elle inclut également des exercices physiques, posturaux et respiratoires, et de la relaxation afin de préparer la femme de manière complète sur les plans aussi bien physique que psychologique [10].

4.2 - La sophrologie

Contrairement à la psychoprophylaxie obstétricale, la sophrologie fondée par le Docteur Caycedo en Espagne dans les années 60, ne comprend pas de cours théorique sur les changements morphologiques dus à la grossesse.

Elle développe l'étude de la conscience et des moyens permettant d'obtenir l'équilibre et l'harmonie du corps et de l'esprit. Le principe repose sur l'identification de trois états de conscience (ordinaire, pathologique, sophronique) et de trois niveaux de conscience (veille, sommeil, seuil sophro-luminal). Le but de cette préparation est d'arriver à atteindre l'état sophronique ou le niveau de conscience sophro-luminal pendant l'accouchement.

Ainsi, la sophrologie permet la relaxation dynamique, agit sur le tonus musculaire et exerce une activité bénéfique sur le psychisme. Elle permet de mieux maîtriser ses émotions afin de vivre pleinement l'accouchement sans le subir. En effet, la relaxation a pour but de prendre confiance en soi, de vaincre les peurs et de gérer la douleur [25].

4.3 - La préparation aquatique

La préparation aquatique, complètement différente des autres PNP, s'effectue en piscine. Elle est dans la continuité de la méthode de Michel Odent (cf 2.1.2 - Michel Odent et l'immersion dans l'eau).

Elle enseigne des exercices bénéfiques pour la grossesse mais aussi pour le travail. En effet, de nombreux hôpitaux disposent aujourd'hui d'une baignoire dans la salle d'accouchement. Cette baignoire peut servir pour le début de la dilatation, et voir dans certains hôpitaux il est possible d'y accoucher.

Les mouvements enseignés pendant les cours, à l'aide de planches, tapis, frites ou encore exercices en apnée, favorisent la relaxation. Le milieu aquatique permet de développer

les capacités respiratoires, permettant grâce à des respirations profondes, de mieux oxygéner les fibres musculaires de l'utérus et donc d'atténuer la sensation de douleur. Il permet également de préparer à l'ouverture du bassin, en assouplissant les ligaments [26].

4.4 - Le yoga

La préparation à la naissance par le yoga quant à elle, est proche de la philosophie de Bernadette de Gasquet (cf 2.1.4- Bernadette de Gasquet, l'approche posturo-respiratoire)

Elle vise à créer une harmonie entre le corps et l'esprit. Cette discipline inspirée de la philosophie orientale apprend à la parturiente à maîtriser des postures soulageantes. Elle permet à la femme d'utiliser des techniques respiratoires facilitant le relâchement des muscles pelviens. Cette préparation comporte de nombreuses positions, dont la fameuse position du papillon, « Mulapitabhadhasana » en sanskrit : « Mula » signifie racine, « Pita » père (sous-entendu, l'énergie masculine) et « Bhada » contraction. Elle stimule le Muladhara, le premier des sept principaux chakras, également appelé « chakra de la racine » . Il est situé dans le coccyx. Cette position favorise l'ouverture du bassin et des os iliaques en apportant plus de flexibilité aux genoux, aux articulations coxo-fémorales et au périnée.

Le yoga aide à développer la confiance en soi ce qui facilite le travail et permet de mieux vivre la douleur de l'accouchement [27].

4.5 - Le chant prénatal

Le chant prénatal développé par Marie-Louise Aucher, fondatrice de la psychophonie fut largement utilisé par Frédérick Leboyer (cf 2.1.1 - Frédérick Leboyer, initiateur du chant prénatal).

Le principe repose sur l'émission de sons graves, qui raisonnent dans la partie inférieure du corps (les sons aigües raisonnant dans la partie supérieure). En effet, physiologiquement le bassin de la femme sert de caisse de résonance et amplifie la transmission des sons. Les ondes sonores sont conduites par le liquide amniotique et atteignent les transmissions nerveuses du fœtus. Ces vibrations le massent et le détendent.

Ainsi, lors du travail les sons émis en même temps que les contractions tels que le « o » ou le « a » décontractent et facilitent la descente du bébé. De plus, le chant prénatal permet une prise de conscience du corps dans la détente et l'éveil [28].

5. Agir sur la douleur pendant la phase de latence

5.1 - Agneta Westergren et al. « Autonomous and dependent - the dichotomy of birth : a feminist analysis of birth plans in Sweden »

Paru en janvier 2019 dans la revue *Midwifery*, cet article est basé sur une analyse qualitative des projets de naissance de 132 femmes. Ces dernières souhaitent principalement une naissance « naturelle », soutenue par une sage-femme. Elles privilégient un modèle de soins axé sur elles et basé sur l'interaction étroite entre la parturiente, son partenaire et la maïeuticienne. En effet, pour avoir la sensation de posséder le contrôle de la situation, elles souhaitent travailler en équipe. Elles deviennent donc dépendantes du père par son soutien et sa présence, mais aussi de la sage-femme par son soutien pratique et émotionnel. Elles ont besoin des explications concernant chacune des étapes se déroulant dans leur corps pour arriver jusqu'à la naissance.

En premier choix, la plupart des femmes souhaite utiliser des méthodes non pharmacologiques pour soulager les douleurs. Elles citent des techniques de respiration, relaxation, yoga, massage, utilisation d'eau chaude ou encore acupuncture. Elles veulent rester libres de leurs mouvements. Une atmosphère calme à base de musique et de lumières tamisées est préférée par les parturientes.

Les entretiens révèlent également la nécessité que la sage-femme soit sensible aux besoins du couple et inclue le partenaire à chaque étape du processus afin de créer un sentiment de solidarité.

Les sages-femmes doivent être conscientes de l'ambiguïté de la dépendance des parturientes à leur égard et du pouvoir qu'elles ont pour influencer les choix et le vécu de la naissance. Elles doivent travailler en équipe avec le couple, pour « être avec eux » et ne pas décider à leur place [29].

5.2 - Angelita José Henrique RN et al. « Non-pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety, and neuroendocrine stress parameters : A randomized controlled trial »

Cet essai randomisé sépare 128 femmes en travail en trois groupes : un premier groupe utilisant l'hydrothérapie par douche chaude (GA), un deuxième utilisant des exercices périnéaux avec un ballon (GB) et un troisième combinant les deux méthodes (GC).

Les auteurs montrent dans le premier groupe GA des modifications cliniques et neuroendocriniennes pendant le travail avec une réduction de la douleur, des niveaux de cortisol et d'ocytocine. L'hydrothérapie est donc une forme de gestion de la douleur qui peut être utilisée à la place de l'analgésie.

Dans le deuxième groupe GB, l'étude montre une réduction d'interventions et de médicaments pour soulager la douleur. Les exercices périnéaux au ballon sont liés à la relaxation, à la progression du travail, au soulagement de la douleur, à la liberté de mouvement et une réduction du premier stade de naissance.

Par ailleurs, les auteurs insistent sur l'importance de diminuer le stress, la peur, l'anxiété ou la sensation de perte de contrôle. Le but est de réduire la libération de catécholamines et d'augmenter celle d'endorphines afin de permettre l'avancée du travail. En effet, les catécholamines (adrénaline) provoquent une diminution de l'activité utérine, en inhibant la libération de β -endorphines. Les endorphines quant à elles entraînent une diminution de la douleur et du stress, et favorisent ainsi la libération d'ocytocine et donc la stimulation de l'activité utérine et la dilatation cervicale.

En conséquence, les douches chaudes et les exercices périnéaux doivent être considérés comme des alternatives thérapeutiques adjuvantes pour soulager la douleur, l'anxiété et le stress pendant l'accouchement. Les auteurs concluent que les méthodes non pharmacologiques sont utiles pour leurs effets bénéfiques lors du travail [30].

A l'issue de ce tour d'horizon des données de la littérature des méthodes non pharmacologiques pour gérer la douleur, ce travail va se concentrer sur :

Comment les sages-femmes accompagnent-elles les parturientes douloureuses en phase de latence par des moyens non pharmacologiques ?

II. SECONDE PARTIE - ETUDE

1. Matériel et méthode

1.1 - Objectif et hypothèses

L'objectif de notre mémoire était de savoir comment les sages-femmes accompagnent les parturientes douloureuses en phase de latence par des moyens non pharmacologiques, afin d'émettre une réflexion sur nos pratiques pouvant aboutir à de possibles axes d'amélioration.

Nos hypothèses étaient les suivantes :

- L'organisation du travail ne permet pas aux sages-femmes de faire pleinement profiter les parturientes des moyens non pharmacologiques ;
- La formation des sages-femmes concernant l'accompagnement de la phase de latence est moins approfondie que celui de la phase active.

1.2 - Type d'étude, outils utilisés et thématiques recueillies

Afin de confirmer ou d'infirmer les hypothèses émises, nous utiliserons une enquête qualitative basée sur des entretiens semi-directifs dont la grille d'entretien était divisée en quatre parties, permettant l'exploration des thématiques suivantes [Annexe 1] :

- Renseignements généraux : âge, pays de formation, nombre d'années d'études, nombre d'années d'exercice, lieux d'exercice passé(s) et actuel ;
- L'accompagnement en phase de latence : définition de la phase de latence, accompagnement d'une parturiente douloureuse (différences, difficultés), utilisation et avantages de moyens non pharmacologiques présents dans la maternité ;

- L'environnement et la prise en charge : endroit(s) dédié(s) pour accueillir la parturiente douloureuse, avis sur son utilité, satisfaction de la prise en charge, existence d'un lien entre environnement et avancement du travail ;
- Formation des sages-femmes : formation initiale et prise en charge de ces parturientes douloureuses, formation(s) complémentaire(s) dans l'accompagnement de la douleur ;

Cette grille a été testée auprès de 3 sages-femmes dont les critères correspondaient à notre population. Ces entretiens n'ayant pas conduit à des modifications de notre outil, ils ont été intégrés à notre étude.

1.3 - Obligations réglementaires et éthiques

Les entretiens se déroulant auprès de professionnels de santé, nous avons sollicité l'accord écrit des participants et des cadres si les entretiens se déroulaient au sein de leur établissement. Une autorisation d'enregistrement a été également demandée aux participants. Cela nous a permis de posséder une retranscription exhaustive, totalement objective de ceux-ci. Toutes les données ainsi obtenues furent anonymisées. De plus, il était précisé à toutes les sages-femmes que les enregistrements seraient détruits une fois le mémoire terminé [Annexe 2].

1.4 - Modalités de recueil et population sélectionnée

Au total, 14 entretiens ont été menés entre mars et juillet 2019 en Ile-de-France au sein de 7 maternités de niveaux I, II A et B ou III et de 7 sages-femmes libérales pratiquant des accouchements. Il était fixé comme objectif d'avoir deux groupes, sages-femmes libérales et sages-femmes hospitalières.

Les critères d'inclusion de notre population d'étude étaient : des sages-femmes diplômées d'état, travaillant en milieu hospitalier ou en libéral et pratiquant des accouchements. Elles étaient issues de formations initiales prodiguées dans différents pays. Par ailleurs, certaines ont une ou des formations complémentaires, comprenant l'hypnose, la sophrologie, l'acupuncture, l'acupression ou encore les méthodes de Gasquet ou Bonapace.

Elles étaient aussi des niveaux d'expériences différents, jeunes diplômées ou en fin de carrière. Elles ont été recrutées sur le principe du volontariat et pouvaient se rétracter à tout moment.

L'accord de participation et d'enregistrement a été récupéré. Les entretiens ont duré entre 20 et 35 minutes. Une retranscription d'un entretien se trouve en Annexe 3.

1.5 - Analyses des entretiens

Après retranscription, les réponses aux différentes questions posées lors des entretiens ont été analysées question par question en effectuant des croisements entre les entretiens afin d'obtenir, d'une part des récurrences dans les discours et voir apparaître les groupes d'idées les plus forts, et d'autre part les spécificités et les exceptions discursives.

Nous avons choisi d'analyser les entretiens en regardant d'abord la population d'étude. Dans un second temps nous avons caractérisé les lieux d'exercices de nos sages-femmes interrogées. Puis, nous avons relevé comment elles accompagnaient la douleur en phase de latence par des moyens non pharmacologiques. Et pour finir, nous avons étudiés le point de vue des sages-femmes sur leur prise en charge, leur formation initiale et complémentaire(s) à la physiologie.

2. Résultats et discussion

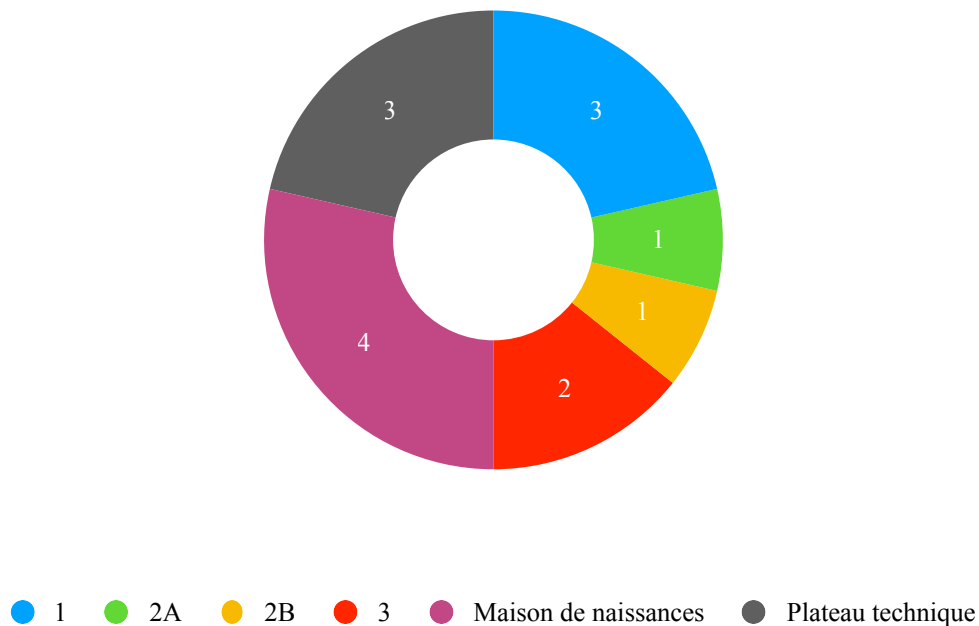
2.1 - Description générale de la population d'étude

Figure 1. Âges et années exercées par les sages-femmes

Âges (années)	Nombre sages-femmes	Années exercées (années)	Nombre sages-femmes
[20-30 [4	0-5	4
[30-40 [6	6-15	4
>40	4	>15	6

Les participants à notre étude sont toutes des femmes. Leur moyenne d'âge est de 36 ans, avec des extrêmes allant de 26 à 62 ans. Leur expérience professionnelle est comprise entre 3 et 41 ans avec une moyenne de 15,6 ans.

Figure 2. Répartition des sages-femmes en fonction de leur lieu d'activité



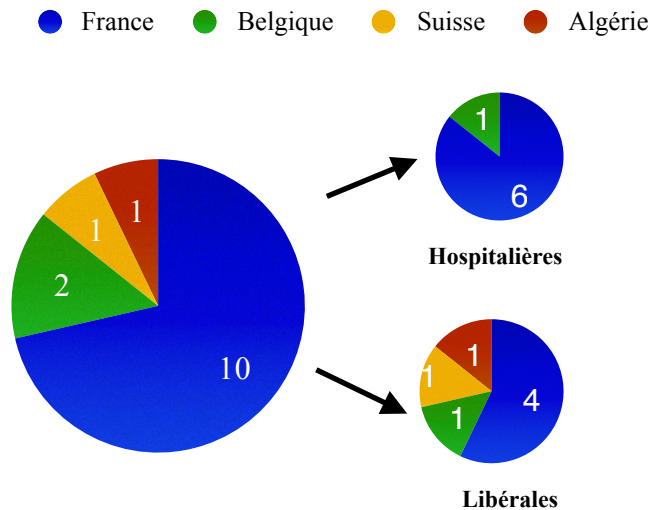
Les sages-femmes sont réparties de façon égale dans les groupes hospitalier et libéral.

Seulement quatre d'entre elles ont travaillé dans le même établissement depuis leur diplôme, les dix autres ont changé au minimum une fois de niveaux de maternité ou d'exercice (libéral).

Ces professionnelles exercent dans des maternités publiques de niveaux différents ainsi qu'en libéral où les accouchements s'effectuent en maison de naissance ou en plateau technique (Figure 2).

Elles sont également issues de pays de formation différents.

Figure 3. Pays de formation



Les sages-femmes belges et suisse ont bénéficié de la reconnaissance automatique du diplôme par le Conseil de l'Ordre des sages-femmes [32]. La sage-femme formée en Algérie, quant à elle, a dû solliciter une demande d'autorisation d'exercice auprès du Centre national de gestion afin de pouvoir exercer la profession de sage-femme. Elle a passé une équivalence de son diplôme pour pouvoir exercer en France [33]. Elles peuvent donc toutes exercer de la même manière que les sages-femmes diplômées dans notre pays.

2.2 - Caractéristiques du lieu d'exercice

Toutes les sages femmes interrogées utilisaient l'espace physiologique ou salle nature présente à l'hôpital. Elle contient une baignoire, un lit plus ou moins médicalisé selon les endroits (lit d'hôpital classique et/ou lit double rectangulaire ou rond), avec suffisamment d'espace pour se déplacer, faire du ballon et éventuellement pour pouvoir utiliser les lianes de suspension. De plus en plus utilisées, les salles natures n'étaient présentes que dans 40% des maternités en 2016 [34].

En cas d'indisponibilité de cette salle, en milieu hospitalier, elles utilisaient les salles de pré travail disponibles, moins riches en matériel mais plus nombreuses (2 par maternité en moyenne [34]). En effet, toutes ne disposaient pas de l'intégralité du matériel. Cette disparité peut s'expliquer facilement : les salles de pré-travail ne servent théoriquement pas pour accoucher.

Pour les mêmes raisons, les sages-femmes libérales préféraient la chambre en suites de couches (où elles pouvaient utiliser la douche), à la salle de pré-travail. Cependant, elles laissaient choix à la parturiente d'aller là où elle se sentait le plus en sécurité.

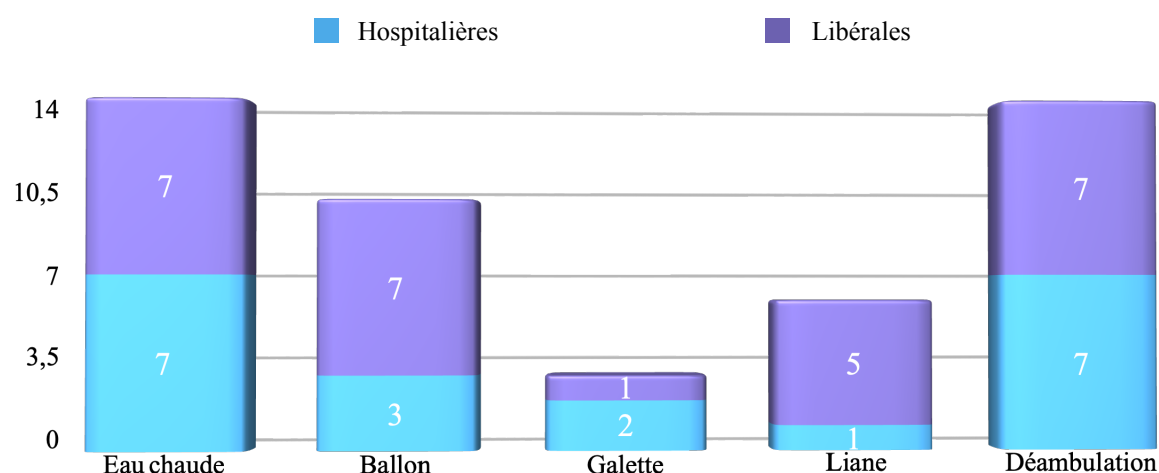
L'intérêt de ces lieux particuliers a été également étudié au Danemark. Ils ont observé l'influence du lieu de naissance sur les expériences de naissance des femmes et la perception des soins dans deux unités de sages-femmes autonomes (UFA) et deux unités d'obstétrique (OU). L'expérience à la naissance et la satisfaction à l'égard des soins ont été notées de manière beaucoup plus positive par l'UFA que par les femmes de l'OU [35].

Ces problématiques de salle nature ou de pré-travail ne se posent pas dans les maisons de naissance où elles sont aménagées de façon la moins médicalisée possible, pour que la parturiente s'y sente comme chez elle. Elle aura tout le matériel disponible, peu importe la pièce libre dans la maison de naissance. Cependant les places y sont rares compte tenu de leur faible présence sur le territoire (9 en France) [36].

2.3 - Accompagnement de la douleur

Nous avons pu observer que toutes les sages-femmes interrogées utilisaient au moins un moyen non pharmacologique, sous forme matériel ou non, disponible sur le lieux d'exercice pour atténuer la douleur. Les sages-femmes utilisaient pour cela l'eau chaude, les ballons, galettes et lianes disponibles dans leur lieu d'exercice. Elles proposaient également la déambulation.

Figure 4. Utilisation des moyens d'atténuation de la douleur

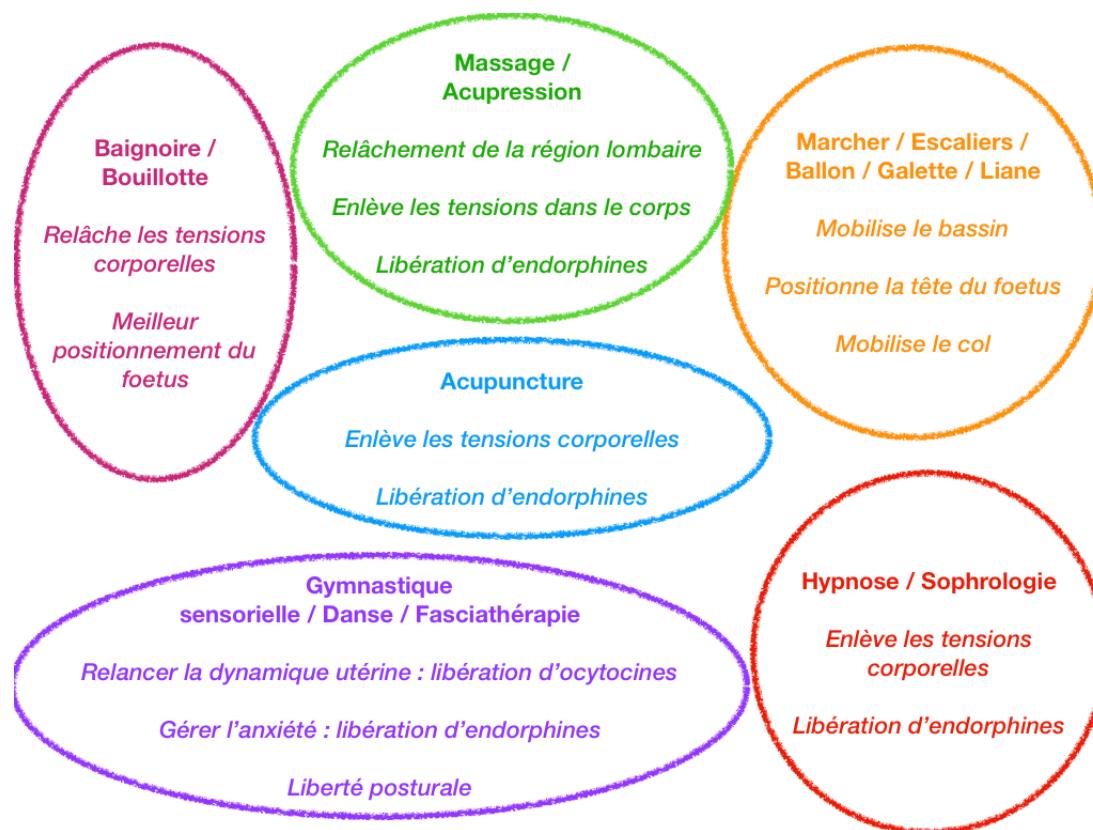


Nous pouvons observer une différence entre les sages femmes libérales et hospitalières. Ces dernières n'avaient pas toujours accès à l'intégralité du matériel (ballon, galette, liane) proposée dans les maternités. En effet, il existait plusieurs endroits où une femme pouvait être accueillie pendant sa phase de latence et donc du matériel spécifique à chacune de ces pièces. Les sages-femmes libérales quant à elles avaient toujours le matériel qu'elles voulaient puisqu'une salle leur était réservée et aménagée comme elles le souhaitaient dans les plateaux techniques ou maison de naissances.

Les ballons, l'eau chaude (baignoire ou douche) ainsi que la déambulation faisaient parties des moyens toujours utilisables quelque que soit le lieu disponible.

Les sages-femmes laissaient le choix aux parturientes, en leur expliquant les bénéfices de chacun. En effet, ces différentes techniques avaient toutes un rôle sur l'avancement du travail et/ou de la diminution de la douleur (cf figure 5.).

Figure 5. Liens entre utilisation matériel / formation(s) et avancement du travail



Les parturientes trouvaient toujours une affinité pour au moins un des moyens proposé.

Les explications des sages femmes peuvent également être complétées par les données de la littérature suivantes. En effet, la marche et la position debout réduisent la durée du travail et la nécessité de l'analgésie par péridurale [18]. Les exercices périnéaux au ballon sont liés à la relaxation, à la progression du travail, au soulagement de la douleur et à la liberté de mouvement, ce qui correspond aux dires de nos sages-femmes [30].

Par ailleurs, l'eau chaude permet un sentiment de sécurité, de détente et de contrôle. Grâce à la pression hydrostatique, la pression intra-abdominale est plus élevée et cela facilite la respiration et le changement de position de la future mère. De plus, l'eau permet aux tissus pelviens d'être plus flexibles et élastiques, ce qui réduit la douleur lors des contractions [37].

Les massages quant à eux peuvent réduire la douleur en interrompant la transmission des signaux de douleur et en modifiant la perception celle-ci. Ils stimulent la libération d'endorphines, de neurochimiques ou encore la régulation émotionnelle [38].

L'acupuncture et l'hypnose sont malheureusement deux techniques peu étudiées dans la littérature, il est montré avec de faibles à très faibles niveaux de preuves qu'elles diminuent la douleur [39]. Pourtant, elles étaient 5 sages-femmes sur 14 à pratiquer régulièrement l'hypnose et 3 à faire de l'acupuncture en trouvant cela très efficace sur les parturientes algiques (cf. Figure 10). En effet, cela les détendait, permettant la libération des endorphines, qui agissaient sur la douleur.

En outre, un lien entre environnement et avancement du travail serait également présent. Toutes les sages-femmes interrogées ont rapporté l'existence de ce lien. Elles insistaient sur la nécessité de les tenir toujours informées aussi bien des actes à faire que de l'avancée du travail. Elles avaient toujours le choix entre les moyens non pharmacologiques qui les aideraient à mieux gérer leur douleur.

« Le lien avec la patiente est essentiel pour que la patiente se sente à l'aise et libère des hormones, soit en confiance, et donc prenne confiance en elle et ses capacités. »

Entretien n°3

Des études montrent que des facteurs comme les attentes personnelles, le soutien des soignants, la relation entre la parturiente et la soignante et la possibilité de participer au processus de prise de décision jouent le rôle le plus crucial. Les soignants doivent être encouragés à prendre en considération les suggestions des femmes, car cela peut être un facteur fondamental de leur expérience. Chaque parturiente a des attentes, et l'identification des attentes, des demandes, des choix et des angoisses des femmes aide les sages-femmes à atteindre leur objectif, qui dans ce cas, est une expérience de naissance positive. Ainsi, une approche individuelle de chaque patiente doit être proposée afin d'améliorer l'expérience du travail des femmes [37].

Les sages-femmes essayaient également de créer un environnement positif à la patiente. Il doit lui ressembler ; elle doit se sentir en sécurité et se reconnaître dans le lieu. Le but étant la libération d'endorphines et d'ocytocines, en évitant la sécrétion d'adrénaline (cf 2.3 - Prise en compte de l'environnement)

« Le lieu qui lui convient permet la création d'endorphines en augmentant la sensation de bien-être. Il faut jouer sur les 5 sens : lumière tamisée, bruits tamisés ou musique selon les goûts, huiles essentielles pour relaxer (lavande, orange, menthe), gustatif (eau aromatisée, jus de fruit), massage. »

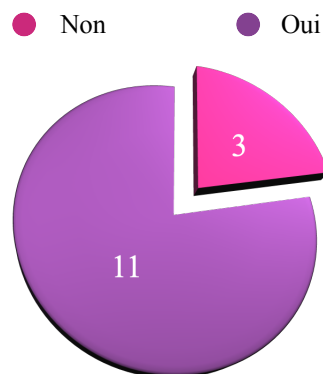
Entretien n°8

Ce conseil a également été promulgué par le Royal College of Midwives : « un environnement privé, non perturbé et sombre, où les femmes se sentent calmes et en sécurité, peut favoriser la libération d'ocytocine [...]. Lorsque cela n'est pas atteint, les femmes peuvent ressentir le syndrome peur-tension-douleur, gênant la progression du travail et provoquant une augmentation de la douleur (Dick-Read 2013) » [40].

2.4 - Point de vue des sages-femmes

2.4.1 - Accompagnement nullipare VS multipare

Figure 6. Différence d'accompagnement entre une nullipare et une multipare



Nous avons également remarqué que toutes les sages-femmes libérales n'accompagnaient pas de la même façon leur patiente en fonction de leur parité. Les autres, quant à elles, n'étaient pas d'accord sur cette différenciation, puisque 3 d'entre elles considéraient que l'accompagnement doit être le même pour toutes.

Ainsi, 11 sages-femmes trouvaient que les nullipares nécessitaient un plus grand accompagnement et une éducation du travail. En effet, pour la plupart, elles ne connaissent pas leur corps, il fallait donc prendre le temps de leur expliquer les bienfaits des différents moyens non pharmacologiques pour atténuer la douleur durant la phase de latence. Elles devaient trouver celui qui leur convenait le mieux. De plus, elles ne connaissaient pas les douleurs du travail et un accompagnement était nécessaire pour les aider dans la gestion de leurs émotions.

Cependant, elles étaient toutes d'accord sur le fait qu'une femme douloureuse, nullipare ou multipare avait besoin de se sentir soutenue, par la présence de la sage-femme, ses conseils, mais aussi l'autonomie qu'elle lui laissait dans les prises de décisions. La littérature dit même que les femmes ont indiqué que les conseils dirigés par des sages-femmes amélioraient leur confiance à l'accouchement grâce à l'information et aux connaissances. Les femmes ont ressenti un plus grand sentiment de calme et de préparation, ce qui a accru la tolérance à l'incertitude liée au processus d'accouchement [41]. Une revue de la littérature Cochrane démontre également qu'un soutien continu lors du travail diminue les besoins en analgésie [42].

2.4.2 - Prise en charge des parturientes

Nous avons pu remarquer que cet accompagnement des parturientes douloureuses n'est pas forcément réalisé comme le souhaiterait la sage-femme.

Tableau 1. Avis des sages-femmes sur leur prise en charge

<p>Satisfaction</p>	<p>Oui (9/14, comprenant les 7 sages femmes libérales),</p> <p><i>« Je possède beaucoup de liberté, je peux intervenir selon les envies de la femme » SF niveau IIA</i></p> <p><i>« J'ai toujours une remise en question de ma pratique professionnelle afin de l'améliorer sans cesse. Elles me rappellent que je ne fais qu'accompagner les femmes, elles savent accoucher, elles n'ont pas besoin de moi pour ça. Et en en faisant ça, elles me permettent de trouver le meilleur accompagnement possible. » SF libérale</i></p> <p>Mitigée (3/14)</p> <p><i>« Cela dépend de si c'est le jour ou la nuit : mon accompagnement dépend de ma forme et du nombre de patiente à prendre en charge. Il change donc selon l'activité du service. » SF niveau IIb</i></p> <p><i>« Je suis globalement satisfaite mais je subis les contraintes de l'hôpital (temps, pression ...) . » SF niveau III</i></p> <p>Non (2/14)</p> <p><i>« Je n'ai pas le temps ni l'entière liberté pour les accompagner correctement dans leur choix. La quantité de travail nous oblige à pousser leur travail » SF niveau III</i></p>
<p>Difficultés</p>	<p>Oui (7/14), d'après toutes les sages-femmes hospitalières</p> <p><i>« Manque de disponibilité et de liberté de mouvement dans la prise en charge, on doit suivre les protocoles de service et donc les durées de stagnation imposées par l'activité importante de l'hôpital. » SF niveau III</i></p> <p><i>« Oui tout d'abord à cause de la disponibilité, la patiente perd pieds sans accompagnement. Et au niveau de la relation patient : savoir les véritables souhaits du couple dépend du temps que j'ai. » SF niveau IIA</i></p> <p><i>« On manque de temps et de personnels pour les accompagner correctement. » SF niveau I</i></p> <p>Non (7/14), d'après toutes les sages-femmes libérales</p> <p><i>« L'accompagnement global permet une relation de confiance mutuelle »</i></p> <p><i>« L'accompagnement globale permis à la femme / au couple d'exprimer toutes ses angoisses et inquiétudes, donc la prise en charge de ces dernières s'est effectuée tout du long de la grossesse. Ma disponibilité permet de gérer les angoisses à tout moment. »</i></p>

Toutes les sages femmes hospitalières interrogées rencontraient des difficultés dans leur prise en charge des parturientes douloureuses, quelque soit le niveau de la maternité, leur niveau d'expérience ou leur pays de formation. Elles soulevaient principalement le manque de personnel (4/7) et/ou de disponibilité personnelle (7/7) pour accompagner la parturientes comme elles le souhaiteraient. Cependant, les difficultés énoncées plus haut n'avaient rendu que deux sages-femmes hospitalières insatisfaites de leur prise en charge. Trois autres professionnelles avaient émis des avis mitigés à cause de ces différents facteurs. Ainsi, seules deux des sept sages-femmes hospitalières étaient satisfaites de leur accompagnement.

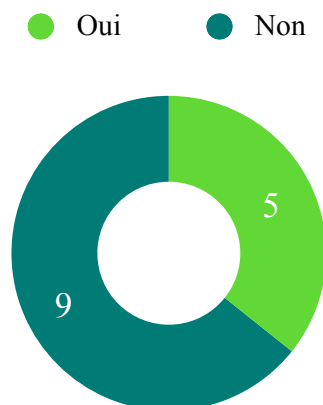
Les sages-femmes libérales pratiquant toutes de l'accompagnement global ont pu construire leur pratique professionnelle selon leurs envies. Elles n'étaient pas soumises à des protocoles de service comme à l'hôpital. Elles étaient ainsi toutes satisfaites de leur prise en charge des parturientes douloureuses puisqu'elles pouvaient l'adapter au cas par cas, et apprendre de chaque couple qu'elles ont pu rencontrer. Elles ont toutes rapporté s'enrichir de chaque accompagnement, et avoir eu l'occasion d'éliminer d'éventuelle(s) difficulté(s) en amont au fil des consultations grâce au lien de confiance élaboré. Elles avaient une disponibilité complète pour leur parturientes, que ce soit au moment des consultations (qui durent entre 45 minutes et 1 heure) ou par téléphone (elles pouvaient les joindre par sms ou à toute heure de vive voix dès lors qu'elles rentraient en phase de latence). Elles ne s'occupaient que d'une parturiente en travail à la fois et furent donc un soutien continu pour elle.

Nous n'avons malheureusement pas pu trouver d'autre avis récent sur les difficultés rencontrées par les autres sages-femmes françaises dans la prise en charge des parturientes douloureuses. Cependant, en 2005, l'enquête SF2004 mettait en évidence le sentiment d'une dégradation des conditions de travail au cours des cinq dernières années. 48 % des sages-femmes interrogées déclaraient que les conditions de travail s'étaient dégradées, 60 % s'en plaignaient dans les établissements publics de niveau III contre 56 % en niveau II et 52 % en niveau I [43]. Depuis, les conditions de travail ne se sont pas améliorées, le nombre d'accouchements par sage-femme augmentant toujours plus [31].

2.4.2 - Formation initiale des sages-femmes

Nous avons pu relever au cours de nos entretiens des avis divers sur la formation initiale des sages-femmes.

Figure 7. Satisfaction vis-à-vis de la formation initiale



Cette satisfaction vis-à-vis de la formation initiale est à nuancer en fonction du pays de formation et du nombre d'années d'expérience. En effet, si nous regardons en détail :

- sur les cinq sages-femmes satisfaites : trois étaient issues de formation européenne ou ont reçu l'équivalence française. Elles expliquaient que la formation suisse, belge et algérienne sont axées sur la physiologie, et peu sur la pathologie. Elles étaient donc selon elles, logiquement plus à l'aise que celles issues de notre formation ;
- Ainsi trois des quatre sages-femmes n'ayant pas été formées initialement en France étaient satisfaites de leur formation ;
- Et dans les sept sages-femmes hospitalières, 3 étaient satisfaites de leur formation initiale dont une formée en Belgique et une autre possédant 30 ans d'expérience (ayant donc pu adapter son niveau de satisfaction en fonction de ce critère). La troisième était satisfaite de sa formation initiale, car les nombreux stages lui ont permis sur le terrain même d'apprendre à accompagner la douleur d'une parturiente. Nous pouvons nuancer ces propos avec les autres sages-femmes qui étaient en accord avec elle pour dire que

les stages leur ont appris à gérer les parturientes, mais qui estimaient malgré tout que la formation initiale n'était pas totalement satisfaisante.

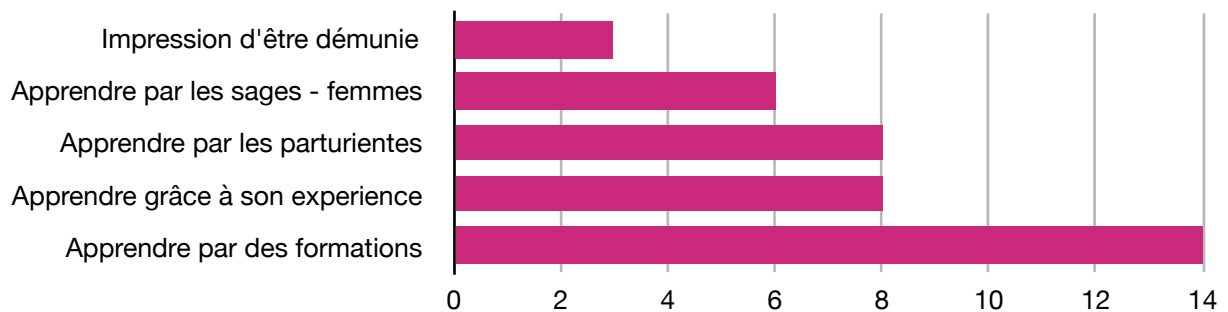
Cependant, nous avons pu relever des réponses revenant fréquemment lorsqu'elles expliquaient pourquoi elles n'étaient pas satisfaites de la formation initiale.

« La formation initiale permet de prendre en charge beaucoup de patientes de manière appropriée mais on ne peut pas faire de l'économie sur ça.

Les formations française ou belge apportent des bases différentes mais il faudrait un mix des deux (la prise en charge de la physiologie de la Belgique avec la prise en charge de la pathologie de la France). »

Entretien n°11.

Figure 8. Raisons de l'insatisfaction de la formation initiale



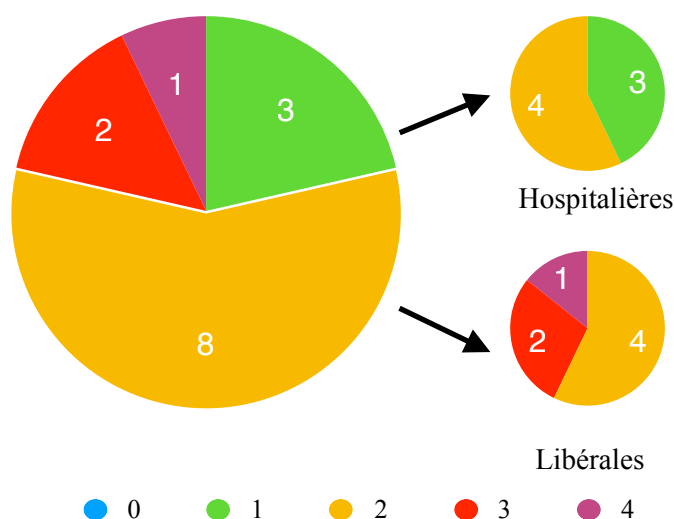
« Les étudiantes sont les petites mains. La formation initiale se focalise sur la technique qui rassure au niveau médico-légal et permet d'être opérationnelle à la sortie de l'école. On ne prend donc pas le temps au cours du cursus sur l'accompagnement. Les années de pratique et donc l'expérience permettent d'améliorer son accompagnement, d'accepter la physiologie de la dame et donc pouvoir se munir au niveau de son propre vécu et caractère. »

Entretien n°5.

2.4.2 - Formation(s) complémentaire(s) des sages-femmes

Toutes les sages-femmes interrogées ont effectué une ou plusieurs formation(s) complémentaire(s) afin d'accompagner au mieux ces parturientes douloureuses en phase de latence

Figure 9. Nombre de formations complémentaires par sage-femme



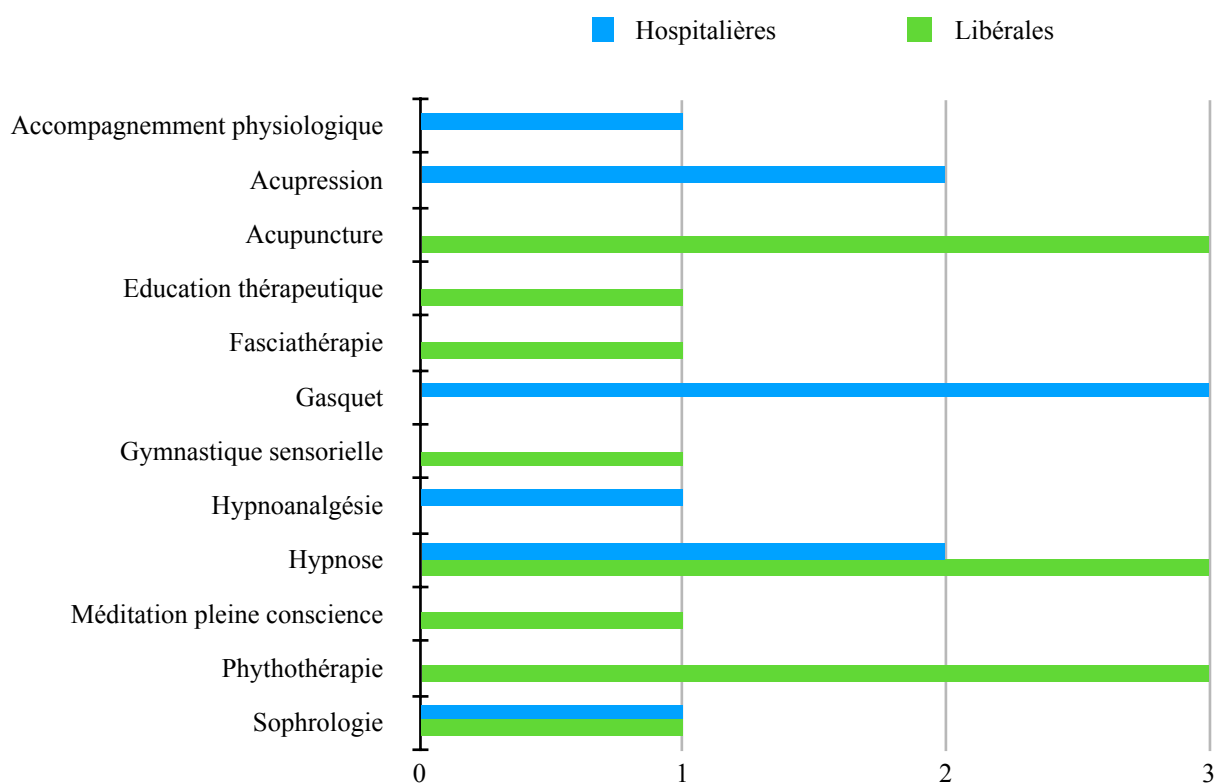
Il n'est pas étonnant que les sages-femmes possèdent au minimum une formation complémentaire sur la physiologie du travail. C'est un devoir déontologique dans le but de délivrer les soins les plus adaptés aux usagers. En effet, la sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu prévue par les articles L.4153-1 et L.4153-2 du code de la santé publique (CSP).

Dans la fonction hospitalière, elles effectuent une formation continue, qui d'après l'article L.4021-1 (CSP), a pour but de « maintenir ou de parfaire leur qualification professionnelle, d'assurer leur adaptation à l'évolution des techniques et des conditions de travail ». Ces formations sont imposées par l'établissement pour garantir et/ou à maintenir la qualité des soins par l'adaptation du personnel aux nouvelles techniques et aux évolutions culturelles, économiques et sociales. Elles peuvent aussi faire parties d'un projet personnel [44].

Les sages-femmes libérales sont elles aussi soumises à une formation continue possible par l'accord conventionnel, en choisissant parmi les thèmes imposés par « Sage-femme Formation » ou par le biais des diplômes universitaires [45].

Cependant, nous avons pu remarquer au cours de nos entretiens que les formations étaient variées.

Figure 10. Formation complémentaire : type et utilisation selon les groupes



En milieu hospitalier elles s'étaient formées principalement sur la méthode Gasquet, l'acupression et l'hypnose.

Les sages-femmes libérales présentaient des formations plus variées, moins connues pour certaines (telle que la fasciathérapie). Elles ont pu adapter leur(s) formation(s) à leur pratique de l'accompagnement globale. En effet, toutes n'étaient pas utiles qu'au moment de l'accouchement, mais elles facilitaient aussi le quotidien de la femme pendant la grossesse et même ensuite en post-partum.

Toutes ont affirmé que ces formations avaient modifié leur prise en charge des parturientes douloureuses, en leur donnant les moyens de mieux les accompagner dans leur douleur.

2.5 - Points forts de l'étude

Le principal point fort de l'étude est son approche qualitative. En effet, cette dernière permet d'explorer et d'apporter un éclairage sur comment les sages-femmes accompagnent les parturientes douloureuses en phase de latence. La réalisation d'entretiens semi-directifs a aussi permis de cibler des thématiques attendues, tout en laissant la possibilité aux sages-femmes de développer leur propre point de vue.

L'accompagnement de la douleur par des moyens non pharmacologiques n'est pas soumis à des protocoles ou recommandations particulières. La sage-femme et la parturiente sont libres de choisir ce qu'elles préfèrent selon les bénéfices propres à chaque méthode. Selon les auteurs, l'entretien individuel constituait un outil adapté et pertinent à l'exploration de ces méthodes. Ainsi notre choix d'une méthode qualitative pour explorer notre sujet et répondre à notre problématique semble tout à fait adapté.

Un autre point fort de notre étude est le recrutement de sages-femmes travaillant dans des maternités de niveaux différents, et en libéral, aussi bien en plateau technique qu'en maison de naissance. Cela nous a permis de connaître l'accompagnement de la douleur en phase de latence par des moyens non pharmacologiques. Nous avons donc pu étudier les méthodes et formations utilisées et avons pu faire émerger les facteurs organisationnels et personnels.

2.6 - Biais et limites de l'étude

Le principal biais de notre étude est le biais déclaratif et de désirabilité sociale. Ce biais consiste à se présenter favorablement aux yeux de la société, dans le contexte actuel des

dénonciations des violences obstétricales et du désir des femmes de pouvoir vivre leur accouchement en respectant la physiologie du travail. Bien que l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) ne soit pas l'objectif de notre étude, le questionnement sur l'accompagnement des parturientes douloureuses en phase de latence a pu induire la volonté des sages-femmes de ne pas évoquer leur réel accompagnement. Nous avons essayé de limiter ce biais afin de libérer la parole des sages-femmes en formulant nos questions de manière très neutre. De plus, en introduisant l'étude et ses objectifs en début d'entretien, il a été clairement énoncé aux participantes l'absence d'EPP et la garantie de l'anonymat de chacun et des établissements aux seins desquels elles exercent. Bien que le biais déclaratif et de désirabilité sociale ne puisse être totalement réduit, des sages-femmes ont pu librement évoquer leur accompagnement, avis et difficultés.

Un autre biais rencontré concerne la sélection de la population. En effet, les maternités recrutées sont situées dans les Yvelines (7/14) et Paris (7/14). Au vu de la concentration de la population d'Ile-de-France et de ce fait de la concentration des naissances, on peut aussi supposer que les pratiques en région parisienne diffèrent de celles des autres régions françaises (49,2 naissances par sage-femme active en Ile-de-France contre 35,1 dans le reste de la France [31]). Une telle étude qualitative ne nous permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la France. Un autre biais de sélection concerne le choix des sages-femmes libérales. Elles devaient exercer dans des maisons de naissance ou être en collaboration avec un ou des plateaux techniques. Elles représentaient donc une petite portion des sages-femmes libérales, qui étaient de 4% en 2012 [46].

Une dernière limite de notre étude est la part de subjectivité liée à l'interprétation du chercheur concernant l'analyse de contenu, inhérente à toute méthode de recherche qualitative.

2.7 - Perspectives

En 2003, les premiers états généraux de la naissance ont été une occasion unique pour l'ensemble des acteurs de débattre de « l'insatisfaction des usagers dans l'accès à des pratiques respectueuses du déroulement physiologique de l'accouchement » et de « la médicalisation parfois excessive et systématique » de l'accouchement [47]. L'évolution des mentalités fait que les femmes souhaitent avoir le pouvoir de décision sur tout acte qui concerne leur corps. Elles souhaitent une ré appropriation de leur travail et le respect de leur volonté et de leur dignité [48]. En effet, la grande majorité des femmes entrant en travail souhaite bénéficier d'une APD, ce qui nous fait oublier que certaines femmes veulent un accouchement physiologique. Elles préfèrent pouvoir suivre la physiologie du travail en ressentant ce qu'il se passe dans leur corps, en se sentant libre de se mouvoir comme elles le souhaitent afin de pouvoir mobiliser leur bassin. Quelque soit leur(s) motivation(s), leur choix doit être respecté tant que l'avancée du travail le permet. Comme vu précédemment, la phase de latence peut durer longtemps. Ces femmes nécessitent donc un soutien moral, des explications, des moyens pour atténuer leur douleur et garder le contrôle de la situation [30]. La sage-femme a donc un rôle très important à jouer dans cet accompagnement. Elle doit pouvoir être disponible pour sa patiente [49]. Or, elle s'occupe rarement d'une seule parturiente à la fois et ne peut pas rester en continu auprès d'elle. En France le nombre minimal de sages-femmes présentes en salle de naissance est régi par des décrets. Aujourd'hui ce seuil est celui observé dans les établissements de santé [50]. Mais, 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 [48]? Ne faut-il pas s'inspirer du modèle une sage-femme pour une patiente à l'hôpital ?

En outre, en 2018, au sein des 9 maisons de naissances autorisées en France, seulement 506 femmes y ont accouché en 2018, ce qui représentait moins de 0,1% des naissances vivantes cette année là [51]. Elles avaient pu réaliser leur projet de naissance, sans peur, sans doute et en bénéficiant d'un soutien continu de la part de leur sage-femme attitrée. Ces maisons sont peu nombreuses en France, contrairement à nos voisins européens (169 au Royaume-Uni, une centaine en Allemagne ou encore 25 en Suisse en 2018). Or de plus en

plus de femmes réclament ce genre de prise en charge qui respecte la physiologie tout en pouvant agir rapidement en cas de complication (grâce à la proximité avec la maternité)[52]. Face à tout cela le conseil national de l'ordre des sages-femmes prône un développement plus important de ces structures. Si l'expérimentation des maisons de naissance est validée en novembre 2020, quand sera-t-il après ? À l'heure actuelle, nous n'avons aucune certitude quant à l'avenir des maisons de naissances [51].

De plus, nous pouvons également nous demander au vu de nos entretiens s'il ne faudrait pas plus considérer la présence d'un accompagnant comme étant un élément important, aidant les sages-femmes hospitalières dans leur rôle de soutien. Dans l'idéal, tout comme la parturiente, ce tiers doit avoir bénéficié d'une préparation spécifiquement adaptée. Cette dernière leur permettrait d'élaborer un projet de naissance réaliste, cohérent avec les souhaits initiaux du couple, et réalisable par les équipes hospitalières [29]. La sage-femme pourra lui apprendre les techniques de Bernadette de Gasquet ou encore de Julie Bonapace.

Enfin, au vu du ressenti des sages-femmes françaises interrogées sur leur formation initiale, nous pouvons nous demander si nous ne pourrions pas nous inspirer de nos voisins en matière de physiologie. Comme nous avons pu le voir, les sages-femmes belges, suisse, et algérienne sont satisfaites sur le plan physiologique de leur formation. Il ne faudrait cependant pas que ce soit au détriment de nos compétences sur le dépistage de la pathologie.

CONCLUSION

Nous avons pu voir au cours de notre étude que les sages-femmes connaissent différentes méthodes de prises en charge des femmes algiques. Elles savent utiliser les nombreux matériels fournis sur leur lieux de travail, pour permettre soulagement des douleurs en alliant avancement du travail.

Cependant, les sages-femmes hospitalières déplorent une demande de rentabilité qui malheureusement prend le dessus sur leur présence auprès des femmes et engendre des difficultés, de la frustration, et altère leur relation de confiance par manque de temps de disponibilité.

A contrario, les sages-femmes libérales quant à elles apprécient justement ce lien tissé au fur et à mesure de la grossesse, qui leur permet de connaître les désirs, les attentes et les peurs aussi bien de la parturiente que de son partenaire. En étant libre dans leur gestion du temps, elles peuvent rendre les parents acteurs du travail et de la naissance.

Les compétences françaises, uniques dans le monde, sont à la base de la réputation des nos sages-femmes. Mais, nous avons pu voir le regret des professionnelles interrogées dans l'implication de la pathologie et de sa médicalisation au sein de la formation initiale, au profit de la physiologie. Elle leur fait oublier qu'elles sont avant tout des cliniciennes et qu'il ne faut pas perdre notre rôle principal, celui d'accompagnant. Elles expriment toutes la nécessité des formations complémentaires sur le travail physiologique au cours de leur parcours professionnel afin de pouvoir proposer un panel de moyens non pharmacologiques en connaissant réellement le bien fait de chaque action sur le soulagement de la douleur et l'avancement du travail.

Ainsi, il serait intéressant de pouvoir approfondir notre étude sur l'impact de la médicalisation du travail et la pression de la rentabilité du temps hospitalier (pose APD précoce, non respect du temps de dilatation...). Un travail accompagné, soutenu, respectant les désirs du couple n'entraînerait-il pas un bénéfice tant pour la mère que pour le fœtus ?

BIBLIOGRAPHIE

- [1] M. Vuille. *L'invention de l'accouchement sans douleur, France 1950-1980*. Travail, genre et sociétés. n° 34. 2015 (« Corps sous emprises »). 19 pages.
- [2] M. Pommerette. L'influence du moment de la pose de l'analgésie péridurale sur les modalités d'accouchement. Diplôme d'Etat de Sage-Femme. 52 pages. Université d'Auvergne- Clermont 1 : 2013. Mém. fin ét.
- [3] G. Kayem. *Déroulement du travail, nouvelles courbes de définition, lignes d'alerte et gestion de la dystocie*. 38ième journées nationales. CNJOF. Paris. 2014. 14 pages
- [4] Haute autorité de santé, *Préparation à la naissance et à la parentalité*. Novembre 2015. Recommandations professionnelles. 56 pages. [En ligne] https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf (page consultée le 29/09/2018)
- [5] INPES et al, *Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité*. Mai 2012. Fiche n°12. 4 pages.
- [6] Platon. *Théétète*. trad. intro. et notes par Michel Narcy. Paris. GF-Flammarion. 2^e éd. corrigée.1995. 416 pages
- [7] MA. Bohren et al, *Continuous support for women during childbirth*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Juillet 2017.
- [8] S. Guillaume et al, *Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales*. Haute autorité de santé. Décembre 2017. Recommandations de bonne pratique. 47 pages [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf (page consultée le 02/10/2018)

- [9] G. Dick-Read. *Natural childbirth*. London : William Heinemann. 1933
- [10] G. Dick-Read. *Childbirth without fear; the principles and practice of natural childbirth*. London : William Heinemann. 1942
- [11] M. Dreyfus. *La polyclinique des Bluets et les débuts de l'accouchement sans douleur (1938-1957)*. Matériaux pour l'histoire de notre temps. 1999. 53 pages. pp 27-33
- [12] F. Leboyer. *L'art du souffle*. Dervy. Novembre 2006. 219 pages
- [13] M. Odent. *Birth under water*. The Lancet. 1983 Dec; 322 (8365) : 1476-1477
- [14] J. Bonapace. *Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace*. Les Editions de l'Homme. 2016. 154 pages
- [15] J. Bonapace et N. Chaillet. *Une approche graduelle pour le soulagement de la douleur obstétricale*. Les dossiers de l'obstétrique. Juin 2012. N° 416. 17 pages
- [16] B. de Gasquet. *Accouchement : la méthode de Gasquet*. Hachette. 2009. 162 pages
- [17] Cluett ER et al. *A Immersion in water in labour and birth*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Mai 2018
- [18] A. Lawrence et al. *Maternal positions and mobility during first stage labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Août 2013
- [19] M-L. Gau et al, *Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: A randomised controlled trial in Taiwan*. *Miwifery*. 2011;27(6) :293-300

- [20] CA Smith et al. *Relaxation techniques for pain management in labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Mars 2018
- [21] M. Tournaire et A. Theau-Yonneau, *Complementary and Alternative Approaches to Pain Relief During Labor*. Evidenced-based Complementary and Alternative Medicine. 2007 Dec; 4(4): 409–417
- [22] M. Odent. *Bien naître*. Seuil. 1976. 176 pages
- [23] I M. Gaskin. *Spiritual Midwifery*. Summertown. 1975. 380 pages
- [24] L. Nilsson et al. *Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers*. Nursing Research and Practice. 2013. n° 349124. 6 pages
- [25] Fédération Française de Sophrologie. [En ligne] <http://www.federation-sophrologie.org> (page consultée le 02/12/2018)
- [26] E. R. Cluett. *Immersion in water labourant birth*. Sao Paulo Medical Journal. 2013. 131. N°5
- [27] CA Smith. *Relaxation technique for pain management in labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Dec 2011
- [28] Institut de Formation et de Recherche Européen en Psychophonie Marie - Louise Aucher. [En ligne] <https://www.ifrepmla.eu/index.html> (page consultée le 06/12/2018)
- [29] A. Westergren et al. *Autonomous and dependent - the dichotomy of birth : a feminist analysis of birth plans in Sweden*. Midwifery. 2019. 73. Pages 56-64

- [30] AJ. Henrique RN et al. *Non-pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety, and neuroendocrine stress parameters: A randomized controlled trial*. International Journal of Nursing Practice. Mars 2018
- [31] CNOSF. *Données démographiques de la profession*. [En ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/> (Page consultée le 12 mars 2020).
- [32] CNOSF. *Exercer avec un diplôme européen*. [En ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/services/sages-femmes-et-international/exercer-avec-un-diplome-europeen/> (Page consultée le 12 mars 2020).
- [33] CNG. *Autorisation d'exercer*. [En ligne]. <https://www.cng.sante.fr/autorisation-dexercice/sage-femme> (Page consultée le 12 mars 2020).
- [34] Rapport INSERM-DREES, *Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010*. Octobre 2017. [En ligne]. http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf#page172
- [35] C. Overgaard et al. The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. *Social Science & Medicine*. Avril 2016. 74(7). Pages 973-981.
- [36] Ministère des Solidarités et de la santé. *Les maisons de naissances*. Juillet 2018. [En ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-naissance> (Page consultée le 12 mars 2020).
- [37] I. Czech et al. *Pharmacological and Non-Pharmacological Methods of Labour Pain Relief—Establishment of Effectiveness and Comparison*. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Dec; 15(12): 2792.

- [38] CA Smith. *Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Mars 2018.
- [39] A. M. Cyna et al. *Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: a systematic review*. British Journal of Anaesthesia. 93(4). Octobre 2004. Pages 505–511.
- [40] The Royal College of Midwives. Ten tips for normal birth. Pract Midwife. Juin 20158 (6). Pages 24-6.
- [41] B. Larsson et al. *Women's Experience of Midwife-Led Counselling and Its Influence on Childbirth Fear: A Qualitative Study*. Women and Birth. Février 2019. 32(1). Pages 88-94.
- [42] Hodnett Ed et al. *Continuous support during childbirth*. Cochrane Database Syst Rev. 2011.
- [43] F. Midy et al. *La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail*. INDRES. 2005. Bulletin N°102.
- [44] Ordre des sages-femmes. *La formation continue*. [En ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/> (Page consultée le 12 mars 2020).
- [45] N. Mesnil et I. Paulard. *La formation continue des sages-femmes*. ANFICSF. 10 pages.
- [46] M. Cavillon. *La profession des sages-femmes : constat démographique et projections d'effectifs*. DREES. Mars 2012. N°791.
- [47] CNGOF. *États généraux de la naissance*. Juin 2003. [En ligne]. http://www.cngof.fr/D_PAGES/MDIR_31.html. (Page consultée le 12 mars 2020).
- [48] Loi no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- [49] The Lancet. *Midwifery series*. juin 2014.

[50] CNGOF. *Ressources humaines pour les activités non programmées en gynécologie-obstétrique*. 2018. Pages 9-13. [En ligne]. http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF-RH-activites-non-prog-GO_2018-FINAL3.pdf&i=24553. (Page consultée le 12 mars 2020).

[51] Arrêté du 23 novembre 2015 fixant la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner de manière expérimentale

[52] A. Chantry et al. *Rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissances en France*. Epopé-Inserm. Nov 2019. 58 pages.

ANNEXE 1. Guide d'entretien



U. F. R. des Sciences de la Santé Simone Veil
Département de Maïeutique
2 avenue de la Source de la Bièvre
78180 Montigny-le-Bretonneux
01 70 42 93 10 / 11

Anne Parquin
23 rue Cambon
92250 La Garenne-Colombes
0622355341
parquinanne@gmail.com

Guide d'entretien

Phase de latence : accompagnement de la douleur

Chercheur correspondant : Parquin Anne – Etudiante Sage-femme de l'UVSQ
anne.parquin@ens.uvsq.fr
Superviseur responsable : Habiba ZAID, sage-femme à maison de naissance CALM
zaidhabiba@hotmail.com

Renseignements généraux :

Question 1 : Quel âge avez-vous ?

Question 2 : Quel est votre sexe ?

Question 3 : Dans quel pays avez-vous été formée ? Avez-vous reçu une équivalence française ?

Question 4 : Combien avez-vous eu d'années d'étude ?

Question 5 : Depuis combien d'années exercez-vous ?

Question 6 : Quels sont vos lieu(x) d'exercice passé(s) et actuel ?

Question 7 : Avez-vous des enfants ? Combien ? Cela a-t-il modifié votre pratique professionnelle ? Si oui, comment ?

Accompagnement en phase de latence

Question 8 : Pouvez-vous me donner une définition de la phase de latence ?

Question 9 : Comment accompagnez-vous une parturiente douloureuse en phase de latence ?

Question 10 : Votre accompagnement diffère-t-il selon que la parturiente est primipare ou multipare ?

Question 11 : Rencontrez-vous des difficultés dans cette prise en charge ? Si oui, lesquelles ?

Question 12 : Utilisez-vous des moyens non pharmacologiques dans votre maternité pour accompagner la douleur ? Si oui, lequel (lesquels) ? Utilisez-vous personnellement ces méthodes ?

Question 13 : Pouvez-vous préciser les avantages qu'elles ont, selon vous, sur la physiologie du travail ?

Environnement et prise en charge :

Question 14 : Dans votre maternité, existe-t-il un endroit particulier pour accueillir les femmes en phase de latence ?

Question 15 : Pensez-vous qu'un endroit dédié à ces patientes soit indispensable ? Si oui, pourquoi ?

Question 16 : La prise en charge de ces patientes vous satisfait-elle ? Si non, pensez-vous qu'elle puisse être améliorée et comment ?

Question 17 : Selon vous existe-il un lien entre environnement et avancement du travail ?

Formation des sages-femmes

Question 18 : Selon vous, la formation initiale des sages-femmes leur permet-elle de prendre ces patientes en charge de manière appropriée ? Pourquoi ?

Question 19 : Avez-vous effectué une (des) formation(s) complémentaire(s) dans ce domaine ? Si oui, laquelle (lesquelles) ? Pensez-vous que cela ait modifié votre prise en charge depuis ? Si oui, dans quel sens ?

ANNEXE 2. Formulaire de consentement

Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines

U. F. R. des Sciences de la Santé Simone Veil

Département de Maïeutique

2 avenue de la Source de la Bièvre

78180 Montigny-le-Bretonneux

01 70 42 93 10 / 11



Directrice de mémoire :

ZAÏD Habiba

Sage-femme

zaidhabiba@hotmail.com

Entretien dans le cadre du mémoire « Phase de latence : Accompagnement de la douleur » de madame PARQUIN Anne

Je, soussigné, donne mon accord à madame PARQUIN Anne, pour participer à un entretien anonymisé dans le cadre de son mémoire de fin d'étude.

Un enregistrement sera possible et gardé confidentiel, puis détruit une fois le mémoire terminé.

- J'accepte d'être enregistré au cours de cet entretien.
 Je refuse d'être enregistré au cours de cet entretien.

Le, à

Signature

ANNEXE 3. Retranscription d'un entretien

Nom du fichier : Voix 020_sd

Date de l'entretien : 30 mai 2019

Lieu : Cabinet libéral 1

Durée : 30 minutes

Renseignements généraux :

Question 1 : Quel âge avez-vous ?

J'ai 29 ans.

Question 2 : Quel est votre sexe ?

Je suis une femme.

Question 3 : Dans quel pays avez-vous été formée ?

J'ai été formée en France.

Question 4 : Combien avez-vous eu d'années d'étude ?

J'ai eu 5 années d'étude, la première année commune aux études de santé puis les 4 années d'école de sage-femme.

Question 5 : Depuis combien d'années exercez-vous ?

Cela fait maintenant 5 ans que j'exerce ce métier.

Question 6 : Quels sont vos lieu(x) d'exercice passé(s) et actuel ?

J'ai travaillé pendant 3 mois dans un niveau II A en parallèle je me formais à l'accompagnement global dans un cabinet libéral.

Aujourd'hui je travaille dans cabinet proposant l'accompagnement global, plateaux techniques avec 3 cliniques privées de niveau 1.

Question 7 : Avez-vous des enfants ? Combien ? Cela a-t-il modifié votre pratique professionnelle ? Si oui, comment ?

Je suis actuellement enceinte de mon premier enfant. Par rapport à la modification de ma pratique, nous en reparlerons quand j'aurais accouché [Rires].

Accompagnement en phase de latence

Question 8 : Pouvez-vous me donner une définition de la phase de latence ?

Ce sont toutes contractions régulières et intenses ne s'arrêtant plus avant la phase active, variable de jusqu'à 3 à 5cm en fonction de la patiente.

Question 9 : Comment accompagnez-vous une parturiente douloureuse en phase de latence ?

La phase de latence se déroule majoritairement au domicile de la patiente, fréquemment en relation téléphonique avec moi.

A domicile ma patiente exécute les protocoles : bain chaud aussi longtemps que souhaité afin de distinguer un faux travail d'un début de travail (cela arrête les contractions ou soulage la douleur en relâchant le col et accélère la phase de latence). Puis elle essaye de faire une sieste récupératrice (le vrai sommeil est un signe de contraction de pré-travail et non de travail). Ensuite, elle peut manger et boire pour accumuler de l'énergie avant la phase active. Si elle a toujours des contractions, c'est l'heure du départ à la maternité où je la rejoindrai.

En parallèle je lui fais des rappels des exercices de PNP pour la gestion de la douleur, des postures, massages, acupression, utilisation du ballon et conseils variés.

Question 10 : Votre accompagnement diffère-t-il selon que la parturiente est primipare ou multipare ?

Il est différent :

Pour une multipare : écoute et confiance dans la parole de la patiente, c'est elle qui sait reconnaître les contractions de travail et même si les contractions sont espacées, on effectue

un départ précoce à la clinique. Si elle est toujours en phase de latence à l'arrivée, elle s'installe dans sa chambre en suites de couches.

Pour une future primipare : le but est d'arriver à la clinique en phase active, donc le temps passé à domicile est plus long.

Il peut y avoir un contrôle au cabinet si la phase de latence est trop longue, ou une hospitalisation avec contrôle du RCF si la maternité est plus proche de chez la patiente.

Question 11 : Rencontrez-vous des difficultés dans cette prise en charge ?

Non pas vraiment. J'en rencontre quelques fois, mais elles ne seront pas des difficultés jusqu'à la mise en travail.

Lesquelles ?

Si je rencontre un problème d'affinité ou de confiance avec ma patiente, je réoriente directement la dame.

L'autre petite difficulté peut être l'angoisse de la patiente. Si elle est trop importante elle souhaitera un départ précoce à la clinique malgré mes conseils. Je peux Je peux donc me trouver démunie face à ce stress et les moyens non pharmacologiques que je propose ne suffisent plus à la calmer. On réfléchira donc à d'autres moyens à la maternité, on trouvera le bon et tout se passera bien.

Question 12 : Utilisez-vous des moyens non pharmacologiques dans votre maternité pour accompagner la douleur ?

Oui, ils sont très nombreux.

Lequel (lesquels) ?

J'utilise la phytothérapie, l'homéopathie, les massages et les points d'accupression, l'acuponcture, la baignoire ... Mais aussi le ballon, les liens de suspensions, ou encore la galette.

Utilisez-vous personnellement ces méthodes ?

Oui, il y en a toujours une ou plusieurs qui conviennent à la patiente.

Question 13 : Pouvez-vous préciser les avantages qu'elles ont, selon vous, sur la physiologie du travail ?

- Homéopathie : colophylum en dosage variable avec utérus en lutte et col stressé. Cela permet le relâchement du col et l'avancement de la dilatation. Préparation avec un complexe de 5 molécules à prendre le dernier mois avant l'accouchement puis toutes les heures le jour de l'accouchement pour rappeler au corps les bienfaits de ces plantes.
- Acupuncture : avec une bonne préparation pendant la grossesse cela accélère le travail car la préparation avait enlevé tous les problèmes en amont pour préparer le corps à accoucher. Pour aider à relâcher le col, il faut piquer au niveau des pieds et mains.
- Massages : au moment où ils sont nécessaires, en fonction du lieu (lombaires, sacrum, tensions du corps). Ils entraînent une libération d'endorphine
- Ballon : exercices adaptés pour avancer le travail, avec l'aide du conjoint

Je préfère la combinaison escalier/ balade/ballon pour faire bouger le bassin et aider au positionnement de la tête du fœtus. Et donc permettre la dilatation cervicale.

La baignoire est à préférer pendant la phase active car elle gêne à la mobilité du bassin.

Environnement et prise en charge :

Question 14 : Dans votre maternité, existe-t-il un endroit particulier pour accueillir les femmes en phase de latence ?

Oui, il y a salle de pré-travail mais je ne l'utilise pas. Si la femme arrive encore en phase de latence, je l'installe dans sa chambre en suite de couches, où elle installe ses affaires, occupe l'espace pour s'y sentir à l'aise. Elle passera ensuite directement en salle nature lorsqu'elle sera en phase active.

Question 15 : Pensez-vous qu'un endroit dédié à ces patientes soit indispensable ?

Oui.

Pourquoi ?

Un bon environnement favorise la libération des hormones permettant l'avancé du travail et une diminution de la douleur.

Question 16 : La prise en charge de ces patientes vous satisfait-elle ?

Oui car la prise en charge d'un accompagnement global signifie aussi une patiente à la fois quand elle est en travail. Cela permet une vraie qualité de travail et d'accompagnement.

Ayant fait de l'hospitalier, je dirais que la prise en charge des patientes pourrait être améliorée en diminuant la surcharge de travail des sages-femmes et le nombre de patientes qu'elles doivent accompagner en même temps. Elles n'ont donc plus ni l'envie ni le temps de les accompagner comme elles devraient l'être. Elles se retrouvent à pratiquer un acte technique sans avoir le temps de prendre en compte l'aspect physiologique, émotionnel de la patiente.

C'est pour cela que je ne me voyais pas continuer la bas, et que je m'épanouis dans mon cabinet en proposant l'accompagnement global.

Question 17 : Selon vous existe-il un lien entre environnement et avancement du travail ?

Oui bien sur (cf question 13).

Formation des sages-femmes

Question 18 : Selon vous, la formation initiale des sages-femmes leur permet-elle de prendre ces patientes en charge de manière appropriée ?

Non je ne trouve pas.

J'ai trop souvent eu l'impression d'être démunie face à la douleur des parturientes.

Je trouve aussi qu'il y a un manque de formation : les étudiantes sages-femmes sont formées à la pathologie au détriment de la physiologie.

Question 19 : Avez-vous effectué une (des) formation(s) complémentaire(s) dans ce domaine ?

Oui.

Laquelle (lesquelles) ?

J'ai effectué les formations d'homéopathie et de phytothérapie.

De plus j'ai été formée à l'accompagnement global par une sage femme le pratiquant et possédant une formation d'acupuncture.

Pensez-vous que cela ait modifié votre prise en charge depuis ?

J'ai beaucoup appris auprès de ses patientes et sur le terrain, puis l'accompagnement global a permis de réellement prendre en charge mes patientes comme je le souhaite.

Pour compléter au mieux ma prise en charge, je me suis entourée d'un acupuncteur, et d'un ostéopathe pour partager nos savoirs et les mettre au service des parturientes.