



HAL
open science

L'accompagnement de la douleur dans l'accouchement physiologique

Sidonie Vadrot

► **To cite this version:**

Sidonie Vadrot. L'accompagnement de la douleur dans l'accouchement physiologique. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04207308

HAL Id: dumas-04207308

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04207308v1>

Submitted on 14 Sep 2023

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.

**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ DE CLERMONT- AUVERGNE

**L'ACCOMPAGNEMENT DE LA DOULEUR DANS
L'ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE**

MÉMOIRE SOUTENU ET PRÉSENTÉ PAR

VADROT Sidonie

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2022

REMERCIEMENTS :

Je remercie chaleureusement

Madame Marie-Pierre Tédor, sage-femme enseignante, pour avoir accepté de diriger ce travail et m'avoir guidée dans son élaboration.

Madame Anne Dabernat, sage-femme, pour en avoir été la co-directrice, pour m'avoir soutenue et encouragée dans mon intérêt pour la physiologie et le suivi global.

L'ensemble des sages-femmes ayant accepté de participer, merci pour votre temps, pour votre compréhension et d'avoir partagé vos connaissances et expériences si précieuses.

Chacune des sages-femmes m'ayant accueillie en stage dans leurs cabinets des Lucines et de Clermont-Ferrand, pour m'avoir tant inspirée dans leur façon d'être sage-femme.

Ma famille, pour m'avoir encouragée, accueillie et choyée à Rouy, Sermoise, Thianges et Cercy et plus particulièrement mes parents pour vos conseils, relectures et avoir cru en moi.

Mes ami.e.s, colocs et cousines, pour avoir rendu ma vie plus douce, joyeuse et agréable. Nos échanges, rencontres et aventures m'ont portée pendant ces six ans et j'espère continuer de les partager ainsi très longtemps.

Mon amoureux, pour ton investissement, ton soutien, ta compréhension et ton enthousiasme.

TABLE DES MATIERES :

INTRODUCTION	2
REVUE DE LA LITTERATURE	4
I) La douleur	5
II) L'accouchement physiologique.....	14
POPULATION ET METHODE	22
I) Population.....	23
II) Méthode.....	23
RESULTATS	26
I) Données socio-démographiques des participantes	27
II) Résultats des entretiens	27
DISCUSSION	44
I) Atteinte des objectifs	45
II) Forces de l'étude	45
III) Faiblesse de l'étude	46
IV) Discussion des résultats de l'étude	46
V) Projet d'action	56
CONCLUSION	59
BIBLIOGRAPHIE :.....	62
ANNEXES	67

INTRODUCTION

La douleur de l'accouchement est un questionnement très ancien. L'apparition de la douleur sur Terre dans la Genèse, texte influençant fortement notre culture encore aujourd'hui, est d'ailleurs celle de l'enfantement. (1)

Aujourd'hui l'anesthésie péridurale est le moyen le plus couramment utilisé en France pour la soulager. Cependant, de nombreuses femmes (14,6% en 2016) ne souhaitent pas avoir recours à cette technique médicamenteuse lors de l'accouchement.

Selon une étude du Collectif Interassociatif Autour de la Naissance, « *Si les femmes qui ont réalisé leur souhait de se passer de la péridurale sont presque unanimement satisfaites (97%), 56% de celles qui ont eu recours à la péridurale alors qu'elles ne le souhaitaient pas au départ sont insatisfaites* ». *Un défaut d'accompagnement est souligné par ces femmes.* » (2)

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande un soutien continu, individuel et personnalisé pour toutes les femmes au cours du travail et de l'accouchement.(3) Cependant, les conditions actuelles en maternité ne permettent pas ce soutien continu. (4)

Elle recommande aussi « *d'accompagner les femmes dans leur choix en termes de moyens non médicamenteux qu'elles souhaiteraient* » et souligne le manque de données à propos de l'accompagnement non médicamenteux de la douleur.

En France, les sages-femmes accompagnent 87,4% des accouchements par voie basse non instrumentale et constituent donc une profession de référence dans cet accompagnement de la douleur de l'accouchement physiologique. Elles organisent et animent également les séances de préparation à la naissance et à la parentalité lors de la grossesse. (5)

Certaines sages-femmes pratiquent le suivi global, elles assurent tout le suivi de la grossesse et de ses suites, y compris celui de l'accouchement. Elles vont donc accompagner les accouchements physiologiques de femmes qu'elles auront rencontrées et suivies pendant la grossesse. (6)

L'objectif principal de cette étude est de faire décrire l'accompagnement de la douleur lors d'accouchements physiologiques par des sages-femmes pratiquant le suivi global. L'objectif secondaire est d'étudier la préparation à la douleur de l'accouchement en anténatal par les sages-femmes pour des accouchements physiologiques. Une revue de la littérature a d'abord été menée afin d'élaborer une synthèse de l'état des connaissances actuelles sur le sujet. Une étude qualitative a ensuite été réalisée pour répondre aux objectifs précédemment cités et dont la méthode sera présentée. Les résultats seront énoncés à la suite et précéderont leur discussion.

REVUE DE LA LITTERATURE

I) La douleur

1.1 Définition

Communément, la douleur est définie comme une sensation pénible, désagréable, ressentie dans une partie du corps. (7)

L'Association internationale pour l'étude de la douleur (International Association for the Study of Pain [IASP]) définit la douleur comme « *une sensation désagréable et une expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en ces termes* » (8)

La douleur physique correspond à une sensation qui peut être perçue lors de la stimulation des nocicepteurs. Ces nocicepteurs sont des organes sensoriels activés par les stimuli nociceptifs, c'est-à-dire des stimuli sensoriels qui menacent l'intégrité du corps. Un stimulus est un élément physique, chimique ou biologique capable de déclencher des phénomènes dans l'organisme, notamment des phénomènes nerveux, musculaires ou endocriniens.

L'activation des récepteurs sensoriels permet d'informer le cerveau sur l'état de l'environnement et du milieu intérieur. Elle entraîne différentes réponses réflexes et comportementales associées parfois à la douleur, tout cela dans le but de protéger l'organisme. Les nocicepteurs représentent l'un des nombreux types de récepteurs sensoriels. Le terme de nociception vient du latin nocere - nuire.

Le nocicepteur est donc le premier neurone impliqué dans le chemin de l'information douloureuse qui se présente sous la forme d'un influx nerveux.

L'information perçue par les nocicepteurs est ensuite acheminée vers le cortex par des fibres passant par la moelle épinière. A ce niveau le premier neurone fera relais avec un deuxième. On constate une convergence anatomique des voies nociceptives cutanées, musculaires et viscérales au niveau de la moelle épinière. Cette convergence explique que des nocicepteurs cutanés puissent être sensibles aux stimulations viscérales ou musculaires (irradiation de la douleur à des zones non touchées directement par le stimulus nociceptif).

Les fibres acheminant l'information nociceptive peuvent être de deux types : le type A δ conduisant l'information assez rapidement et le type C qui l'achemine plus lentement et est souvent mis en œuvre lors de stimuli intenses. On parle de douleur lorsque cette information devient consciente, qu'elle atteint le cortex.

Les neurones nociceptifs se projettent sur différentes zones du cerveau, dont certaines comme le bulbe ventrolatéral ou le noyau du faisceau solitaire ne participent pas directement à l'élaboration de la sensation douloureuse, mais entraînent des réactions dites végétatives, comme l'augmentation de la fréquence cardiaque, et de la pression artérielle.

La perception de la douleur mêle sensation, cognition et émotion, elle présente une grande diversité tant de forme, de perception que d'expression. (9)

1.2 Composantes de la douleur

En plus d'être une expérience sensorielle discriminative, la douleur comprend un état émotionnel aversif qui pousse à l'action. On peut donc parler de différents facteurs dans la perception de cette douleur. Le **facteur sensoridiscriminatif**, correspond aux informations apportées par le système sensoriel nociceptif, informant sur l'intensité, l'étendue, la localisation, la durée et la qualité du stimulus. Ces perceptions sensorielles sont accompagnées de réactions notamment réflexes et d'une émotion désagréable qui composent le **facteur affectivomotivationnel**. Enfin, ces deux facteurs sensoriel et affectif évoluent au sein du contexte : le présent, les expériences passées voire les projections futures, le milieu socio-culturel. Tout cela est appelé **le facteur cognitif** de la perception de la douleur. (9) On peut également parler de quatre composantes qui sont alors appelées : nociceptive, sensori-discriminative, motivo-affective et cognitivo-comportementale. La **composante nociceptive** correspond dans ce cas au signal d'alarme déclenchant des réactions pour diminuer la cause de cette douleur. (10)

Le fait que la douleur, son évaluation et son expression comprennent à la fois une part sensorielle et une part émotionnelle a pu faire l'objet de remarques et controverses. En effet, les émotions découlent habituellement plus du champ de la psychologie que de celui de la médecine. Mais les progrès de la science et notamment de l'imagerie permettent aujourd'hui de mettre en évidence des zones cérébrales impliquées de front dans la douleur et la gestion des émotions. L'imagerie a permis la conceptualisation de la matrice douleur. Cette matrice met en évidence une zone du cerveau (S2) permettant la mesure de la douleur en dehors des émotions, mais également d'autres zones impliquées dans les composantes émotionnelle, cognitive et motrice de la douleur. (11)

1.3 Evaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur est une étape essentielle de sa prise en charge, tant à visée diagnostique que thérapeutique. Elle permet notamment d'avoir une idée initiale de l'intensité décrite par le patient, puis de son évolution, cela permet aussi de lui montrer qu'on s'y intéresse et de créer une alliance qui a déjà un effet thérapeutique. Dans le cas où l'état du patient le permet, on privilégie l'auto-évaluation, c'est-à-dire qu'il évalue lui-même sa douleur, cela doit être réalisé régulièrement et inscrit dans le dossier du patient.(11)

Plusieurs techniques d'auto-évaluation existent, l'EVA, échelle visuelle analogique, apparaît comme l'une des plus adaptées notamment en obstétrique. Pour cela on utilise une réglette sur laquelle figure un curseur placé par la patiente entre les deux extrémités, allant de l'absence de douleur à la pire douleur imaginable. La deuxième face de la réglette dispose d'une ligne graduée afin que le soignant puisse prendre connaissance de la note entre 0 et 10 ou 0 et 100 correspondant à l'emplacement du curseur. (12)

On peut aussi utiliser l'échelle numérique pour laquelle on demande au patient de mettre une note entre 0 et 10 pour sa douleur, ou encore l'échelle visuelle simple entre 0 et 5. L'hétéroévaluation, celle réalisée par le professionnel, se base sur l'observation grâce à des échelles validées. (11)

Le score de douleur ainsi obtenu est à distinguer de la satisfaction qui pourra varier notamment lors du travail et de l'accouchement avec la notion de la mise au monde. Elle est liée à une attente préalable. (12)

1.4 Sage-femme et douleur

1.4.1 La douleur obstétricale et les sensations de l'accouchement

La douleur obstétricale peut être définie par la douleur ressentie depuis le début du travail jusqu'au post-partum immédiat. (12) Elle est décrite comme l'une des douleurs les plus intenses et augmente avec la progression du travail. (13)

Pendant le premier stade du travail, elle est due à la distension du col et du segment inférieur de l'utérus lors des contractions. Ce sont ces deux éléments anatomiques qui comportent les récepteurs les plus nombreux et qui sont sensibles aux forces de tension. Au cours du travail on a une extension des messages nociceptifs aux racines nerveuses sacrées, c'est-à-dire au bas du dos.

Lors du deuxième stade du travail, la douleur est liée aux contractions du corps de l'utérus puisque le col est dilaté, mais aussi à la pression sur les structures du pelvis par la présentation fœtale. Plus précisément c'est l'étirement des fascias, la pression sur les muscles squelettiques, la traction sur les ligaments utérins, l'urètre et le rectum. Lors de ce deuxième stade, la douleur est alors plus aiguë et localisée, elle peut s'étendre aux cuisses et s'accompagner d'une envie d'aller à la selle. (12)

Les fibres afférentes viscérales sont en quasi-totalité de type C. En conditions physiologiques ces viscères sont insensibles aux stimulations mécaniques ou thermiques mais des informations douloureuses peuvent être provoquées par une traction ou une distension. La douleur viscérale a un caractère sourd et difficile à localiser. (9)

La femme possède des mécanismes d'adaptation à la douleur, qui lui permettent de faire face, lorsqu'elle est incapable de les activer ou qu'ils ne lui suffisent pas on parle alors de souffrance et non plus de douleur. (14)

L'accouchement est considéré, aujourd'hui et depuis très longtemps, comme un processus douloureux. On constate d'ailleurs un vocabulaire soulignant l'aspect pénible de l'accouchement, en effet les mots 'travail' ou 'labor' en latin signifient fatigue, effort et désignent également le processus de l'accouchement.

Cependant, les sensations ressenties lors de l'accouchement varient grandement d'une femme à l'autre et chez une même femme au cours de l'accouchement. Certaines ne vont pas décrire de douleur tandis que d'autres vont la qualifier de sévère. (15) Les sensations pouvant être ressenties sont nombreuses et ne sont pas nécessairement douloureuses. Du plaisir peut notamment être ressenti lors du travail ou de l'expulsion, ce plaisir allant pour certaines femmes jusqu'à l'orgasme ou bien encore à une sensation d'euphorie, de béatitude. (16)

Certains des éléments pouvant jouer sur les sensations ressenties par la femme lors de l'accouchement vont être identifiés dans la suite de ce travail.

1.4.2 La place de la sage-femme

Selon le référentiel métier de 2010, assurer l'accouchement physiologique et son accompagnement fait partie des compétences de la sage-femme. De façon plus détaillée, elle vérifie notamment l'adaptation de la femme à la douleur et en lui proposant les moyens

d'analgésie adéquats, elle l'aide à gérer la douleur, en respectant, dans la mesure du possible, le rythme physiologique du travail.(5)

Cet accompagnement de la douleur par la sage-femme va nécessiter qu'elle ait une attitude rassurante pour la femme. Son calme et son attitude sereine seront des éléments importants ainsi que ses paroles encourageantes et rassurantes. Elle va également parfois être amenée à échanger avec la femme sur ses peurs lors de l'accouchement afin de décharger les émotions pouvant augmenter la douleur. (16)

On retrouve également dans ce référentiel métier, les compétences de la sage-femme en pré-partum (pendant la grossesse). La sage-femme peut assurer les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, notamment « *mettre en œuvre les principales techniques de travail corporel de préparation à la naissance (respiration, relaxation, ...)* ». (5) Là encore la réassurance est un élément-clé : la sage-femme va s'efforcer de mettre en place un climat de confiance favorable aux échanges. Elle va rechercher les inquiétudes des patientes, repérer les non-dits et anticiper les questions non posées à propos de sujets pouvant être sources d'inquiétude. La sage-femme va ainsi pouvoir favoriser l'émergence de compétences personnelles et la confiance en soi. (5)

1.5 Techniques de soulagement de la douleur en obstétrique

1.5.1 Techniques médicamenteuses

De nombreuses innovations ont été faites dans le domaine de l'analgésie notamment en obstétrique, où le recours aux médicaments pour soulager la douleur est commun.

L'analgésie péridurale est un type d'anesthésie loco-régionale. Sa pose est réalisée par un anesthésiste et consiste en l'administration de produits anesthésiques dans l'espace péridural via un cathéter. C'est la technique déterminée comme étant la plus efficace pour diminuer la douleur obstétricale par les études ; de plus elle présente peu d'effets indésirables telle qu'elle est pratiquée actuellement et peu de contre-indications. Ainsi en France elle est utilisée lors de plus de 70% des accouchements. (12,17)

La péridurale peut être utilisée en association avec une rachianesthésie, on va alors également injecter dans l'espace intrathécale. La rachianesthésie qui peut aussi être utilisée seule permet une installation beaucoup plus rapide de l'analgésie.

Il existe d'autres types d'analgésie locorégionale comme le bloc paracervical (injections de part et d'autre du col), le bloc honteux interne ou encore l'analgésie caudale mais ils sont moins utilisés et présentent plus de risques. (12,18)

Il est également possible d'utiliser la voie systémique pour l'anesthésie en obstétrique, c'est-à-dire que les produits passeront dans la circulation sanguine. Il existe plusieurs produits utilisables mais cela a plus d'effets indésirables à la fois sur la mère et sur le fœtus. De même que pour la péridurale, il est possible de mettre en place un mode d'administration contrôlé par la patiente appelé PCA. On observe alors une diminution de la dose totale administrée.

A l'aide d'un masque on peut proposer l'inhalation de MEOPA (mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote), la patiente commence alors à inspirer ce gaz hypnotique au début de chaque contraction. (12)

L'homéopathie a également une place dans la gestion de la douleur obstétricale. Cette méthode repose sur les trois grands principes suivants : la similitude, l'infinitésimalité et la globalité. Hippocrate expliquait le principe de similitude ainsi : « *Les mêmes choses qui ont provoqué le mal le guérissent* ». Pour éviter le risque de toxicité ou de résonance de cette même substance, celle-ci est diluée et dynamisée, c'est le principe d'infinitésimalité. Enfin dans l'homéopathie, c'est l'individu dans sa globalité qui est soigné et la maladie correspond à une réaction globale de l'organisme. En obstétrique les substances utilisées existent sous forme de granules : petites sphères de saccharose et lactose, placées sous la langue et contenant la substance active diluée et dynamisée.

On retrouve de nombreuses indications en obstétrique et notamment soulager la douleur ainsi que limiter le stress et l'anxiété qui sont étroitement intriqués avec la douleur. Par exemple, en cas de lombalgies lors du travail, *kalium carbonicum* peut être utilisé, et ce sera *chamomilla* qui sera prescrit pour des douleurs intolérables. (19)

1.5.2 Techniques non pharmacologiques

a) Modulation de la douleur

De par le cheminement anatomique des voies de la douleur, on peut comprendre certains mécanismes de sa modulation.

Notamment au niveau de la moelle épinière, en effet les champs récepteurs ont une partie activatrice qui va recevoir l'information du nocicepteur et la transmettre au cerveau pour la

perception d'une douleur. Mais ils ont aussi une partie inhibitrice, si une information arrive au niveau de cette partie, elle pourra moduler l'information douloureuse.

La théorie du portillon se base sur ce phénomène et celui de la convergence des fibres au niveau de la moelle épinière expliqué précédemment. Elle consiste à déclencher des stimuli agréables (massages doux, mouvement, bain...) dans la région douloureuse pour moduler la douleur. On parle dans ce cas de contrôle segmentaire. (14)

Des contrôles d'origine supra-spinale sont également en jeu, c'est-à-dire venant d'une région située au-dessus de la moelle épinière ; ces mécanismes sont plus complexes et moins bien connus, le tronc cérébral y est notamment impliqué. (9) Le soulagement de la douleur peut donc être apporté par un contrôle des centres supérieurs : cela consiste à détourner l'attention. (14)

Ces deux types de contrôles sont par exemple mis en jeu lors de l'utilisation de la neurostimulation électrique transcutanée (TENS) : des électrodes sont placées sur la peau à proximité de la source douloureuse et cela peut permettre de réduire la douleur. (20)

On sait aussi qu'une douleur peut être atténuée ou même masquée par le stimulus douloureux d'une autre partie du corps. Ce phénomène est connu depuis longtemps : Hippocrate disait « *Si un patient est soumis simultanément à deux douleurs survenant dans différentes parties du corps, la plus forte atténue l'autre.* ». On parle alors de contrôles inhibiteurs diffus nociceptifs. (21)

L'injection sous-cutanée d'eau stérile peut être utilisée en obstétrique et illustre ce phénomène. L'injection se fait à un endroit du corps différent de la source douloureuse initiale, elle provoque une douleur modulant la première. (22)

La douleur obstétricale est modulée par de nombreux facteurs physiques comme l'âge maternel, les antécédents, l'adéquation entre la taille du fœtus et le canal génital. Mais elle est aussi largement conditionnée par des facteurs psychologiques, la préparation et la motivation peuvent la réduire tandis que la peur et l'anxiété vont l'aggraver. (12)

Ce sont les progrès de la psychologie expérimentale et de l'imagerie cérébrale qui permettent d'affirmer aujourd'hui que des émotions, des pensées, des comportements moteurs, la mémoire, les attentes, les relations interpersonnelles (et bien d'autres encore) modifient l'expérience douloureuse. L'expérience émotionnelle, composante de la douleur, comporte de nombreux éléments qui peuvent ou non être présents, éventuellement apparaître ou disparaître selon la

personne et le contexte. Il y a notamment l'anxiété, les attentes, les bénéfices secondaires, le système (entourage), la maltraitance, qui font fortement résonance en obstétrique. (11)

L'accompagnement, le soutien, l'environnement sont donc autant d'éléments indispensables au soulagement de la douleur. La prise en charge psychologique par les professionnels est un préalable indispensable à l'instauration d'une relation de confiance et à la bonne mise en place des autres techniques de gestion de la douleur. (12)

De plus, on sait que le soutien continu du travail par une personne formée soulage la douleur. Il est donc important que toutes les femmes puissent bénéficier d'un soutien continu, individuel et personnalisé, adapté selon leur demande, au cours du travail et de l'accouchement. Ce soutien va comporter le réconfort physique comme le toucher, les massages, mais aussi le soutien émotionnel passant par la présence continue, la réassurance et l'encouragement.

La sage-femme peut se charger des soins médicaux et également être un soutien continu, mais cela nécessite qu'elle ne s'occupe pas d'autres patientes en même temps. Ce soutien continu par la sage-femme implique également la facilitation de la communication avec la femme et son information comme l'explication des éventuels actes réalisés. (23)

b) Techniques de soulagement de la douleur utilisées fréquemment lors des accouchements physiologiques

Il existe de nombreuses méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur. Elles sont, pour la plupart, peu utilisées en pratique courante en France, notamment dans les hôpitaux où se déroule la majorité des accouchements. (17) Pourtant elles présentent très peu d'effets indésirables si elles sont bien utilisées, sont très économiques et généralement simples d'utilisation. De plus, elles permettent une gestion active de la douleur, par la femme elle-même, procurant un sentiment de contrôle. (23)

Selon la HAS, il est souhaitable d'accompagner les femmes dans leur choix en termes de moyens non médicamenteux qu'elles souhaiteraient. (24)

Pour la majorité de ces techniques, une préparation est réalisée pendant la grossesse. L'importance de la préparation dans le soulagement de la douleur sera abordée par la suite.

L'association professionnelle de l'accouchement accompagné à domicile (APAAD) a publié un rapport sur la sécurité et la qualité des accouchements assistés à domicile en France. Il est basé sur les données de 2019. On y retrouve notamment les méthodes de soulagement de la douleur ayant été utilisées lors de ces accouchements physiologiques. Il paraît important de souligner que 71% des femmes ont couplé différentes méthodes de soulagement. Ce sont ces différentes méthodes utilisées lors des accouchements assistés à domicile ainsi que leurs fréquences qui seront détaillées ci-dessous. (25)

La **mobilisation** a été utilisée lors de 54% des accouchements assistés à domicile selon les données de 2019. Par exemple plusieurs études ont montré l'efficacité des positions debout pendant le premier stade et accroupie pendant le deuxième pour le confort maternel. (23) La déambulation, l'utilisation d'un ballon sur lequel s'appuyer ou encore le fait de se suspendre par les épaules sont des exemples d'outils permettant la mobilisation. (26)

Dans 43,4% des accouchements assistés à domicile **l'immersion dans l'eau** a été employée pour le soulagement de la douleur. Le bain utilise la stimulation proprioceptive (modulation de la douleur au niveau de la moelle épinière) par l'eau chaude. (12) Le bain peut être pris tant au premier qu'au deuxième stade du travail et ne présente pas de surrisque démontré pour la mère ou le fœtus. Il prête à la parturiente plus de capacités à soulager sa douleur et à se relaxer ; les études montrent que la perception de la douleur peut être diminuée grâce au bain. (27)

Les **sons** (vocalises ou chant) sont employés dans 42,3% des cas en 2019.

Des **massages** dans le but de soulager la douleur ont été réalisés dans 40,9% des accouchements assistés à domicile. Le toucher rassurant et les massages vont soulager la douleur mais aussi réduire l'anxiété sans présenter de risques. Le toucher englobe la prise de main, l'embrassade, le tapotement, les caresses ; et le massage pourra être défini par la manipulation intentionnelle et systématique des tissus mous du corps pour améliorer la santé et la guérison. La réaction au toucher par la parturiente dépendra de différents facteurs notamment culturels. Les accompagnants pratiquants les massages ou touchers devront donc guider leurs mouvements selon les désirs et réactions de la femme. (23) L'écharpe rebozo, venue d'Amérique latine, peut être utilisée lors du travail afin de moduler la douleur. Cette technique implique notamment des mouvements contrôlés et doux des hanches de la femme en travail, d'un côté à l'autre, à l'aide d'une écharpe tissée spéciale. (28)

Le rapport de l'APAAD montre un usage de **l'homéopathie** lors de 17,8% des accouchements, cette technique est détaillée dans la partie sur les techniques médicamenteuses ci-dessus.

60% des femmes ont géré les douleurs liées à l'accouchement en **totale autonomie** pour au moins une partie du travail et 12,6% durant tout l'accouchement.

Dans 4,3% des accouchements assistés à domicile en 2019 on retrouve l'emploi de la **sophrologie** et/ou de l'**hypnose**. Elles font partie des méthodes dites psychologiques de gestion de la douleur.

L'acupuncture a été employée dans 2,6% des cas. C'est une technique de médecine traditionnelle chinoise qui consiste à stimuler des points spécifiques du corps en insérant et manipulant de fines aiguilles. Ces points d'acupuncture peuvent être stimulés par d'autres techniques également comme la stimulation électronique, le laser, l'acupression (manuelle) ou encore la moxibustion (préparations à base de plantes brûlées aux points d'acupuncture). (29)

Durant la grossesse les femmes peuvent également se tourner vers d'autres professionnels afin de se préparer à la douleur de l'accouchement. Elles peuvent pratiquer le chant prénatal, le yoga ou de nombreuses autres techniques. Par exemple la méthode Bonapace basée sur trois grands principes abordés précédemment : la théorie du portillon (avec des stimuli non nociceptifs), les contrôles inhibiteurs diffus nociceptifs (avec une stimulation douloureuse de points précis du corps) et le contrôle des centres supérieurs (avec notamment la respiration et la relaxation). (13)

Le jour de l'accouchement la sage-femme fera le lien entre cette préparation et l'événement de la naissance.

II) L'accouchement physiologique

2.1 Définition de l'accouchement physiologique

La majorité des femmes enceintes ne présentent pas de complications, le déroulement et les caractéristiques de leur grossesse sont habituels, on parle alors de situation physiologique (à la différence de la pathologie).

Des situations à risque sont définies et permettent de déterminer le niveau de risque d'une grossesse selon la présence d'une ou plusieurs de ces situations. Les professionnels qui suivent la grossesse ont la responsabilité d'évaluer son niveau de risque et ce jusqu'après l'accouchement. Il est même recommandé que le niveau de risque soit évalué dès le suivi gynécologique quand la femme exprime un désir de grossesse. (30)

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit l'accouchement normal comme un accouchement accompagné seulement de faibles risques identifiés au début du travail et perdurant tout au long du travail et de l'accouchement. C'est aussi un accouchement débutant spontanément, où l'enfant naît en présentation du sommet (tête en bas) entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée.

La HAS parle d'accompagnement de la physiologie de l'accouchement pour un accouchement normal lorsque sont exclues les analgésiques médicamenteuses comme l'analgésie locorégionale et l'administration d'ocytocine pour accélérer le travail. Selon l'HAS certaines interventions comme la rupture artificielle de la poche des eaux (amniotomie) ou la pose d'une voie veineuse restent dans la définition de la physiologie. (24)

On divise classiquement le travail en trois stades. Le premier décrit la période du début du travail à la dilatation complète du col de l'utérus. Ce premier stade comporte une phase de latence qui commence avec les premières contractions régulières/rythmées et potentiellement douloureuses et une phase active qui commence entre 5 et 6 cm de dilatation cervicale et se termine à dilatation complète. (3) Ensuite vient le deuxième stade qui se termine à la naissance de l'enfant. Ce deuxième stade est classiquement divisé en deux phases : la première de descente de l'enfant dans le bassin et la deuxième d'expulsion avec les efforts expulsifs maternels. Enfin on parle de troisième stade jusqu'à l'expulsion du placenta. (31)

2.2 Mécanismes hormonaux

La physiologie de la naissance est liée à de nombreux mécanismes hormonaux interagissant ensemble. Ces interactions peuvent favoriser ou inhiber l'activité des uns et des autres. Cette physiologie peut aussi être perturbée par des interventions médicales.

L'une des hormones majeures dans le processus de la naissance est l'**ocytocine**, elle a de nombreux effets sur le cerveau et le corps. Elle sert notamment de médiateur pour les contractions de l'utérus en étant libérée dans la circulation sanguine par le cerveau et en allant se fixer sur l'utérus. (32) L'ocytocine naturelle augmente le sentiment de calme et soulage la douleur. (14) Or cette production d'ocytocine pendant le travail peut être réduite suite à l'installation d'une analgésie péridurale. Pour cette raison ou d'autres comme le déclenchement du travail, on peut être amenés à administrer de l'ocytocine de synthèse qui ne possède pas les mêmes bénéfices notamment pour le soulagement de la douleur.

Au fur et à mesure du travail, il y a une augmentation du taux **d'endorphines** chez la parturiente. Ces hormones permettent une analgésie endogène (soulagement de la douleur) et une réduction du stress. (14,32)

Les endorphines permettent une réponse au stress ; en cas de stress maternel excessif, elles peuvent être produites à des taux élevés pouvant inhiber l'ocytocine et donc le travail. A l'inverse un taux trop bas d'endorphines ne permet pas de soulager la douleur ni de réduire le stress. (32)

L'adrénaline et la noradrénaline, appartiennent à la famille des **catécholamines**, elles permettent les réactions de stress en cas de danger (combat ou fuite primitivement). Elles vont favoriser l'apport de sang vers le cœur, le cerveau, les muscles moteurs principaux et vont le diminuer vers l'utérus et le bébé. La douleur, la peur et l'anxiété peuvent provoquer la synthèse de ces cathécolamines. Celles-ci vont alors perturber la sécrétion d'ocytocine et donc le bon déroulement du travail. En effet on pourra retrouver des contractions désordonnées, irrégulières, diminuées ou stoppées à cause de la sécrétion d'adrénaline. De plus, la redistribution sanguine peut entraîner une mauvaise oxygénation du fœtus. (31)

L'environnement et l'entourage de la femme ont un rôle fondamental dans la réduction du stress. Des hormones favorisant la progression du travail comme l'ocytocine seront sécrétées dans un milieu exempt de stress et avec un entourage encourageant. On retient notamment le soutien continu, l'attitude positive de l'entourage mais aussi l'information et la préparation comme éléments favorisant le bon déroulement du travail.

Ainsi, de nombreux mécanismes hormonaux permettent le soulagement de la douleur notamment en favorisant la réduction du stress. On comprend l'importance de favoriser la physiologie tant pour la mère que pour le bébé. (14)

Au niveau du cerveau, on peut distinguer une partie primitive, commune avec les autres mammifères et une partie appelée le néocortex. Le cerveau primitif est tourné vers nos pulsions et agit sans l'influence de la pensée à la différence du néocortex. Lorsque la femme se sent en

sécurité, elle va pouvoir lâcher prise et laisser faire son cerveau primitif, la physiologie et donc la libération des bonnes hormones. (33)

L'intervention non pharmacologique pour le soulagement de la douleur est basée sur toute cette compréhension de la physiologie et sur l'utilisation des ressources naturelles de la femme. (14)

2.3 Types de suivi et lieux de naissance

2.3.1 Types de suivi

En France deux types de suivi (suivi A et suivi B) et deux procédures d'orientation (demande d'avis A1 et demande d'avis A2) sont définis en fonction des professionnels de santé impliqués ou à solliciter.

Ainsi, si la grossesse relève d'un faible niveau de risque, la femme peut bénéficier d'un suivi de type A : suivi régulier par une sage-femme, un médecin généraliste ou obstétricien selon son choix. Elle est libre de choisir le professionnel qui la suit.

L'avis d'un gynécologue-obstétricien peut être conseillé (avis A1) ou nécessaire (avis A2) pour déterminer si la grossesse doit ou non bénéficier d'un suivi de type B. Le suivi de type B est réalisé en cas de situation à risque faisant considérer un niveau de risque élevé. Dans ce cas, c'est un gynécologue-obstétricien qui réalise le suivi régulier.

Ce haut niveau de risque peut être transitoire et revenir ensuite à un suivi A en cas de retour à une situation de bas risque. De même on peut passer d'un suivi A à un suivi B à tout moment de la grossesse en cas de survenue d'une situation à risque.

Selon les recommandations actuelles de la HAS le suivi médical de grossesse débute par une consultation avant 10 semaines d'aménorrhée (SA) puis comprend six consultations à partir du quatrième mois (une par mois).

Parallèlement, 8 séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) sont systématiquement proposées. La première est appelée entretien prénatal précoce qui se fait individuellement ou en couple. Puis les autres séances peuvent être individuelles ou en groupe, la femme ou le couple peut choisir entre différents types de PNP. (30)

Afin d'assurer la continuité des soins il est recommandé que le suivi soit réalisé autant que possible par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne. (30)

Le cadre de l'accompagnement global à la naissance favorise ce principe : la femme ou le couple est suivi par un nombre très restreint de professionnels, c'est un accompagnement individuel et personnalisé. En effet c'est la sage-femme qui assure le suivi médical de la grossesse, mais aussi les séances de préparation à la naissance, et est responsable de l'accouchement et de ses suites. (6)

2.3.2 Préparation

Quel que soit le type de suivi, il est nécessaire d'apporter aux femmes une information claire et loyale leur permettant de choisir les modalités d'accouchement qui leur conviennent. (14) En effet, c'est lors de cette préparation que des informations précieuses seront délivrées notamment pour la gestion de la douleur au moment de l'accouchement. Cela est valable jusqu'au jour de l'accouchement : selon la HAS la bientraitance des patientes dans le secteur de naissance inclut l'information sur la prise en charge de la douleur. Les recommandations précisent qu'une information concernant les indications, les possibilités, les limites, les risques éventuels et les contre-indications des différentes interventions non-médicamenteuses et médicamenteuses doit être donnée pendant la grossesse. (24)

Les parents peuvent rédiger un projet de naissance pendant la grossesse : c'est un document écrit énonçant leurs souhaits quant au déroulement de la grossesse et à la naissance de leur enfant. Le professionnel accompagnant la grossesse leur proposera de réfléchir et d'écrire ce projet de naissance pendant la grossesse. (30)

Il existe de nombreux types de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). A l'hôpital, des séances en groupe sont généralement proposées reposant sur la psychoprophylaxie. Elle propose une information donnée à la patiente sur le déroulement de l'accouchement afin de réduire son angoisse. On y retrouve également des techniques de relaxation, de respiration, le détournement de l'attention et le soutien psychologique. Elles sont présentées comme complémentaires aux méthodes pharmacologiques de traitement de la douleur. (34)

L'information de la patiente fait partie des compétences de la sage-femme, elle explique les points théoriques, biologiques, anatomiques favorisant les connaissances de la femme sur le processus d'accouchement. (5)

Dans le rapport de l'APAAD sur les accouchements accompagnés à domicile, on retrouvait le chant et les vocalises comme technique utilisée pour le soulagement de la douleur. Le chant prénatal est un type de préparation à la naissance pouvant être réalisé en groupe ou individuellement. C'est une technique basée sur le ressenti et le travail du corps et non sur la recherche de beaux sons. La respiration y est beaucoup travaillée, ainsi que les postures, les vocalises et l'apprentissage de chansons.

Concernant l'accouchement, les sons graves entraînent la libération d'endorphines qui permettent, comme vu précédemment, de réduire la douleur. Il est intéressant de noter que l'imprégnation hormonale entraînée par la grossesse offre aux femmes enceintes la possibilité de produire des sons plus graves avec l'exercice. Ces notes graves, habituellement réservées aux hommes, permettent aussi de faire vibrer le bas du corps, siège de la douleur de l'accouchement, et soulagent cette dernière. La pratique du chant prénatal, de par l'apprentissage du bon placement du souffle et de la voix développe les ressources personnelles et diminue l'angoisse. (35)

Des techniques psychologiques de soulagement de la douleur comme l'hypnose peuvent également être développées durant la préparation à la naissance. Durant la grossesse la femme va profiter de l'hypnose pour se détendre, se centrer sur ses sensations corporelles agréables, cela lui permettra le jour de l'accouchement de modifier favorablement la perception des sensations corporelles pénibles. (36) Ces techniques vont aider les femmes à mobiliser leurs ressources le jour de l'accouchement, elles vont également permettre de diminuer l'angoisse. (37)

2.3.3 Lieux de naissance

Lors du suivi de la grossesse, le lieu de naissance sera choisi par la femme ou le couple mais aussi selon les structures existantes à proximité de leur habitation et du niveau de risque de la grossesse.

Dans le cas d'un faible niveau de risque (suivi de type A), plusieurs lieux de naissance sont possibles. En France on compte trois types de maternités (I, II et III) selon les équipements et le personnel présent. Ces trois types de maternités peuvent prendre en charge une femme présentant un faible niveau de risque. Mais celle-ci peut aussi décider d'accoucher à domicile, en espace physiologique (interne à la maternité) ou encore en maison de naissance. (30)

Les maisons de naissance, les unités physiologiques ou encore le domicile sont des lieux de naissance adaptés aux accouchements physiologiques et donc aux situations à bas risque qui concernent la majorité des femmes. L'HAS stipule que lorsqu'on passe d'un accompagnement de la physiologie à un accompagnement comprenant des interventions techniques et médicamenteuses il est nécessaire de réaliser un transfert vers la maternité.

Elle recommande aussi d'informer la femme enceinte des modalités de prise en charge au sein des différents lieux de naissance afin qu'elle puisse faire un choix éclairé.

L'APAAD, association professionnelle de l'accouchement accompagné à domicile, propose une définition de l'accouchement accompagné à domicile : c'est « *un accouchement physiologique, non médicalisé, respectant le rythme de la mère et de l'enfant, se déroulant à domicile et accompagné par une sage-femme* » (38). Elle précise également que cet accouchement s'inscrit dans un suivi global par la sage-femme.

Les maisons de naissance (MDN) sont des structures autonomes dirigées par des sages-femmes. Elles proposent un modèle de soins continu centré sur le patient avec une moindre médicalisation. En France elles sont contiguës à une structure autorisée pour la gynécologie-obstétrique et n'existent que depuis quelques années. Mais ces MDN sont plus développées dans d'autres pays comme au Québec où la majorité des accouchements a lieu dans ces structures. (39)

L'espace physiologique correspond à un espace démedicalisé présent au sein du service obstétrique d'un hôpital. Il est parfois appelé salle nature et sa fonction est variable selon les hôpitaux. Il a pour objectif d'offrir un cadre plus chaleureux et respectant la physiologie au sein de la maternité. Il est possible dans certaines structures que des sages-femmes exerçant en libéral aient accès à cet espace pour leurs patientes souhaitant un accouchement physiologique dans le cadre d'un suivi global. Cela leur permet donc d'accoucher à l'hôpital en étant accompagnée de la sage-femme ayant suivi leur grossesse. On peut alors parler d'exercice en plateau technique pour ces sages-femmes libérales. (40)

2.4 Demande des usagères

Une évaluation du plan de périnatalité de 2010 définit différentes approches du projet d'accouchement retrouvées chez les femmes de l'étude. Globalement elle montre un intérêt

présent pour les démarches naturelles et les techniques douces (plus ou moins important selon les femmes) et une demande de retour rapide à la maison.

Elle décrit aussi deux types de démarches de la part des usagères, minoritaires mais bien présents : la première appelée « accouchement traditionnel » avec un support familial fort et l'absence de péridurale. La deuxième appelée « accouchement naturel » condamne un milieu ultra-médical et la surmédicalisation et souhaite laisser sa place à la nature.

Aujourd'hui certaines usagères et certains couples souhaitent une humanisation de la naissance, favoriser le côté naturel de cet événement. Le respect de la physiologie passe par de nombreux éléments comme l'entourage, l'environnement et la psychologie. Ainsi le cadre de surmédicalisation rencontré aujourd'hui n'est pas propice à cette physiologie et s'éloigne du sens naturel de la naissance. Certains couples veulent donc s'éloigner du modèle centré sur le risque et trouver d'autres possibilités pour vivre ce moment unique de la naissance comme ils le souhaitent. (39)

Le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) a pour objectif de faire mieux entendre les attentes, les demandes et les droits des femmes et des couples. Suite à son enquête sur la douleur, il souligne une insatisfaction chez près de 60% des femmes qui ont eu une péridurale alors qu'elles n'en souhaitaient a priori pas avant l'accouchement. Ces femmes soulignent un défaut d'accompagnement et le fait qu'on ne leur ait pas laissé le choix. Le CIANE encourage une information plus complète des femmes quant aux techniques de soulagement de la douleur ; un meilleur échange au préalable sur les souhaits de la femme et l'amélioration du soutien lors de l'accouchement.

POPULATION ET METHODE

I) Population

Cette étude a inclus des sages-femmes réalisant du suivi global depuis au moins un an ou ayant pratiqué du suivi global durant au moins un an.

Les sages-femmes ne réalisant pas de suivi global et réalisant du suivi semi-global, n'ont pas été incluses dans l'étude. Le suivi semi-global offre une continuité pré et post-natale mais excluant l'accouchement. N'ont pas été incluses non plus, les sages-femmes ne parlant pas ou ne comprenant pas le français.

II) Méthode

2.1 Type d'étude

L'objectif principal de cette étude, comme précisé précédemment, est de faire décrire la prise en charge de la douleur lors d'accouchements physiologiques par les sages-femmes pratiquant ou ayant pratiqué le suivi global.

Elle présente également un objectif secondaire qui est le suivant : étudier la préparation à la douleur de l'accouchement en anténatal par les sages-femmes pour des accouchements physiologiques.

Afin de répondre à ces objectifs, une étude qualitative de type descriptive interprétative a été choisie.

Une étude ayant une approche qualitative a pour but de comprendre un phénomène, une attitude, un choix et contrairement à une étude de type quantitative, elle ne vise pas à être généralisable à l'ensemble de la population.

2.2 Mode de recueil des données

Lors de la réalisation de cette étude, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de sages-femmes répondant aux critères d'inclusion. Ainsi des témoignages détaillés ont été recueillis comportant des données qualitatives et descriptives.

Ces données concernaient la prise en charge de la douleur de l'accouchement dans le cadre du suivi global mais également la préparation concernant cette douleur lors du suivi de grossesse.

Un guide d'entretien (Annexe I) a été utilisé afin d'orienter les entretiens. Il comporte des questions sur l'expérience de la sage-femme, le contenu de la préparation et sa place dans la prise en charge de la douleur de l'accouchement, les outils, les interventions de la sage-femme liés à cette prise en charge mais également les éventuels freins rencontrés.

Les entretiens ont été réalisés en présentiel ou à distance via appel téléphonique et ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Ils ont ensuite été intégralement retranscrits par écrit via un logiciel de traitement de texte.

2.3 Déroulement de l'étude

Le recrutement des sages-femmes participant à l'étude s'est fait via l'envoi de courriels ou messages expliquant brièvement l'objet de l'étude, son déroulement et leur proposant d'y participer.

Les contacts ont été obtenus par bouche à oreille et grâce au site internet de l'Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile.

Lorsque les sages-femmes répondaient positivement à la demande, un rendez-vous téléphonique ou présentiel était convenu et une lettre d'information (Annexe II) leur était transmise.

Les entretiens ont été réalisés à partir du mois de novembre 2021 jusqu'au mois de juin 2022. L'enquêtrice a contacté quinze sages-femmes par message téléphonique ou courriel dont onze n'ont pu participer à l'étude en raison d'une indisponibilité. Quatre sages-femmes se sont vues proposer l'entretien sur leur lieu de travail et ont toutes pu répondre positivement. Huit entretiens ont finalement été réalisés : quatre au sein des cabinets respectifs des sages-femmes, et quatre par téléphone. Tous ont été réalisés de façon individuelle après recueil du consentement oral de la participante.

Un enregistrement audio de chaque entrevue a permis une retranscription écrite intégrale par la suite. Les entretiens ont duré en moyenne une 1 heure et 6 minutes avec un maximum de 1 heure et 24 minutes et un minimum de 45 minutes. L'intégralité des enregistrements compte donc 8 heures et 48 minutes.

Dans la rédaction de la suite des résultats, il a été choisi de modifier le prénom des répondantes afin de conserver leur anonymat.

Au cours de cette étude, le titre a été modifié, il était initialement : « Gestion de la douleur dans l'accouchement physiologique ». Cependant, le mot 'gestion' ne semblait pas convenir à ce qui est décrit dans cette étude, le terme 'd'accompagnement' a ainsi été préféré.

La grille d'entretien a également évolué après la réalisation des deux premiers entretiens qui ont permis de définir des questions plus pertinentes et mieux formulées. Les deux grilles se trouvent en annexes à la fin de ce travail.

2.4 Mode d'analyse des données

La retranscription des entretiens est analysée de façon verticale, c'est-à-dire que chaque entretien est relu individuellement. Cela permet d'en faire ressortir les concepts et les thèmes qu'il contient.

Ensuite une analyse horizontale est réalisée, elle permet de comparer les thèmes retrouvés dans les différents entretiens, on a alors une vision globale du contenu de l'étude.

2.5 Aspects éthiques et règlementaires

2.5.1 Avis de comité consultatif

Une déclaration a été réalisée auprès du Délégué à la Protection des Données (DPD) du CHU de Clermont-Ferrand. Ce dernier a donné son accord pour cette étude en décembre 2021.

2.5.2 Information et consentement

Une lettre d'information a été réalisée dans le but d'expliquer le déroulement de l'étude aux participants. Elle leur a été envoyée par courriel. De plus, leur consentement écrit ou oral a été recueilli lors des échanges avant de débiter l'entretien.

2.5.3 Anonymat

Dans cette étude l'ensemble des données a été anonymisé. Par exemple les données comme le nom de la sage-femme interrogée a été remplacé par une lettre de l'alphabet selon l'ordre chronologique de réalisation des entretiens.

Le dossier informatique renfermant les entretiens a été sécurisé.

RESULTATS

I) Données socio-démographiques des participantes

L'ensemble des sages-femmes répondantes correspondaient aux critères d'inclusion et exerçaient donc en suivi global. Les tableaux ci-dessous reprennent les principales caractéristiques :

	Audrey	Véronique	Valentine	Sabine
Années d'expérience en tant que SF	16 ans	2 ans	4 ans	28 ans
Années d'expérience en suivi global	5 ans	1 an	2 ans	15 ans
Expérience avant de faire du suivi global	Hospitalier, libéral	Hospitalier, libéral	Hospitalier, libéral	Hospitalier, libéral
Mode de suivi global	Plateau technique	Domicile	Domicile et Plateau technique	Domicile et Plateau technique
Formations liées à l'accompagnement des accouchements physiologiques	Acupuncture, Bonapace, eutonie, De Gasquet, formation de l'APAAD*, formation avec Karine la SF	Bonapace, formation de l'APAAD*	Formation de l'APAAD*, aromathérapie, Bonapace	Compagnonnage, suivi de grossesse, formation de l'APAAD*
Préparation collective ou individuelle	Collective	Collective	Collective	Collective

	Célia	Manon	Noémie	Danielle
Années d'expérience en tant que SF	6 ans	12 ans	14 ans	3 ans et demi
Années d'expérience en suivi global	3 ans	3 ans	10 ans	3 ans et demi
Expérience avant de faire du suivi global	Hospitalier, libéral	Hospitalier	Hospitalier, libéral	
Mode de suivi global	Domicile et Plateau technique	Maison de naissance	Domicile et Plateau technique	Plateau technique
Formations liées à l'accompagnement des accouchements physiologiques	Compagnonnage, histoire de la naissance et la mort dans la naissance, midwifery today, spinning babies	Compagnonnage	Hypnose	Souhait de se former à l'aspect psychologique dans la grossesse et la naissance
Préparation collective ou individuelle	Collective	Individuelle	Individuelle	Individuelle

*Formation aux gestes d'urgence en milieu extra-hospitalier par l'Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile
SF : sage-femme

II) Résultats des entretiens

3.1 La préparation pendant la grossesse

3.1.1 Le partage de savoirs et son influence sur le vécu de la douleur

Le fait d'apporter des informations aux femmes sur les étapes de l'accouchement et la physiologie a été évoqué unanimement par les sages-femmes interrogées. Celles qui font de la préparation en groupe parlent aussi des échanges entre les couples comme apport de

connaissances. Sabine explique que le partage de savoir diminue les inquiétudes. Et selon Audey « *Tout ce que tu vas pouvoir apporter comme informations et de connaissances à la femme ça va permettre de travailler sur la douleur* ».

Au-delà des connaissances sur le processus d'accouchement, les professionnelles interrogées décrivent les différentes émotions et sensations pouvant parcourir la femme durant le travail. Cela permet à la femme de ne pas être surprise par ces sensations, de prévenir la peur de l'inconnu. Valentine va parler notamment de la sensation de « poussée dans les fesses » à la descente du bébé, ou encore du « cercle de feu » lors de l'ampliation du périnée.

Les connaissances apportées aux femmes et à leurs accompagnants permettent, comme le dit Audrey, « *que la femme sache ce qu'elle vit, ce qui se passe dans son corps* ». Toutes ces informations vont également rendre le couple plus autonome le jour de l'accouchement selon Véronique.

3.1.2 Changer le regard sur la douleur

Lors de la grossesse, les répondantes cherchent aussi à déconstruire les mythes sur la douleur de l'accouchement. « *Je les interpelle sur le fait qu'elles sont déjà conditionnées à avoir mal pendant l'accouchement* » explique Noémie. Sabine parle d'une transmission, une notion culturelle de la façon dont on parle de la douleur.

Pour changer ce regard, les sages-femmes vont présenter les sensations comme « *un signal qui va être guide et permettre d'aller dans la direction de la naissance* » selon Célia. « *Je leur dis que les contractions sont dans leur équipe* » confie Danielle. C'est donner une vision positive des contractions qui permettent la progression de l'accouchement.

Et elles vont également chercher à déconstruire la gêne de certaines femmes à adopter l'attitude qu'elles souhaitent le jour de l'accouchement. Manon explique : « *Comme on est dans une société où beaucoup de femmes prennent une péridurale, elles ont honte de faire du bruit ou d'être dans un état animal* ». Pour cela plusieurs professionnelles vont mimer les sons ou les attitudes d'une parturiente lors de la préparation, notamment Véronique : « *c'est moi qui fais les sons, les expressions... voilà ça les fait rire.* ».

3.1.3 Favoriser l'acceptation

Les répondantes ne vont donc pas chercher à enlever la douleur mais plus à ce que les femmes acceptent les sensations. Et ce en les préparant à l'intensité et aux émotions qui peuvent les traverser.

La majorité des sages-femmes ont également insisté sur l'importance d'accepter les possibilités, accepter que ça ne se passe pas comme prévu. Danielle incite les couples à ne pas être figés sur leur projet. Cette acceptation permet une sérénité et joue sur la douleur.

Les séances de préparation vont donc aborder la médicalisation de la naissance afin que les couples y soient aussi préparés.

3.1.4 Les outils utilisés par les sages-femmes en préparation

Les sages-femmes utilisent divers supports et outils lors de leurs séances de préparation. Elles vont par exemple dessiner des vagues représentant les contractions pour illustrer l'intensité des différentes étapes. Ce schéma leur permet de montrer aussi la temporalité de la contraction : « *ce qui est difficile finalement c'est la fin de la montée et le début de la redescende* » explique Audrey ; et donc de rassurer sur le temps majoritaire de détente par rapport au temps de contraction.

Valentine et Manon racontent les étapes de l'accouchement sous la forme d'une randonnée. Valentine parle aussi d'un mémo graphique représentant différents outils abordés pendant les séances.

Elles sont trois à évoquer Karine la sage-femme et notamment sa représentation de la naissance sous la forme d'un vortex.

Les professionnelles conseillent également des références bibliographiques sur la physiologie à leurs patientes.

3.1.5 La préparation corporelle

Certaines sages-femmes proposent des pratiques corporelles lors des séances, tandis que d'autres se concentrent sur l'apport théorique et les échanges pendant la grossesse. Aucune ne s'oppose pour autant aux autres techniques de préparation comme le chant prénatal, l'haptonomie ou encore la sophrologie. En effet, elles expliquent que ce sont de bons moyens

d'accéder à la relaxation et au relâchement entre les contractions le jour de l'accouchement. « *Il n'y a donc pas de méthode particulière que je propose mais je donne un panel aux femmes en parlant de techniques corporelles comme le yoga, l'acupuncture* » dit Valentine.

Audrey, de même que Véronique ou encore Manon montrent des positions, des massages que les couples peuvent s'entraîner à faire pour que cela soit plus spontané à l'accouchement. Elle explique que cela permet que les femmes « *sentent qu'elles n'y vont pas sans aucun bagage. Elles ont des connaissances et leur corps a des capacités, des connaissances* »

3.1.6 Les choix de la femme avant tout

C'est de façon unanime que les répondantes abordent les choix de la femme et du couple. Tout d'abord elles expliquent que la préparation qu'elles proposent s'adapte aux besoins et questions des patientes. Par exemple Audrey laisse les femmes choisir les séances auxquelles elles souhaitent participer « *ce n'est pas à moi de leur imposer de venir à l'un ou l'autre* ». Danielle évoque avec le couple les projets qu'ils ont pour la naissance. Elle explique que cela lui semble primordial que ce soit le choix de la femme d'accoucher sans péridurale. Véronique ajoute que cette motivation de la femme va jouer sur le vécu de la douleur le jour de l'accouchement.

Elles cherchent à ne pas déposséder la femme de son accouchement : « *c'est elle qui doit rester au centre, Maîtresse du processus* » explique Célia. Cela passe par les échanges avec la femme, la façon de partager le savoir : « *Ne pas les envoyer dans leur incapacité* » dit Sabine. Également par le fait que la sage-femme ne se rende pas indispensable explique Manon en accord avec Audrey : « *Ce n'est pas à moi de savoir ce qu'elle doit faire* » et Véronique « *Elles ont le pouvoir, il faut juste qu'elles le sachent !* ». Valentine ajoute « *ne surtout pas donner d'injonctions et laisser la femme, c'est elle qui sait quand même ce qu'elle veut* ».

3.2 Les peurs

3.2.1 L'impact de la peur sur la douleur

La douleur est inversement proportionnelle aux inquiétudes, explique Sabine. Et Célia précise : « *L'origine de la douleur peut être en lien aussi avec la peur de ne pas savoir ce qui se passe* », ce qui confirme l'importance de la connaissance des femmes sur le processus. Valentine parle de l'impact de l'état émotionnel et psychique de la femme, la peur empêchant notamment le relâchement entre les contractions.

Elles sont plusieurs à parler de la médicalisation comme source de stress. Dans leurs pratiques, elles limitent le nombre de touchers vaginaux. Valentine explique que le fait d'examiner le col de façon systématique toutes les heures met une sorte de pression à la femme et peut engendrer un sentiment de déception si l'examen ne montre pas de progression. Elle se fie donc d'abord au ressenti de la patiente.

3.2.2 Des peurs diverses

Les peurs peuvent concerner des éléments très variables d'une femme à l'autre. Sabine explique qu'elles peuvent être liées à l'histoire personnelle, ou encore aux récits de l'entourage.

Valentine parle de l'impact du parcours de vie sur le ressenti et le vécu. Par exemple Célia souligne les traumatismes sexuels qui vont jouer sur les sensations lors de l'accouchement. Les questionnements sur le devenir mère sont aussi évoqués par les professionnelles interrogées. Audrey explique que cela, peut-être influencé par le rapport de la femme avec sa propre mère « *quand tu es enceinte et que tu n'as plus ta maman pour x raison, ça peut être important tu vois.* ».

Selon Audrey, la principale peur est la peur de la douleur, Sabine explique que certaines femmes restent en phase de latence pendant longtemps car elles ont peur de la douleur à venir et donc ne laissent pas le travail progresser.

3.2.3 Rechercher les peurs

Pour limiter l'impact de la peur sur la douleur, les sages-femmes vont en parler pendant la grossesse. Selon Célia, cela peut avoir lieu pendant les séances de préparation mais aussi pendant les consultations. La majorité des répondantes insistent sur l'importance d'avoir du temps en consultation pour diminuer les inquiétudes. Elles font toutes des consultations entre 30 minutes et 1 heure 30, ce temps permet d'aborder les peurs, les traumatismes, les histoires de vie. « *Je leur parle d'autres peurs, parfois on a peur de l'arrivée du bébé, de la vie qu'il va y avoir après. La peur que son corps soit modifié, que son partenaire nous voit dans cet état-là* » confie Noémie.

Il leur semble important de parler des histoires de naissances qu'on a raconté à la femme et en particulier celle de leur famille : « *tu as tout ce qui a pu s'être passé dans la lignée familiale, la*

lignée féminine. Donc comment a accouché ma mère, comment a accouché ma grand-mère ? » explique Célia. Danielle parle aussi de l'intérêt de rechercher les peurs de l'accompagnant.

Ces peurs peuvent également resurgir le jour de l'accouchement et ne pas avoir été décelées avant. Sabine explique qu'il faut parfois insister, poser plusieurs questions sur les inquiétudes. Les répondantes ont été nombreuses à évoquer des exemples de patientes dont le travail ne progressait pas ou qui avaient un ressenti douloureux exacerbé à cause d'inquiétudes. Elles réussissent dans nombre de cas à débloquer cela grâce à l'échange.

3.2.3 Désamorcer, rassurer et accepter

Lorsque des peurs émergent, les sages-femmes expliquent qu'elles aident les femmes à comprendre les raisons de ces peurs pour les désamorcer. Comme le dit Valentine : « *si ça leur fait peur il vaut mieux qu'elles en parlent pour l'évacuer* ». Par exemple lorsque cette peur est liée aux récits de l'entourage, les professionnelles vont ramener la femme au réel : aider à différencier sa propre histoire de celle des autres.

Célia explique qu'il faut également accepter certaines peurs « *Pouvoir la regarder cette peur, soit la peur de la douleur, de l'hémorragie, de la césarienne* ». Cela fait référence à la notion d'acceptation évoquée auparavant. Sabine et Valentine confirment en disant : « *il faut accepter qu'on ne peut pas tout régler.* », « *toutes les femmes ont leur histoire, elles ont droit aussi d'avoir leur jardin secret et il peut aussi y avoir des choses inconscientes qu'elles ne savent pas* ».

Le rôle des professionnelles va aussi être celui de rassurer. Par exemple pour les femmes qui ont peur de la douleur à venir lors de l'accouchement, leur parler de la capacité d'adaptation de leur corps : « *tu ne pourras pas avoir plus mal que tolérable* » cite Sabine. Cela passe aussi par le fait de ramener à la normale, rassurer sur les sensations tellement intenses qu'elles paraissent parfois anormales aux femmes, et cela les inquiète. Les sages-femmes parlent aussi de leur attitude sereine qui va rassurer la femme : « *que tu sois plus solide que ce qui les inquiète car elles traversent des trucs super intenses.* » explique Célia.

3.3 La confiance

3.3.1 La confiance en la femme et en la physiologie

La confiance est un thème qui revient régulièrement et à l'unanimité chez les répondantes. Elles parlent notamment de la confiance de la sage-femme et de l'accompagnant en les capacités de la femme. « *Je suis convaincue qu'elle est capable d'accoucher* » explique Célia. Véronique dénonce la « *vision pathologique de la naissance* » chez certains professionnels et l'importance d'avoir confiance en la physiologie. La femme a besoin d'un entourage qui a confiance en elle le jour de l'accouchement expliquent les répondantes : cela concerne donc également l'accompagnant.

Elles parlent des compétences des femmes, de leurs corps : « *Ne réfléchis pas à ça, ton corps sait.* » cite Audrey.

Manon, elle, explique que le manque de confiance en elle de la femme va avoir un impact sur la douleur. Noémie propose la pratique de l'hypnose lors de la grossesse « *je fais de l'hypnose pour les mettre en confiance en leur capacité à gérer la douleur, la contraction* ». « *Les séances vont [...] permettre de révéler en quelque sorte les ressources de la patiente* ».

3.3.2 La relation de confiance

La relation de confiance entre les professionnelles et les couples est également majoritairement évoquée comme pouvant jouer sur le vécu de la femme. Manon souligne l'importance de communiquer avec le couple, et Danielle confirme : « *le vécu de tout ça ne passe pas tout à fait de la même manière quand les couples ont vraiment confiance* ».

Cette relation de confiance est favorisée par le suivi global qui permet de mieux se connaître et par le temps passé en consultation et en préparation pour établir ce lien. Danielle veille par exemple à répartir les consultations et les séances de préparation afin de voir régulièrement les couples.

Les sages-femmes soulignent toutes l'importance que la femme soit en confiance lors de l'accouchement afin d'améliorer son vécu des sensations.

3.4 La physiologie

3.4.1 Les capacités du corps

« *Les femmes ont les outils dans leur propre corps pour gérer la douleur, elles ont tout ça en elles, elles n'ont pas besoin qu'on leur explique ce qu'elles vont faire* » : Audrey souligne les capacités de la femme, de son corps. Sabine précise la capacité d'adaptation qu'a le corps pour que la femme vive les sensations de plus en plus intenses. Célia explique que la femme doit écouter ses sensations, qu'elles sont un guide vers la naissance.

3.4.2 Les mécanismes hormonaux

Les professionnelles interrogées ont majoritairement abordé les mécanismes hormonaux comme atout pour la douleur. Elles parlent de l'état de conscience modifié de la femme grâce aux endorphines qu'elle produit. Sabine explique que les femmes sont soûles d'endorphines au point d'être parfois désinhibées ce qui explique certains comportements : « *Elle ne parle plus de façon claire et directe, elle commence à être un peu shootée* » précise Manon.

Elles soulignent aussi la nécessité pour la femme de se sentir en sécurité afin de « *l'aider à accéder aux endorphines qui sont là pour l'aider dans la douleur* » comme le dit Manon.

3.4.3 La physiologie et la douleur

Le déroulement obstétrical va avoir un impact sur les sensations de la femme. Véronique explique par exemple que « *clairement sur les variétés postérieures la douleur est plus forte et précoce* ». Elle évoque ainsi l'impact de la position du bébé sur les sensations de la femme.

Les répondantes soulignent l'importance d'avoir une sage-femme qui ait l'habitude d'accompagner la physiologie afin de ne pas perturber son cours : « *ne pas perdre ce savoir d'accompagner les femmes dans la traversée d'accouchement sans péridurale sans en avoir peur, sans paniquer* » explique Célia.

3.5 Les sensations

3.5.1 Un ressenti différent pour chaque femme

Sabine explique que le rapport aux sensations est propre à chaque femme. Lors de la préparation, elle parle de son aspect subjectif. Les sensations ressenties lors de l'accouchement

vont être très différentes d'une femme à l'autre et pour une même femme d'un accouchement à l'autre.

Certaines femmes ne décrivent pas de douleur lors de leur accouchement, c'est ce que rapporte Audrey de ses échanges avec les femmes sur leur ressenti. Ou encore Danielle « *il y a des femmes qui ne parleront jamais jamais de douleur. Donc plutôt éviter de partir sur le principe que ça va être douloureux* ».

Elles sont donc nombreuses à veiller à limiter l'emploi du mot douleur : Noémie favorise « *énergie, force, effort, soulagement, détente* ». Le fait d'employer un vocabulaire positif revient dans tous les entretiens.

3.5.2 Un panel de sensations

Au fur et à mesure de l'accouchement la femme va ressentir des sensations différentes, un panel de sensations peut la traverser et varier durant le processus. Par exemple, les sages-femmes citent le « *cercle de feu* » au moment de l'expulsion qui correspond à une sensation de chaleur intense sur le périnée.

« *En prépa, je leur propose un panel de sensations : je mets orgasme, plaisir, intensité, douleur, souffrance* » explique Célia. La femme peut passer par toutes ou certaines de ces sensations lors des différentes étapes.

3.5.3 Le plaisir d'accoucher

Célia précise la notion de plaisir qui peut être ressenti lors de l'accouchement : « *les hormones de l'accouchement sont les mêmes hormones que quand on prend du plaisir, quand on fait l'amour, quand on a un orgasme on a un gros pic d'ocytocine. Et ces mêmes hormones vont être sécrétées au moment de l'accouchement. Il y aura la stimulation des mêmes organes et donc c'est possible qu'on puisse avoir un orgasme au moment de l'accouchement, qu'on prenne du plaisir en accouchant* ».

Les sages-femmes parlent de témoignages de femmes qui ont aimé accoucher, qui peuvent y prendre du plaisir. Ce plaisir est, pour certaines, différent de celui ressenti lors d'un rapport amoureux mais c'est une sensation agréable.

3.6 La posture de sage-femme

3.6.1 Être en présence, « 1 femme 1 sage-femme »

Toutes les sages-femmes ont abordé la notion de présence lors de l'accouchement, comme Danielle : « *il n'y a pas forcément besoin de faire plus que vraiment être présent. Mais vraiment présent* ». Sabine explique qu'il faut limiter le sentiment d'abandon que peut ressentir la femme. La femme doit se sentir écoutée, comprise : « *une présence qui est douce, discrète, à l'écoute* ».

Pour cela, lors de certaines phases de l'accouchement, une disponibilité totale de la sage-femme est nécessaire : « *pour moi l'élément-clé c'est d'être près de la femme et du couple, de ne pas les abandonner. Une femme une sage-femme* » défend Valentine.

Audrey conclue l'entretien avec ce qui lui semble primordial pour la femme : « *Du temps aussi, du temps des autres. Ouais, du temps et de la confiance.* ».

3.6.2 La discrétion

Mais cette présence doit être mesurée et ne pas déranger la femme : « *quand on est observée pendant l'accouchement on a l'impression de devoir, pas donner du spectacle, mais au moins rendre la monnaie tu vois ?* » précise Véronique. « *Il y a des femmes qui vont avoir besoin qu'on se tiennent plus à distance* » selon Célia.

C'est pourquoi, Danielle, qui travaille en plateau technique incite les femmes à faire le début du travail à la maison, « *Tant que ça va bien je suis assez partisane qu'ils restent chez eux [...]. Avec la disponibilité : évidemment que s'il y a quoi que ce soit ils m'appellent.* ».

Et même si elles sont près de la femme, les répondantes expliquent qu'elles se font discrètes : « *j'essaye de la toucher le moins possible, d'interagir le moins possible avec elle sauf si elle a vraiment besoin* » dit Noémie. Audrey la rejoint : « *Je ne fais quelque chose que si la femme le verbalise [...] ou si j'ai l'impression qu'elle ne fait pas face* ».

3.6.3 L'expérience et la connaissance

Les sages-femmes sont plusieurs à parler du compagnonnage qui leur a permis d'apprendre cette posture de sage-femme.

L'expérience est une notion qui revient : tant pour la préparation dont le contenu ou la forme a été modifié au cours des années par les professionnelles ; que pour leur attitude le jour de l'accouchement.

C'est cette habitude d'accompagner la physiologie et leurs connaissances sur l'accouchement physiologique qui leur permettent d'être sereines et donc de mettre la femme en confiance.

Les répondantes ont également évoqué le travail avec leurs collègues dans l'accompagnement de la douleur. Le fait d'être aidée par une personne de confiance dans les situations plus difficiles comme abordé par Valentine : « *Parfois ça peut apporter un petit coup de peps. Dans les situations très longues et très douloureuses avec des choses qui n'avancent pas on va bien sûr essayer de discuter de trouver les peurs, de proposer des choses* ».

3.6.4 Observer pour s'adapter

Toutes les répondantes adaptent leur accompagnement à ce que vit la femme. Audrey explique que l'attitude de la femme va la guider, « *comment elle bouge, comment elle respire, ce qu'elle verbalise, si elle crie ou si elle vocalise... si elle dit qu'elle en a marre, que c'est trop dur...* ».

Sabine s'adapte aux besoins de la femme : certaines sont demandeuses de soutien, d'autres laissent moins de place à la sage-femme, l'accompagnement de la douleur va être très individuel.

Noémie veille à adapter son attitude et son discours à ce que vit la patiente : « *on agit en miroir par rapport à la femme, et on lui renvoie positivement ce qu'elle est en train de vivre. Donc si elle est plutôt dans un rythme lent de début de travail on va plutôt être dans un rythme lent. Si elle est plutôt dans une phase active avec des contractions qui s'enchaînent, on va plutôt l'encourager. Si elle a besoin bien sûr* ».

3.6.5 Une posture bienveillante

Bienveillance, calme et sérénité sont des mots employés par les professionnelles pour décrire leur posture de sage-femme dans l'accompagnement de la douleur. Elles parlent aussi de la notion de respect : « *le truc clé c'est quelqu'un qui soit présent et qui respecte la femme* » selon Valentine.

Le soutien et les encouragements sont également souvent mentionnés : Véronique évoque la motivation de la rencontre avec le bébé. Noémie cite : « *ça y est vous êtes en travail, c'est trop bien* ». Elles vont apporter une vision positive « *c'est très bien tu souffles très bien...* » je vais lui renvoyer ce qu'elle est en train de faire mais de manière plus positive pour l'aider à faire avancer les choses et ressentir les choses différemment » et inciter les femmes à se servir de la force de la contraction plutôt que de la subir.

3.7 Les outils

3.7.1 Peu de besoins matériels

« *C'est assez simple il n'y a pas besoin de grand-chose.* » explique Valentine. En effet, les répondantes citent peu de matériel dans leur accompagnement de la douleur.

« *La baignoire, qui est quand même un outil assez bénéfique* » selon Danielle, revient de façon unanime. Certaines parlent de douche chaude et de bouillotte également. Sabine explique que le bain « *peut permettre de passer un cap* », comme l'explique Manon également : « *Quand je la sens crispée je viens à côté d'elle, [...] je propose [...] le bain* ».

L'écharpe rebozo est également citée, Célia explique que c'est une écharpe mexicaine permettant notamment de masser : « *on met l'écharpe autour du ventre et on va faire comme du pédalo avec les mains pour venir masser l'utérus et les ligaments. Avec l'écharpe on peut aussi faire comme un body Shake : la dame est à 4 pattes, on va envelopper ses fesses avec l'écharpe, faire un appui de chaque côté. Soit faire en mode très doux et subtil pour mettre en état de relaxation profonde, soit tu peux secouer très fort et très vite, là l'intérêt c'est quand tu as une résistance au niveau du col ou une douleur* ».

Certaines répondantes utilisent également le ballon ou des suspensions.

3.7.2 Le toucher

Les massages reviennent majoritairement : Sabine explique que ce contact peut permettre de rassurer la femme, de l'apaiser. Des massages divers sont abordés dans les entretiens : Manon parle de masser le bas du dos, exercer une pression sur le sacrum. Elles sont plusieurs à utiliser les outils de la méthode Bonapace, les points d'acupression ou encore « *la théorie du portillon,*

[...] *le fait de créer une deuxième douleur* » comme explique Véronique qui cite deux outils décrits dans cette méthode.

Le contact peut aussi passer par le fait que la femme s'agrippe à l'accompagnant.e ou encore par des câlins. « *Beaucoup de femmes ont besoin de sentir une présence physique, ça peut s'exprimer de plein de manières différentes, mais elles ont besoin de se raccrocher à quelque chose d'humain autour d'elle à un moment donné* » explique Valentine.

3.7.3 La liberté posturale

« *La notion de posture et de position, ça joue aussi beaucoup sur la douleur* » indique Audrey. Les répondantes expliquent que la femme va écouter ses sensations qui vont la guider dans les postures. Elle va aller vers des positions où elle se sent plus confortable, « *ou à l'inverse quand on va choisir une posture, on va sentir que ça s'intensifie car cette posture va permettre une plus grande ouverture du col* » explique Célia.

Manon invite parfois la femme à « *entrer dans le balancement pour passer les contractions* » et Valentine ajoute « *Si elle a une sensation dans les fesses, on va lui proposer une position 4 pattes pour l'aider à pousser* ». Les sages-femmes vont donc parfois proposer, suggérer des changements de positions mais jamais les imposer.

Une majorité des professionnelles a abordé l'outil Spinning babies, aussi appelé les trois sœurs : « *les inversions, le relâchement latéral, le jiggle* » précise Audrey. Valentine les décrit comme « *des positions spécifiques pour faire tourner le bébé* ».

3.7.4 Le relâchement

Toutes ont parlé de lâcher prise, de relâchement et de détente. Audrey parle de la fin de la contraction : « *Dès que tu commences à sentir que ça redescend il faut relâcher. Vraiment se détendre, être toute molle* ». Célia explique « *on vit le fait de ne plus avoir de contraction* ». Noémie l'aborde en préparation : « *à chaque contraction n'oubliez pas que la douleur elle amène surtout beaucoup de soulagement* ». « *Les femmes qui sont dans la peur et dans le contrôle c'est plus difficile pour elles* » explique Manon.

Sabine fait le lien avec la notion d'acceptation : « *Accepter le processus de l'accouchement, lâcher prise* ». Mais elle parle aussi de la difficulté à arriver à se laisser porter car « *c'est*

inhabituel dans notre société ». Véronique confirme : « *elles ont besoin de finir de s'abandonner complètement et c'est dur de lâcher prise* ».

Les répondantes vont donc proposer un soutien pour accéder à ce relâchement : les huiles essentielles pour Valentine, l'hypnose pour Noémie et elles sont nombreuses à parler de la respiration, des sons et des vocalises. Manon par exemple propose « *des souffles qui permettent de relâcher la mâchoire* » ou encore de tirer la langue. Elles vont plutôt guider les femmes vers des sons graves, notamment en les faisant pour que la femme imite. « *Je l'encourage à imaginer le bébé dans le bassin et à souffler plein d'air là où ça appuie et là où ça fait mal* ».

Lors de la première phase du travail, les professionnelles incitent aussi la femme à s'occuper pour ne pas se concentrer sur les sensations. Véronique explique : « *faire diversion vers autre chose, que ce soit les massages, ou s'occuper, s'occuper pendant la première phase du travail en tous cas* ».

3.8 L'accompagnant.e

3.8.1 Préparé.e et rassuré.e

Les répondantes laissent une place importante à la personne qui accompagne la femme en travail (généralement son conjoint). Elles l'incitent à être présent.e lors de la préparation et éventuellement des consultations pendant la grossesse : « *J'insiste beaucoup sur le fait qu'il y a leurs compagnons avec elles* » dit Audrey, notamment pour qu'ils aient eux aussi des connaissances sur la physiologie. Les sages-femmes expliquent l'importance de faire participer les accompagnants à la préparation pour qu'ils trouvent leur place, « *ils ne se rendent pas toujours compte qu'en fait ils ont quand même leur place et que leur soutien est important* » ajoute Danielle.

Noémie explique que « *le fait de rassurer aussi les conjoints ça contribue au meilleur vécu des contractions* ». Les sages-femmes cherchent à mettre le conjoint en confiance : « *je pense qu'un accompagnant qui est extrêmement stressé ça peut stresser la maman et donc des fois s'il y a besoin de faire une coupure et d'aller prendre l'air [...] et bien de le faire* ».

Elles expliquent aussi que l'attitude de la femme lors du travail peut être impressionnante pour quelqu'un qui n'en a pas l'habitude et qu'il est important de les y préparer : « *C'est important que le conjoint le sache sinon c'est au conjoint qu'il faut mettre la péri. Lui il se dit « mais elle a tellement mal » alors qu'en fait la femme ça va* » explique Audrey. Danielle explique l'effet

négatif que cela peut avoir sur le vécu de la femme : « *la laisser s'exprimer et ne pas se mettre à sa place. Pour ne pas induire derrière de choses comme « tu as l'air d'avoir vraiment mal, est-ce que tu ne veux pas ceci, cela... ».* ». La sage-femme peut également rassurer l'accompagnant.e le jour de l'accouchement afin de le mettre en confiance.

3.8.2 Bienveillant.e

« *Le meilleur coach de l'accouchement c'est eux, car ils connaissent la femme mieux que n'importe qui. Ils vont donc savoir mieux que n'importe qui quels mots vont pouvoir l'aider. Il faut qu'il soit une présence bienveillante et surtout rassurante.* » indique Noémie.

L'attitude du conjoint va jouer sur le vécu de la femme selon les répondantes : « *c'est super quand elle se sent libre d'exprimer à son conjoint ce dont elle a besoin* », explique Valentine. Les caractéristiques indiquées pour la posture de la sage-femme vont être reprises concernant la personne qui accompagne : calme, sérénité, bienveillance, confiance en la femme et en la physiologie, soutien.

3.9 L'environnement

3.9.1 Être dans sa bulle, favoriser le confort

Le confort de la femme est également un élément qui fait l'unanimité dans le discours des sages-femmes. Véronique parle de « *faire son nid* » et Manon d'être « *dans sa bulle* ». Célia conseille d'utiliser des coussins, des tapis de sol : « *finalement d'être confortable dans l'espace où on est c'est ce qui me semble important.* ».

L'environnement doit être sécurisant : Manon le compare aux conditions d'endormissement « *pour sortir de la vigilance* ». Et Valentine insiste sur « *Le respect de l'intimité. Je le relie en prépa à l'intimité dont on a besoin lors d'un rapport amoureux. Les hormones ont besoin de ça pour bien se diffuser, pour que le cocktail hormonal soit parfait. Donc on a besoin de la même chose au moment de l'accouchement* ».

Pour favoriser ce confort Véronique indique « *je leur dit de bien s'écouter, répondre à leurs propres besoins. [...] les besoins physiologiques manger, boire, dormir* ».

3.9.2 Limiter les stimuli

Les sages-femmes conseillent également d'éviter tout ce qui va faire que la femme va réfléchir, analyser : « *ne pas être dans le cortex mais dans l'instinct* » explique Célia.

Ce sont d'une part les stimuli sensoriels qui vont être limités grâce à une lumière tamisée, peu de bruit, et limiter les allers et venues dans la pièce notamment.

Elles vont aussi inciter la femme à être dans l'instant présent : « *éviter de lui parler du temps, du nombre de contractions, de chiffres, de nombres, de projection* » précise Célia. Sabine explique qu'il faut éviter de se projeter : « *les ramener au présent, de ne pas être dans l'anticipation des contractions à venir* ». « *Elle avance vague après vague* » complète Manon.

La sage-femme va donc faire en sorte de laisser la femme dans sa bulle cela passe par exemple par un discours simple : « *lui parler doucement avec très peu de mots et des mots apaisants* » explique Noémie.

3.10 Une étape particulière du travail : la phase de désespérance ou phase de transition

Les sages-femmes interrogées ont toutes abordé une étape du travail particulière dans l'accompagnement de la douleur : la phase de désespérance ou phase de transition.

Audrey explique que c'est une étape « *à la fin de la phase de dilatation. [...]. Mais c'est quelque chose qui ne dure pas* ».

Sabine précise que cette phase s'explique par « *une grosse décharge d'adrénaline qui va permettre de réveiller la femme soûle d'endorphines, pour la sortir de sa torpeur* ». Ce pic d'adrénaline va entraîner parfois des sensations et des émotions intenses. Célia précise « *c'est le point où la douleur devient incompréhensible pour le mental tellement elle est forte. Donc il y a une sorte de panique qui se fait* ».

Les répondantes préparent les femmes à l'éventualité d'un vécu difficile lors de cette étape : « *on va parler à nu et honnêtement de cette phase-là. Dire qu'il y a des femmes dans cette phase-là qui ont l'impression de mourir* ». Manon parle d'un « *genre de fragmentation où psychiquement elle a juste l'impression d'exploser* ».

C'est notamment cette phase qui peut être impressionnante pour les conjoints : « *tu vois une femme qui crie beaucoup, qui s'agite, on sait que c'est la phase de désespérance et donc on n'est pas loin de la naissance. Elle se sent un peu dépassée par tout ça* » explique Audrey.

D'où l'intérêt de parler de cette phase pendant la grossesse comme le dit Véronique : « *comme je leur dis, il y a beaucoup de demande de péridurale à 8cm, où la femme elle veut pas qu'on*

lui réponde « pas de problème j'appelle l'anesthésiste ». [...]. En fait elles la demandent mais c'est pas ça qu'elles demandent. Elles demandent du soutien. C'est là que je dis au papa il faut que vous soyez là, c'est la phase de désespérance. ». Sabine confirme la nécessité de rester présent vers la femme à ce moment-là : « Les femmes se sentent seules, sentiment presque nécessaire puisqu'elles sont seules à vivre ça. Mais ce sentiment augmente s'il n'y a personne à ses côtés ».

Les répondantes décrivent plus précisément leur accompagnement, comme Valentine : « Dans la phase de désespérance expliquer à la femme ce qu'elle est en train de vivre, raccrocher à des choses qu'on a déjà expliquées avant, dont on a déjà parlé en préparation. Rassurer sur ce que la femme est en train de vivre, car des fois c'est tellement intense tellement puissant qu'elle a l'impression qu'on ne va pas y arriver, que ce n'est pas normal ». Sabine ajoute que c'est dépendant de la femme : « parfois il ne faut rien dire, parfois utiliser des mots positifs à chaque contraction, ou faire des propositions [changement de position, bain, massages, ...] ».

DISCUSSION

I) Atteinte des objectifs

Les entretiens réalisés durant cette étude ont permis d'atteindre les objectifs. L'objectif principal étant d'explorer l'accompagnement de la douleur lors des accouchements physiologiques, les entretiens ont permis de décrire la posture des sages-femmes et celle des accompagnant.e.s, l'impact de l'environnement et de la confiance. Ils ont également souligné l'importance de la préparation et notamment la recherche des peurs et l'apport de connaissances sur la physiologie, ce qui répond à l'objectif secondaire de l'étude. La notion de douleur a également pu être explorée grâce aux échanges sur les sensations dans l'accouchement physiologique. Ces différents résultats vont pouvoir être analysés dans la partie qui suit.

II) Forces de l'étude

Le caractère qualitatif de cette étude permet d'aller plus loin dans l'exploration de l'accompagnement par les sages-femmes durant la grossesse et l'accouchement. Il offre une compréhension globale du phénomène étudié.

De plus des entretiens semi-directifs ont été réalisés laissant toute la place aux explications en détails par les personnes interrogées. En effet la grille de questions a seulement servi à guider les sages-femmes qui ont pu s'exprimer librement. La durée moyenne des entretiens étant de plus d'une heure, elle laisse voir l'étendue des notions qui ont ou y être abordées. Ce format d'étude a donc permis une diversité et une précision dans les réponses.

Les connaissances partagées par les professionnelles lors des échanges a permis de faire évoluer cette grille d'entretien, ce qui montre un réel apport des entretiens.

Le support audio comme base d'analyse des résultats permet de retranscrire également l'intonation des répondantes, en particulier lorsqu'elles donnent un exemple de discours adressés aux patientes.

Une force de cette étude réside en la diversité de sa population étudiée : en effet des sages-femmes travaillant en plateau technique, à domicile et en maison de naissance ont été interrogées. De plus, le critère d'inclusion de l'exercice en suivi global assure une certaine expérience et donc des connaissances dans l'accompagnement de l'accouchement physiologique par les sages-femmes participant à l'étude.

III) Faiblesse de l'étude

La moitié des entretiens de cette étude ont été réalisés à distance via appel téléphonique, cela a parfois été un frein dans la communication à cause de problèmes de réseau ou de contexte plus bruyant.

On note également un échantillon faible dans cette étude : 8 participantes et un biais de sélection car cela s'est fait sur la base du volontariat. Cependant, au vu du caractère non extrapolable de cette étude qualitative, les données semblent intéressantes dans un objectif de compréhension en profondeur du phénomène.

Enfin, le manque d'expérience de l'enquêtrice a pu parfois entraîner des difficultés dans la réalisation des entretiens avec une nécessité de reformuler parfois les questions.

IV) Discussion des résultats de l'étude

4.1 La préparation pendant la grossesse

Les informations échangées avec les couples lors de la grossesse et donc les connaissances de la femme sur la physiologie sont largement évoquées par les sages-femmes interrogées comme pouvant moduler la douleur le jour de l'accouchement. L'ignorance de la femme est évoquée par les auteurs Pottecher et Benhamou (2004) comme source d'anxiété et donc facteur aggravant de la douleur. D'autre part, ils présentent la préparation comme pouvant réduire celle-ci. (12) La littérature rejoint donc les résultats de cette étude quant à l'importance d'apporter des connaissances aux femmes sur la physiologie et le processus d'accouchement. Cela rejoint également le souhait des futurs parents qui attendent en priorité un apport lié au soulagement de la douleur lors de la préparation à la naissance et à la parentalité selon les résultats du mémoire d'une étudiante sage-femme de 2010. (41) Les recommandations émises en 2018 par Bonapace et al. vont également dans ce sens : « *encourager les parents et leurs aidants à se préparer à la naissance en s'informant sur la physiologie de l'accouchement et en acquérant des compétences pour composer avec la douleur* ». (14)

Pendant la grossesse les sages-femmes vont chercher à donner un sens à la douleur et changer le regard qui peut lui être porté. Cela passe par la déconstruction des a priori et des mythes sur la douleur de l'accouchement. Cette notion est décrite par la sociologue Marilène Vuille (1998) qui cite la Genèse : « *tu enfanteras dans la douleur* », et explique que « *l'accouchement est socialement construit comme étant douloureux* » (1). Elle propose de « *Remanier {...] les*

représentations négatives vivaces dans la société entière, afin de briser le dogme de la douleur inévitable ». (1)

Les répondantes vont aussi associer les sensations à la progression du travail et à sa finalité : la rencontre du bébé, elles ne vont donc pas chercher à éliminer les sensations mais plus les accepter. Arnal parle d'« *accepter les douleurs sans souffrir* », dans son article paru en 2016. (42) C'est également ce dont parlent Pottecher et Benhamou (2004) : « *La psychoprophylaxie ne doit donc pas éluder la douleur mais donner à la femme les moyens de mieux collaborer avec elle* ». (12)

Les résultats de l'étude permettent de préciser la façon de faire des sages-femmes pour partager le savoir et amener à faire réfléchir sur le sens et l'image qu'on a de la douleur. En effet cet aspect pratique qui est décrit, constitue un apport vis-à-vis des données de la littérature. C'est par exemple le fait d'imiter une femme en travail lors des séances de préparations afin que les femmes osent adopter une attitude animale le jour de l'accouchement. Ou encore la comparaison avec une randonnée que certaines utilisent pour décrire les étapes de l'accouchement.

Les professionnelles interrogées insistent sur les choix de la femme dans leur accompagnement tant pendant la grossesse que le jour de l'accouchement. Une enquête du Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) (2012) sur le respect des souhaits et du vécu de l'accouchement confirme le fait que les patientes ont envie d'être actrices de leur accouchement. (43) Les recommandations professionnelles vont également dans ce sens, notamment la Haute Autorité de Santé (2005) qui recommande aux professionnels d'aborder le projet de naissance avec le couple pendant la grossesse. (44) Mais les répondantes vont plus loin en insistant sur le fait de laisser la femme maîtresse du processus, elles vont éviter les injonctions et chercher à ne pas se rendre indispensable.

4.2 Les peurs

Tous les entretiens menés soulignent l'impact des peurs sur la douleur. Cet impact revient dans la littérature, par exemple Bonica et Chadwick (1993) parlent des facteurs culturels et psychologiques pouvant moduler la douleur, avec en tête de liste la peur, la crispation, le trac et la nervosité (45). Au-delà du domaine de l'obstétrique c'est une notion étudiée plus

globalement comme dans l'article Physiologie de la douleur de Plaghik, Mouraux et Bars (2017) : « dans l'élaboration d'une perception que nous identifions comme une douleur, la sensation, l'émotion et la cognition sont étroitement liées » (9)

L'anxiété de la femme enceinte et en travail est détaillée par Ina May Gaskin (2012) dans son Guide de la naissance naturelle : « Elles savent qu'en l'absence d'anxiété, ces facultés sont décuplées ». (16)

Les répondantes de l'étude prennent le temps pendant la grossesse de rechercher ces peurs mais aussi d'aborder l'histoire de vie de la femme. Certaines précisent notamment la recherche de traumatismes sexuels ou le vécu d'éventuels accouchements précédents. Cela rejoint les recommandations de la HAS (2005) d'échanger pendant la grossesse autour de « ce que la femme vit et a vécu ». (44)

Les résultats de l'étude précisent des sources de peurs récurrentes et en particulier les récits de l'entourage : les répondantes échangent avec leurs patientes autour des transmissions familiales autour de la naissance.

La recherche des peurs peut également être réalisée au moment de l'accouchement, le fait d'échanger et de rassurer la femme pourra jouer sur les sensations ce qui est également expliqué par Gaskin (2012) : « Prononcer les mots justes peut parfois détendre les muscles du bassin en permettant de décharger des émotions qui bloquaient effectivement la progression du travail » (16)

Au-delà de la réassurance décrite dans la littérature, les répondantes abordent un autre aspect de leur travail sur l'anxiété des femmes, c'est la notion d'acceptation et que toutes les peurs ne pourront pas être désamorçées.

4.3 La confiance

Les sages-femmes parlent de la confiance dans leur accompagnement de la douleur. Elles ont confiance en la femme, en ses capacités et veillent à ce que l'entourage de la femme partage cette confiance. C'est une notion retrouvée dans la littérature, on peut lire dans les recommandations de Bonapace et al. (2018) « en ayant confiance en la capacité de la mère à composer avec sa douleur et en l'encourageant à croire en sa capacité de donner naissance à son enfant ». (14)

Cette confiance passe aussi dans la relation tissée par les sages-femmes interrogées avec les femmes. Comme le confirment les articles abordant la relation de confiance comme celui de Pottecher et Benhamou (2004) « *L'information, l'écoute et l'accompagnement sont autant de signes d'humanité auxquels les femmes sont sensibles et qui permettent l'instauration d'une relation de confiance. [...] Ainsi, il a été démontré qu'une telle prise en charge améliorerait significativement la perception de l'accouchement chez les femmes qui en avaient bénéficié* ». (12)

Le suivi global et le temps d'échange lors de la grossesse sont des éléments permettant la bonne mise en place de la relation de confiance selon les professionnelles interrogées. La durée des consultations est en moyenne plus longue pour la population étudiée, ce qui semble être une donnée intéressante et peu retrouvée dans les recommandations de pratique professionnelles. Les intérêts du suivi global sont abordés par l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (2002) qui souligne que ce type d'accompagnement « *donne ainsi aux parents la confiance en leurs capacités à devenir acteurs et responsables de la naissance de leur enfant* ». (6)

4.4 La physiologie

Les capacités du corps de la femme en travail et notamment son adaptation aux diverses intensités au fur et à mesure du travail sont évoquées par toutes les répondantes. Les mécanismes hormonaux permettant cette adaptation sont étudiés et décrits dans la littérature : selon Bonapace et al. (2018) « *Un taux élevé d'endorphines durant le travail contribue à la réduction du stress et de la douleur chez la mère* » (14). On retrouve ces phénomènes décrits dans les travaux de l'obstétricien Michel Odent également (2011). (33)

Le respect de la physiologie et l'impact du déroulement obstétrical sont évoqués dans les entretiens comme jouant sur la douleur. Thomas (2022) évoque les conditions de travail actuelles des sages-femmes leur permettant de respecter la physiologie : « *Aujourd'hui, la sécurité offerte par les conditions sanitaires, l'hygiénisme, une surveillance accrue tout au long de la grossesse et des connaissances pointues en mécanique obstétricale permettent aux sages-femmes pratiquant des accouchements de garder une certaine sérénité et une confiance dans l'observation et le respect du temps de l'accouchement* ». (46)

4.5 Les sensations

Une grande variété de sensations ressort des résultats de l'étude, Gaskin (2012) l'évoque également « *une telle diversité dans les sensations, dans la façon dont les femmes décrivent les sensations qu'elles ont ressenties pendant le travail et l'accouchement* » (16)

Les sages-femmes décrivent même une absence de douleur possible chez certaines parturientes. Les statistiques vont aussi dans ce sens : dans une étude multicentrique menée auprès de 2 700 parturientes, Bonica (1984) recensait une douleur absente ou faible dans 15% des cas. (15)

Cette variété de sensations permet d'aborder la notion de plaisir et d'orgasme dans les entretiens menés. On peut également la retrouver dans la littérature internationale « *le travail et l'accouchement peuvent être extatiques – voire orgasmiques* » (16)

4.6 La posture de sage-femme

Comme évoqué dans tous les entretiens, la présence et le soutien sont des éléments majeurs de l'accompagnement de la douleur. Gaskin (2012) parle de « *L'assistance constante d'une personne en qui elles ont confiance* » (16). Une étude de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) de 2015 montre également un lien entre la présence de la sage-femme et le vécu de la douleur : « *Le nombre de sages-femmes est limité en salle de travail et la pose d'une péridurale peut être un moyen de faire face à la surcharge de travail au moment de certaines gardes* » (4)

La revendication « une femme une sage-femme » retrouvée dans cette étude est donc confirmée dans la littérature.

La posture de sage-femme décrite par les répondantes est caractérisée par la discrétion, le fait de ne pas déranger la femme et qu'elle se sente libre. La littérature confirme l'intérêt pour le vécu de la douleur que la femme se sente libre et qu'elle ait un sentiment de contrôle. (23)

Les sages-femmes évoquent aussi leur expérience et leurs connaissances comme atout dans leur accompagnement. Cela est confirmé dans la littérature canadienne : « *Il est important que tous les professionnels de la santé aient une bonne compréhension de la physiologie de la douleur, incluant son soulagement physique et psychologique* » (14)

L'évaluation de la douleur est une obligation comme stipulé dans la loi du 4 mars 2002. (47) Dans le domaine de l'obstétrique, la littérature médicale décrit une évaluation par le questionnement de la femme principalement. Stéphane Charré (2019) parle d'autoévaluation

où le patient met une note à sa douleur. (11) Les répondantes ont, elles, plus parlé d'évaluation par l'observation de la femme, de son comportement, de son discours. Elles vont parfois demander à la femme si elle fait face, mais vont éviter d'employer le mot douleur et ne pas questionner la femme si elle ne semble pas avoir besoin d'être soulagée.

Cette observation de la femme va permettre aux professionnelles de s'adapter à elle et à ses besoins. Une enquête de CIANE de 2014 sur l'accompagnement des femmes lors de l'accouchement révèle que : « *Pour les femmes, un bon soutien de la part des équipes implique de respecter à la fois leur besoin de présence, d'intimité, de réassurance* » (48). Bonapace et al. confirment (2018) « *Les professionnels de la santé devraient collaborer avec les femmes et être attentifs à leurs besoins pour mettre sur pied des interventions de soutien répondant à leurs désirs* ». (14)

Les sages-femmes interrogées rejoignent les recommandations de Bonapace et al. en parlant de leur attitude positive : « *l'adoption, dans la mesure du possible, d'une attitude positive joue[nt] un rôle important dans la production des hormones endogènes* » (14)

Dans leur posture, les sages-femmes de l'étude décrivent leur clame, leur bienveillance, leur soutien à la femme. Cela rejoint la littérature, notamment les mots de Gaskin (2012) : « *le calme de votre sage-femme, son attitude sereine ou ses paroles rassurantes* » (16) ou encore l'étude de Vuille (1998) qui souligne « *les encouragements de l'équipe médicale* » comme facteur modulant le vécu de la douleur. (1)

Une étude de la Cochrane (2003) sur le soutien continu confirme cela : « *le soutien de la parturiente semble accroître non seulement la satisfaction des femmes quant à leur expérience de l'accouchement, mais aussi sur la douleur, en effet, les femmes ont moins souvent recours à des médicaments contre la douleur* ». (49)

4.7 Les outils

Peu d'éléments matériels sont abordés dans l'étude pour l'accompagnement de la douleur. Cela semble différer des données de la littérature médicale, et notamment des recommandations françaises qui vont principalement détailler la prise en charge médicamenteuse de la douleur avec en première intention l'analgésie péridurale. (24)

La baignoire est cependant évoquée par toutes les sages-femmes interrogées, comme outil important dans leur accompagnement. L'impact du bain sur les sensations est confirmé par une étude de la Cochrane de 2018.(27)

Elles évoquent aussi l'écharpe rebozo, l'utilisation de cet outil a été étudiée par Iversen et al. en 2017. Leurs résultats sont en faveur d'une réduction de la douleur chez les femmes interrogées. (28)

Le toucher, avec notamment les massages, est très utilisé par les sages-femmes interrogées, elles incitent notamment l'accompagnant à les réaliser mais peuvent aussi masser la femme elles-même. L'intérêt de ces techniques est confirmé dans la littérature, comme l'expliquent Simkin et al. (2002) : « *Le toucher rassurant d'une infirmière et les massages pendant le travail peuvent soulager la douleur, réduire l'anxiété et améliorer la progression du travail, sans risques identifiés.* ». (23)

Les répondantes précisent certains types de massages et de stimulations tactiles que l'on retrouve décrits par la méthode Bonapace (2009). (50)

La liberté posturale de la patiente est un autre élément-clé selon les répondantes, le lien entre la douleur et la position est exploré dans la littérature internationale notamment Melzack, Belanet et De Lacroix dans leur étude de 1991. (51) Gaskin (2012) soutient également ce principe : « *Les besoins essentiels de la vie de tous les jours – être libre de ses mouvements [...] sont tout aussi forts pendant le travail, quand ils ne le sont pas davantage* ». (16) L'étude de Duclouis-Bouthors (2022) confirme l'utilité de l'utilisation du ballon et des suspensions évoquée par certaines répondantes : « *la déambulation, les mouvements assis sur un ballon ou la suspension par les épaules sont possibles et bénéfiques à l'analgésie et à la dynamique de l'accouchement* »(26).

Les répondantes utilisent parfois les outils de la technique Spinning Babies dont l'intérêt sur le déroulement physiologique de l'accouchement est décrit par Sirviö et al. en 2021. (52) Cependant la littérature est encore pauvre sur cette technique et notamment son impact sur la douleur de l'accouchement.

Ces différents outils évoqués lors des entretiens répondent à la théorie du portillon décrite par Bonapace et al. (2018) : « *La théorie du portillon consiste à déclencher des stimuli agréables dans la région douloureuse pendant ou entre les contractions pour moduler la douleur. Les*

méthodes les plus efficaces sont le mouvement et le positionnement du corps, les massages doux, les caresses, l'immersion dans l'eau et l'exposition à des vibrations ». (14)

Les sage-femmes parlent aussi du lâcher prise et du relâchement qu'elles vont favoriser chez leurs patientes afin qu'elles vivent au mieux les sensations. Pour cela plusieurs outils sont cités comme favorisant le relâchement. Le souffle et les sons graves, ainsi que le chant prénatal en font partie ce qui est en accord avec les données de la littérature. En effet un mémoire de sage-femme de 2018 montre l'impact du chant prénatal sur la douleur de l'accouchement. (35)

D'autres outils favorisant le relâchement et utilisés par certaines sages-femmes de l'étude sont la déviation de l'attention et l'hypnose qui sont décrites dans la littérature : « *Le contrôle des centres supérieurs du système nerveux central consiste à détourner ou à concentrer l'attention de la femme pour moduler la douleur. Les méthodes les plus efficaces sont le soutien apporté durant le travail ainsi que la pratique du yoga et de techniques de relaxation, de visualisation, de respiration, d'autohypnose et de restructuration cognitive* ». (14)

Les résultats de l'étude montrent aussi que les sages-femmes favorisent la relaxation entre les contractions, elles insistent sur ces moments de soulagement qui sont plus longs que les moments de contractions comme l'explique Gaskin (2012) « Ces pauses vous offrent l'opportunité de vous relaxer et d'apprécier le sentiment d'être 'normale' et en vie ». (16)

Mais les répondantes parlent surtout d'acceptation du processus, le fait de ne pas être dans le contrôle décrit par le même auteur : « *Laisse-toi aller. Abandonne-toi. Laisse-toi porter.* » (16)

L'aspect sociologique du lâcher-prise constitue une donnée intéressante de cette étude qui ouvre la réflexion aux domaines de la psychologie, de l'anthropologie et de la sociologie. (53)

4.8 L'accompagnant.e

La place importante laissée à la personne accompagnant la femme (conjoint.e généralement) est soulignée par les sages-femmes participant à l'étude. Cela rejoint les données de la littérature comme l'étude de Vuille (1998) désignant « *la présence du conjoint* » comme facteur modulant le vécu de la douleur. (1)

Les sages-femmes précisent l'importance de sa posture bienveillante et la nécessité à ce que cette personne soit préparée. En effet certaines expliquent qu'une personne n'ayant pas été

préparée peut être très impressionnée par l'attitude d'une femme en travail et elles sont parfois amenée à rassurer l'accompagnant.e lors de l'accouchement. Ce phénomène est décrit par Chalut-Natal Morin (2021) « *Il importe [...] de le préparer au sentiment d'impuissance et aux émotions intenses qu'il pourra ressentir lors de l'accouchement* ». (54)

Les répondantes décrivent le fait qu'une personne stressée autour de la femme en travail risque de lui transmettre son anxiété. Ce qui est en accord avec les écrits de Gaskin (2012) « *le soutien continu d'une personne qui n'est pas elle-même effrayée par l'accouchement* ». (16)

4.9 L'environnement

Les données récoltées lors de cette étude quant à l'attention que portent les sages-femmes à l'aspect intime et sécurisant de l'environnement rejoignent celles de l'étude d'Arnal (2016) : « *Les sages-femmes vont s'efforcer de rendre les salles d'accouchement les plus adaptées possible à ce qu'elles estiment être un environnement sécurisant. Cette attention portée à l'environnement participe, selon les sages-femmes, à un soulagement des douleurs* ». (42)

La notion de confort de la femme qui semble primordial aux répondantes de l'étude est également décrite dans la littérature internationale « *Les niveaux d'endorphines augmentent en conséquence surtout si l'on a assez chaud, que l'on se sent aimé et soutenu et par-dessus tout, on n'a pas peur* ». (16)

Les répondantes soulignent l'importance de limiter les éléments stimulant la réflexion de la femme, son cerveau frontal mais plutôt favoriser son ressenti, le fait qu'elle vive l'instant présent. Trélaün (2012) écrit « *le froid, la faim, la solitude, l'incompréhension de ce qui se passe, la contrainte, un environnement étranger, toute stimulation du néocortex, [...] auront pour conséquences d'entraver le lâcher-prise au risque d'augmenter la perception de la douleur* » (55) Michel Odent (2011) décrit les conditions nécessaires au bon déroulement du travail physiologique comme équivalentes à celles d'une relation sexuelle : intimité, pénombre, silence, température suffisamment élevée et où la femme ne se sent pas observée. (33)

Les résultats de l'étude donnent des précisions sur les éléments concrets mis en place par les sages-femmes pour limiter les stimulations du néocortex de la parturiente et favoriser sa production d'ocytocine et endorphines. Elles vont favoriser une lumière tamisée, certaines proposent à la femme de choisir des musiques qui la détendent. Mais elles vont également

veiller à leur attitude et leur discours, notamment ne pas parler d'heure, de chiffres et utiliser des mots simples.

4.10 Une étape particulière du travail : la phase de désespérance ou phase de transition

La phase de transition a été abordée lors des entretiens de cette étude et plus particulièrement l'accompagnement de la douleur lors de cette phase. En effet, elles expliquent que les sensations et les émotions à ce stade sont particulièrement intenses et peuvent être vécues difficilement par la parturiente qui peut paniquer et être emprise de désespoir. Cette description est retrouvée dans la littérature notamment chez Trélaün (2012) « *arrive le moment où la douleur entraîne la femme si loin, qu'elle capitule : c'est la désespérance ! Cela l'emmène trop loin pour elle : elle est allée jusqu'au bout de ce qu'elle pouvait, après, elle ne sait pas si elle peut encore* ». (55)

Les répondantes décrivent aussi un sentiment de solitude chez la femme lors de la phase de transition, cela peut être rapproché de l'étude de la douleur faite par Vuille (1998) « *Pour qui l'éprouve, la douleur est avant tout une expérience de solitude* » (1).

Le soutien de la femme à cette étape du travail correspond à une partie majeure de l'accompagnement de la douleur par les sages-femmes interrogées. Leur attitude est variable d'une femme à l'autre. Elles vont chercher à la rassurer de la même façon que le décrit Gaskin (2012) lorsqu'elle cite ses paroles de réassurance à une femme : « *N'aie crainte. ! je n'ai jamais vu une femme exploser ou se fendre en deux* ». (16)

Une donnée intéressante de cette étude est le fait que les répondantes parlent de cette phase aux patientes en préparation ce qui permettra de ramener la femme au réel le jour de l'accouchement mais aussi de préparer l'accompagnant.e à certaines attitudes de la femme qui pourraient l'impressionner.

Ces données sur la phase de désespérance peuvent, pour certaines être retrouvées dans la littérature internationale mais la littérature française reste assez pauvre sur ce sujet. De plus on note une grande différence entre la description classique des phases de l'accouchement par la littérature médicale -qui n'aborde pas la phase de désespérance- et celle des répondantes de l'étude. Par exemple, la HAS parle de premier, deuxième et troisième stades de l'accouchement avec une phase de latence et une phase active pour le premier stade et une phase de descente et une phase d'expulsion pour le deuxième. (3)

Enfin les répondantes semblent avoir la capacité de discerner le besoin d'une femme d'être soulagée pharmacologiquement de l'expression de la peur ressentie lors de cette phase. Ces deux éléments pouvant pourtant être exprimés par la femme sous la forme d'une demande de péridurale. Cela semble également peu décrit dans la littérature médicale et n'est pas abordé dans les recommandations professionnelles.

V) Projet d'action

Le taux d'accouchements sous péridurale étant élevé dans les maternités françaises et les étudiantes sages-femmes réalisant la majorité de leurs stages en milieu hospitalier, elles n'ont que peu de possibilité d'apprendre, en pratique, à accompagner la douleur lors d'accouchements physiologiques. Il semblerait pourtant intéressant qu'elles puissent acquérir ce savoir et qu'elles sachent adopter la posture décrite par les répondantes de l'étude. Afin de partager les connaissances et expériences partagées par les répondantes dans ce travail, des interventions pourraient être proposées aux étudiantes. Il semble approprié qu'elles aient lieu lors de la quatrième ou cinquième année d'étude afin que les étudiantes participant aient déjà accompagné plusieurs accouchements physiologiques. Cela permettrait en effet un échange d'autant plus intéressant, un apport de connaissances de leur part plutôt qu'une intervention sous la forme d'un cours magistral. La figure suivante est une proposition de séance menée auprès d'étudiantes et basée sur les résultats de cette étude :

Intervention auprès de 10 à 15 étudiantes sages-femmes de dernière année, volontaires pour participer à la séance (durée totale : 2 heures) :

1/ Tour de table de présentation des participant.e.s pouvant partager, si elles le souhaitent, leur expérience autour de l'accompagnement de la douleur et de l'accouchement physiologique
(environ 15 à 20 minutes)

2/ Présentation générale du mémoire avec explication d'un des résultats : la place importante de la préparation dans l'accompagnement de la douleur de l'accouchement physiologique. Et présentation de l'organisation de la séance
(10 minutes au total)

3/ Réalisation de deux groupes de réflexion de 5 à 8 étudiantes. Chacun mettant en commun les connaissances du groupe pour répondre aux problématiques suivantes :

(5 minutes d'organisation et 20 minutes de réflexion)

- Premier groupe : réflexion sur la préparation pendant la grossesse.

→ Qu'est-ce qui vous semble important pendant la grossesse pour l'accompagnement de la douleur de l'accouchement ?

→ Pistes de réflexion : organisation des consultations, de la PNP. Quelles connaissances apporter ? sur quels points échanger avec la femme / le couple ?

- Deuxième groupe : réflexion sur l'accompagnement de la douleur le jour de l'accouchement

→ Le jour de l'accouchement, selon vous, quels éléments vont permettre à la femme un meilleur vécu des sensations, de la douleur ?

→ Pistes de réflexion : la posture de la sage-femme, les outils pouvant être utilisés, l'environnement à favoriser, ...)

4/ Restitution par le premier groupe, échange avec l'autre groupe, apports par l'animatrice des données du mémoire. Puis même procédure pour le deuxième groupe

(20 à 30 minutes par groupe)

5/ Synthèse des points importants ressortant de la séance et mise en valeur des notions nouvelles apportées par les résultats de l'étude

Au-delà de ce projet concret, visant à développer les facultés des futures sages-femmes dans leur accompagnement de la douleur, d'autres éléments pourraient être développés pour améliorer cet accompagnement par les sages-femmes et favoriser un meilleur vécu des femmes. En effet il semble qu'une bonne connaissance de la physiologie soit nécessaire de la part de la sage-femme. Or, certaines sages-femmes ont moins l'habitude d'accompagner la physiologie de part le taux d'accouchements sous péridurale. La formation continue semble être un moyen de palier ce manque d'expérience pour que les professionnelles se sentent en sécurité lorsqu'elles accompagnent une femme accouchant physiologiquement.

Dans cette étude, l'accompagnement pendant la grossesse est un thème majeur dans les réponses. De nombreuses notions comme la recherche des peurs ou encore le renforcement de la confiance sont décrites comme impactant les sensations et le vécu le jour de l'accouchement. Il serait intéressant d'encourager les sages-femmes pratiquant le suivi de grossesse à mettre en

pratique ces éléments. Pour cela, le temps qu'elles peuvent accorder aux femmes lors des consultations devrait être valorisé afin qu'un accompagnement psychologique puisse s'ajouter à l'aspect purement médical.

CONCLUSION

La réalisation de cette étude a permis de faire décrire à huit sages-femmes pratiquant le suivi global leur accompagnement de la douleur lors des accouchements physiologiques. Elle a également pu décrire la place de la préparation pendant la grossesse dans cet accompagnement.

Il en ressort une importance majeure de la préparation et de l'échange de savoirs lors de la grossesse qui permettent aux femmes de comprendre le processus et le mettre en relation avec leurs sensations. Pour assurer une connaissance de la physiologie aux femmes et à leurs accompagnants, les sages-femmes vont favoriser les échanges en groupe ou en individuel et y consacrer du temps.

Ce temps va également permettre de faire émerger d'éventuelles peurs chez les futures mères et ainsi limiter leur impact sur la douleur le jour de l'accouchement. Cela va passer par la discussion et la recherche de peurs et de traumatismes. Mais elles vont également s'intéresser à la transmission qu'a eu la femme à propos de la douleur. La réassurance ou l'aide à l'acceptation de certaines inquiétudes permettront de limiter leur impact négatif sur les sensations de la parturiente. Enfin, le temps de la grossesse permettra de mettre en place une relation de confiance pour que la femme soit le plus en confiance possible le jour de l'accouchement. Pour assurer le meilleur accompagnement possible de la douleur, cette confiance devra être partagée par la sage-femme et l'accompagnant.e également qui devront être bienveillant.e.s et croire en les capacités de la femme.

La posture de la sage-femme lors de l'accouchement est importante : elle doit veiller à être à sa place, ne pas se rendre indispensable toute en étant présente et soutenante. Les choix et besoins de la femme auront une place centrale dans l'accompagnement de la sage-femme qui va chercher à s'adapter au mieux à ce qu'elle vit. Pour cela les sages-femmes interrogées soulignent l'importance de ne pas avoir à accompagner plusieurs patientes en même temps.

Dans cette étude les sages-femmes ont pu partager les outils qui leur permettent d'accompagner les femmes dans leur traversée de sensations et émotions qui peuvent être très diverses. En effet, le panel de sensations va varier au cours du travail et d'une femme à l'autre : certaines pouvant ressentir du plaisir lors de l'accouchement quand d'autres vont exprimer de la souffrance. Parmi ces outils, le bain et la liberté posturale seront les plus courants. Tous vont permettre à la femme de profiter du relâchement entre les contractions et de lâcher prise.

Il serait intéressant de partager les connaissances de ces sages-femmes expérimentées dans l'accompagnement de la physiologie et étudier leur applicabilité dans les différents lieux de naissance comme celui restant majoritaire : l'hôpital.

En effet, on peut espérer un meilleur taux de satisfaction des femmes quant à l'accompagnement et au respect de leur projet en particulier pour celles ne souhaitant pas de péridurale.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Vuille M. Accouchement et douleur, Une étude sociologique. Editions Antipodes; 1998. (Existences et Société; vol. 1).
2. CIANE P. Douleur et accouchement, un dossier tiré de l'enquête CIANE [Internet]. CIANE. 2013 [cité 29 juill 2022]. Disponible sur: <https://ciane.net/2013/04/douleur-et-accouchement-un-dossier-tire-de-lenquete-ciane/>
3. Haute Autorité de Santé (HAS). Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2017 [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales
4. En France, la péridurale est fréquente chez les femmes qui souhaitent accoucher sans · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. 2015 [cité 26 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/actualite/en-france-peridurale-est-frequente-chez-femmes-qui-souhaitaient-accoucher-sans/>
5. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Les compétences des sages-femmes [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. 2010 [cité 1 juin 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
6. Association Nationale, des Sages-Femmes Libérales. accompagnement global ANSFL [Internet]. Association Nationale des Sages-Femmes Libérales. 2002 [cité 1 juin 2021]. Disponible sur: <https://ansfl.org/?s=accompagnement+global>
7. Grand Larousse Illustré. Larousse. Paris; 2020.
8. International Association for the Study of Pain (IASP) [Internet]. [cité 20 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.iasp-pain.org/>
9. Plaghki L, Mouraux A, Bars DL. Physiologie de la douleur. EMC-Kinésithérapie-Médecinephysique-Réadaptation [Internet]. 31 août 2017 [cité 22 déc 2020];13(4):1-23. Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/1138282>
10. Jeanne Lefort. Explorer le choix d'un accouchement sans analgésie péridurale [mémoire sage-femme]. [Clermont-Ferrand]: Université Clermont Auvergne; 2020.
11. Charré S. Un millefeuille pour évaluer la douleur. Une approche comportementale pratique ou comment intégrer l'approche biopsychosociale au quotidien. Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement [Internet]. 2021 [cité 24 mai 2021];22(1):34-45. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S162456872100007X>
12. Pottecher J, Benhamou D. Douleur et analgésie obstétricales. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction [Internet]. 2004 [cité 17 mai 2021];33(3):179-91. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231504964381>
13. Bonapace J, Savoie, Chaillet, Gaumond I, Marchand S. Evaluation of the Bonapace Method: a specific educational intervention to reduce pain during childbirth. JPR [Internet]. 2013 [cité 10

nov 2020];6:653. Disponible sur: <http://www.dovepress.com/evaluation-of-the-bonapace-method-a-specific-educational-intervention--peer-reviewed-article-JPR>

14. Bonapace J, Gagné GP, Chaillet N, Gagnon R, Hébert E, Buckley S. N° 355-Fondements physiologiques de la douleur pendant le travail et l'accouchement: approche de soulagement basée sur les données probantes. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* [Internet]. 2018 [cité 10 nov 2020];40(2):246-66. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1701216317311428>
15. Melzack R. The myth of painless childbirth (the John J. Bonica lecture). *Pain*. août 1984;19(4):321-37.
16. Gaskin IM. *Le guide de la naissance naturelle Retrouver le pouvoir de son corps*. MAMA Editions; 2012. (Naissances).
17. Blondel B, Coulm B, Bonnet C, Goffinet F, Le Ray C. Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016: Results from the French National Perinatal Surveys. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* [Internet]. 1 déc 2017 [cité 22 déc 2020];46(10):701-13. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468784717301848>
18. Manninen T, Aantaa R, Salonen M, Pirhonen J, Palo P. A comparison of the hemodynamic effects of paracervical block and epidural anesthesia for labor analgesia. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* [Internet]. 2000 [cité 24 mai 2021];44(4):441-5. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1034/j.1399-6576.2000.440414.x>
19. Dubois C. L'homéopathie comme alternative ou complément aux thérapeutiques classiques en maternité Enquête et Etat des lieux dans 36 maternités françaises [Internet] [Mémoire Sage-femme]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2011 [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2011_DUBOIS_CLAIRE.pdf
20. van der Ploeg JM, Vervest HAM, Liem AL, Schagen van Leeuwen JH. Transcutaneous nerve stimulation (TENS) during the first stage of labour: a randomized clinical trial. *Pain* [Internet]. 1 nov 1996 [cité 24 mai 2021];68(1):75-8. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395996031417>
21. Le Bars D, Willer JC. *The Senses: A Comprehensive Reference* [Internet]. Masland RH, Albright TD, Albright TD, Masland RH, Dallos P, Oertel D, et al., éditeurs. Vol. 5. New York: Academic Press; 2008 [cité 20 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123708809001936>
22. Labrecque M, Nouwen A, Bergeron M, Rancourt JF. A randomized controlled trial of nonpharmacologic approaches for relief of low back pain during labor. *J Fam Pract*. 1999;48(4):259-63.
23. Simkin PP, O'Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2002 [cité 21 mai 2021];186(5, Supplement):S131-59. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937802701889>
24. Haute Autorité de santé (HAS). *Accouchement normal: accompagnement de la physiologie et interventions médicales Recommandations pour la pratique clinique* [Internet]. HAS. 2017.

Disponible sur: file:///C:/Users/Utilisateur/Zotero/storage/9UTCBBXF/Karine%20-%202017%20-%20Haute%20Autorit%C3%A9%20de%20sant%C3%A9.pdf

25. Association professionnelle de l'accouchement accompagné à domicile (APAAD). Sécurité et qualité des accouchements assistés à domicile en France : Analyse des données de l'année 2019 [Internet]. APAAD. 2020 [cité 18 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.apaad.fr/wp-content/uploads/2020/11/RAPPORT-2020-CONSOLIDE.pdf>
26. Ducloy-Bouthors AS. Déambulation, ballons et postures pendant le travail obstétrical: où en est-on ? Le Praticien en Anesthésie Réanimation [Internet]. 2022 [cité 13 août 2022]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1279796022000869>
27. Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water in labour and birth. Cochrane [Internet]. 2018 [cité 18 nov 2020]; Disponible sur: <http://dx.doi.org/DOI: 10.1002/14651858.CD000111.pub4>
28. Iversen ML, Midtgaard J, Ekelin M, Hegaard HK. Danish women's experiences of the rebozo technique during labour: A qualitative explorative study. Sexual & Reproductive Healthcare [Internet]. 2017 [cité 28 juill 2022];11:79-85. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575616301732>
29. Lee H, Ernst E. Acupuncture for labor pain management: A systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology [Internet]. 2004 [cité 27 mai 2021];191(5):1573-9. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937804005101>
30. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. La Revue Sage-Femme [Internet]. 2007 [cité 18 nov 2020];6(4):216-8. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1637408807796475>
31. Raana HN, Fan XN. The effect of acupressure on pain reduction during first stage of labour: A systematic review and meta-analysis. Complementary Therapies in Clinical Practice [Internet]. 2020 [cité 30 nov 2020];39:101126. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S174438811930502X>
32. Buckley SJ. Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care. Childbirth Connection A Program of the National Partnership for Women & Families. 2015.
33. Odent M. Le bébé est un mammifère. Editions l'Instant Présent. Paris; 2011.
34. Blanchard-Freund E, Guillaume S. De la psychoprophylaxie de l'accouchement à la préparation à la naissance et à la parentalité. //www.em-premium.com/data/traites/ob/05-50188/ [Internet]. 21 juill 2008 [cité 22 févr 2021]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/178867/resultatrecherche/1>
35. Auneau C. La préparation à la naissance par le chant prénatal [Mémoire Sage-femme]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2018.
36. Bienvenu M, Roger L, Andreu-Gallien J, Thiollier AF, Ignace I, Oury JF, et al. L'hypnose pour accompagner la grossesse et l'accouchement : travail hospitalier de préparation à la naissance. Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement [Internet]. 2013 [cité 1 juin 2021];14(5):250-4. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1624568713001042>

591013ac2b2430a89b270f6af2c76d8dfd086a07176afe7c76c2c61&pii=030439599390071V&tid=spdf-c30dcbbf-6dfd-48b3-b893-27d39f198f9b&sid=eeefabc78d850441328bc6768cbda25cd0eegxrqb&type=client

46. Thomas C. 3. Accouchement, autonomie et gestion du risque. In: Sage-femme, gardienne de l'eutocie [Internet]. Toulouse: Érès; 2022 [cité 26 juill 2022]. p. 161-258. (Trames). Disponible sur: <https://www.cairn.info/sage-femme-gardienne-de-l-eutocie--9782749273440-p-161.htm>
47. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.
48. CIANE. Quel accompagnement pour les femmes lors de l'accouchement? 2014.
49. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(3):CD003766.
50. Bonapace J. Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace. Les Editions de l'Homme; 2009.
51. Melzack R, Bélanger E, Lacroix R. Labor pain: Effect of maternal position on front and back pain. *Journal of Pain and Symptom Management* [Internet]. 1991 [cité 28 juill 2022];6(8):476-80. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/088539249190003M>
52. Sirviö R, Ohlsson M. Barnmorskors erfarenheter av att tillämpa Spinning Babies vid förlossning : En kvalitativ intervjustudie [Internet]. 2021 [cité 28 juill 2022]. Disponible sur: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:lnu:diva-100025>
53. Poletti R. Lâcher prise. Éditions Jouvence; 2013. 78 p.
54. Chalut-Natal Morin C. Chapitre 19. Place du conjoint. In: Hypnose en gynécologie et obstétrique en 35 notions [Internet]. Paris: Dunod; 2021 [cité 28 juill 2022]. p. 144-9. (Aide-Mémoire). Disponible sur: <https://www.cairn.info/hypnose-en-gynecologie-et-obstetrique-en-35-notion--9782100811885-p-144.htm>
55. Trélaün M. J'accouche bientôt. Que faire de la douleur? Editions le souffle d'or. Editions le souffle d'or; 2012.

ANNEXES

ANNEXE I : PREMIERE GRILLE D'ENTRETIEN

Grille d'entretien

- Généralités

Nous allons commencer en parlant de votre expérience :

Q : Depuis combien de temps exercez-vous ? Depuis combien de temps faites-vous du suivi global ?

Q : Où avez-vous exercé durant votre carrière ? (Quel type d'exercice et en rural ou en ville ?)

Q : Quelles formations avez-vous suivies ?

- Pendant la grossesse

Q : Lors de la grossesse, quelle préparation proposez-vous concernant la prise en charge de la douleur de l'accouchement ?

R : est-ce que vous réservez une ou des séances de préparation pour parler de la douleur ?

Parlez-vous de douleur physique ? psychique, psychologique ?

Proposez-vous des exercices à pratiquer pendant la grossesse afin de les mettre en place le jour de l'accouchement ?

Quels conseils et informations principaux donnez-vous concernant la douleur de l'accouchement ?

Abordez-vous la douleur de l'accouchement lors de préparation en groupe et/ou individuellement ?

Q : A quel moment abordez-vous la douleur de l'accouchement dans la préparation ?

Q : En quoi les besoins et demandes des femmes et couples impactent-ils la préparation que vous proposez ?

R : avez-vous une préparation ou une trame type ou bien se construit-elle en fonction du couple ?

- Lors de l'accouchement

Q : Le jour de l'accouchement, à quel moment mettez-vous en place un accompagnement ? A quel moment intervenez-vous par rapport à la douleur ?

R : Quand le couple est-il autonome ?

Sous quelle forme votre prise en charge de la douleur a-t-elle lieu (par exemple d'abord par téléphone ?)

Et où intervenez-vous (par exemple au domicile, cabinet, plateau technique, ...) ?

Q : Quelles sont les situations difficiles à gérer dans la prise en charge de la douleur ? Et à l'inverse, qu'est-ce qui vous aide à soutenir la femme, à prendre en charge la douleur ?

R : par exemple la motivation, l'entraînement, les souhaits, votre expérience

Q : Quels outils vous aident dans la prise en charge de la douleur ?

R : notamment du matériel, des mots, des attitudes

A quel moment les utilisez-vous ?

Q : Le jour de l'accouchement, comment utilisez-vous le travail fait en préparation lors de la grossesse ?

R : comment faire le lien avec la préparation ?

Quel est l'impact du suivi global sur la prise en charge de la douleur ?

Si vous ne pouvez pas accompagner le couple le jour de l'accouchement, comment la préparation sera-t-elle utile au couple et à la sage-femme qui les prendra en charge ?

Q : Lors de l'accouchement, comment parlez-vous de la douleur ?

R : employez-vous un vocabulaire particulier ?

Est-ce différent pendant la grossesse ?

Q : Quelle est la place de l'accompagnant ou des accompagnants dans la prise en charge de la douleur ?

R : Comment les impliquez-vous durant la grossesse ? Quelle est leur place lors de la préparation à la gestion de la douleur ?

Q : Y a-t-il des outils ou des interventions que vous utilisez lors de tous ou une majorité des accouchements ?

R : Y a-t-il pour vous des éléments clés qui devraient être mis en place lors de tout accouchement physiologique pour le soulagement de la douleur ?

Qu'est-ce qui serait transposable à l'hôpital pour un accouchement physiologique ?

ANNEXE II : DEUXIEME GRILLE D'ENTRETIEN

Grille d'entretien

- Généralités

Nous allons commencer en parlant de votre expérience :

Q : Depuis combien de temps exercez-vous ? Depuis combien de temps faites-vous du suivi global ?

Q : Où avez-vous exercé durant votre carrière ? (Quel type d'exercice et en rural ou en ville ?)

Q : Quelles formations avez-vous suivies ?

- Pendant la grossesse

Q : Lors de la grossesse, quelle préparation proposez-vous concernant la douleur de l'accouchement ?

R : est-ce que vous réservez une ou des séances de préparation pour parler de la douleur ?

Comment abordez-vous la douleur ? comment la présentez-vous ? Parlez-vous de douleur physique ? psychique ?

Proposez-vous des exercices à pratiquer pendant la grossesse afin de les mettre en place le jour de l'accouchement ?

Quels conseils et informations principaux donnez-vous concernant la douleur de l'accouchement ?

Abordez-vous la douleur de l'accouchement lors de préparation en groupe et/ou individuellement ?

Q : A quel moment de la grossesse abordez-vous la douleur de l'accouchement ?

Q : En quoi les besoins et demandes de la femme / du couple et leur histoire impactent-ils la préparation que vous proposez ?

R : avez-vous une trame type ?

En quoi l'histoire de la femme / le contexte du couple va-t-elle impacter votre suivi et préparation à la douleur ?

- Lors de l'accouchement

Q : Le jour de l'accouchement, à quel moment mettez-vous en place un accompagnement ? A quel moment intervenez-vous par rapport à la douleur ?

R : Quand le couple est-il autonome ?

Sous quelle forme votre prise en charge de la douleur a-t-elle lieu (par exemple d'abord par téléphone ?)

Et où intervenez-vous (par exemple au domicile, cabinet, plateau technique, ...) ?

Q : Quelles sont les situations difficiles à gérer dans la prise en charge de la douleur ? Et à l'inverse, qu'est-ce qui vous aide à soutenir la femme, à prendre en charge la douleur ?

R : par exemple la motivation, l'entraînement, les souhaits, votre expérience

Q : Quels outils vous aident dans la prise en charge de la douleur ?

R : notamment du matériel, des mots, des attitudes

A quel moment les utilisez-vous ?

Q : Le jour de l'accouchement, comment utilisez-vous le travail fait en préparation lors de la grossesse ?

R : comment faire le lien avec la préparation ?

Quel est l'impact du suivi global sur la prise en charge de la douleur ?

Si vous ne pouvez pas accompagner le couple le jour de l'accouchement, comment la préparation sera-t-elle utile au couple et à la sage-femme qui les prendra en charge ?

Q : Lors de l'accouchement, comment parlez-vous de la douleur ?

R : employez-vous un vocabulaire particulier ?

Est-ce différent pendant la grossesse ?

Q : Quelle est la place de l'accompagnant ou des accompagnants dans la prise en charge de la douleur ?

R : Comment les impliquez-vous durant la grossesse ? Quelle est leur place lors de la préparation à la douleur ?

Q : Y a-t-il des outils ou des interventions que vous utilisez lors de tous ou une majorité des accouchements ?

R : Y a-t-il pour vous des éléments clés qui devraient être mis en place lors de tout accouchement physiologique pour l'accompagnement de la douleur ?

Qu'est-ce qui serait transposable à l'hôpital pour un accouchement physiologique ?

ANNEXE III : LETTRE D'INFORMATION

Lettre d'information

La prise en charge de la douleur dans l'accouchement physiologique

Madame, Monsieur,

Investigateurs :

- Vadrot Sidonie, étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand
- Sous la direction de Madame Tédédor Marie-Pierre enseignante à l'école de sage-femme de Clermont-Ferrand

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée « La prise en charge de la douleur dans l'accouchement physiologique ».

Une étude sur la prise en charge de la douleur lors de l'accouchement physiologique par les sages-femmes.

Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame Tédédor Marie-Pierre, directrice de l'école de sage-femme de Clermont-Ferrand.

1. Pourquoi cette étude ?

La douleur est une préoccupation majeure en obstétrique. Cependant, sa prise en charge physiologique n'est que trop peu étudiée. C'est pourquoi il semble intéressant d'approfondir le sujet et de bénéficier de l'apport de sages-femmes ayant de l'expérience dans le suivi d'accouchements physiologiques.

2. L'étude en pratique

L'étude sera basée sur des entretiens semi-directifs avec des sages-femmes leur contenu sera analysé de façon verticale puis horizontale afin de les comparer entre eux.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles (si recueillies) seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

- Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et Libertés n°2018-493 promulguée le 20 juin 2018, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du Délégué à la Protection des Données (DPD) de l'établissement.

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe

quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Conformément au RGPD et à la récente loi Informatique et Libertés du 20 juin 2018, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez

également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à Fleur Charrier Ecole de Sages-Femmes de Clermont-Ferrand, 28 place Henri Dunant, 63000 Clermont-Ferrand.

5. Obtention d'informations complémentaires

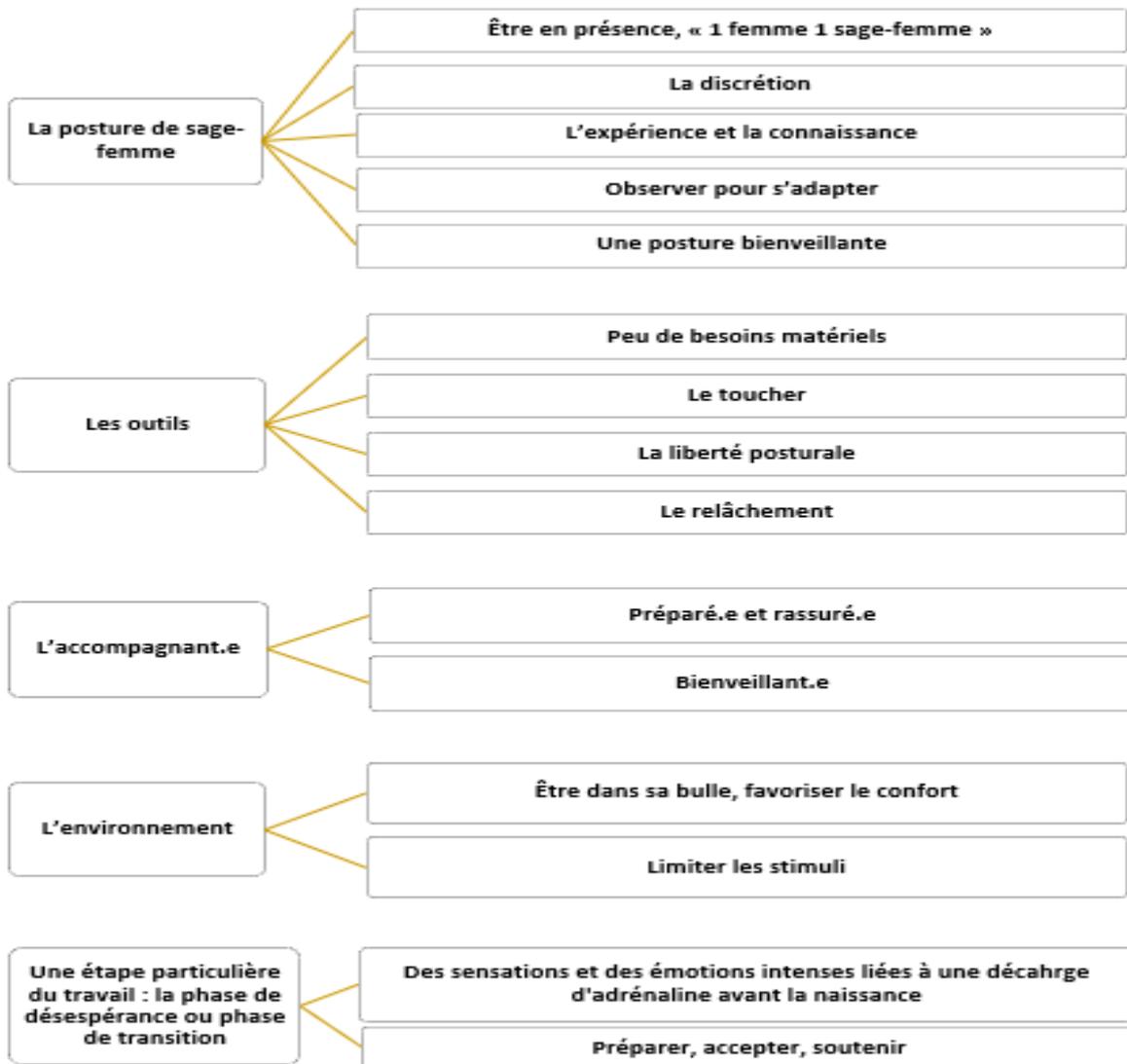
Si vous le souhaitez, vous pourrez pendant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

Vadrot Sidonie, étudiante sage-femme,

Pour toute question relative à la protection de vos données personnelles : vous pouvez contacter le délégué à la protection des données, Michel Rubio, mrubio@chu-clermontferrand.fr CHU DQGRDU58 rue Montalembert 63003 Clermont-Ferrand.

ANNEXE IV : FIGURE REPRESENTANT LES THEMES ET SOUS-THEMES DE L'ETUDE





L'ACCOMPAGNEMENT DE LA DOULEUR DANS L'ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE

RESUME

Objectifs : Faire décrire l'accompagnement de la douleur lors d'accouchements physiologiques par des sages-femmes pratiquant le suivi global. Etudier la préparation à la douleur de l'accouchement en anténatal par les sages-femmes pour des accouchements physiologiques.

Méthodes : Cette recherche est de type qualitatif descriptif interprétatif. Des entretiens semi-directifs ont été conduits, auprès de huit sages-femmes pratiquant le suivi global depuis au moins un an.

Résultats : La préparation a une place majeure dans l'accompagnement de la douleur de l'accouchement physiologique par les sages-femmes. Celle-ci comporte un partage de connaissances sur la physiologie afin de renforcer la confiance des femmes mais aussi un échange sur les peurs, l'histoire de vie et les souhaits des patientes. Lors de l'accouchement, la sage-femme va être en présence auprès de la femme et la soutenir tout en cherchant à ne pas perturber les mécanismes hormonaux physiologiques soulageant la douleur. Pour cela elle va observer la femme et s'adapter à ses émotions, ses sensations pouvant être très diverses.

Conclusion : une bonne connaissance de la physiologie par les sages-femmes ainsi que la possibilité d'accompagner une patiente à la fois, semblent être des conditions favorables au bon accompagnement de la douleur dans l'accouchement physiologique. Cela nécessite aussi une certaine confiance des professionnels en les compétences des femmes, afin que celles-ci soient maîtresses de leur accouchement.

Mots-clés : accouchement, travail, douleur, soulagement, préparation, physiologie, accouchement naturel, accouchement physiologique, sage-femme, accompagnement, suivi global

Objectives: To describe the support of pain during physiological childbirth by midwives practicing global follow-up. To study the preparation for the pain of childbirth in antenatal care by midwives for physiological childbirth.

Methods: This research is of a qualitative, descriptive and interpretative type. Semi-structured interviews were conducted, with eight midwives who had been practising global monitoring for at least one year.

Results: Preparation plays a major role in midwives' management of the pain of physiological childbirth. This includes sharing knowledge about physiology in order to strengthen women's confidence, but also an exchange of fears, life history and patients' wishes. During the birth, the midwife will be present with the woman and support her while trying not to disturb the physiological hormonal mechanisms that relieve pain. To do this, she will observe the woman and adapt to her emotions and sensations, which can be very diverse.

Conclusion: a good knowledge of physiology by the midwives as well as the possibility of accompanying one patient at a time, seem to be favorable conditions for good pain management in physiological childbirth. This also requires a certain amount of confidence on the part of professionals in the skills of women, so that they can be in control of their delivery.

Keywords : childbirth, labor, pain, relief, preparation, physiology, natural childbirth, physiological childbirth, midwife, support, global follow-up