



HAL
open science

Evaluation des critères de fonctionnement des salles de pré-travail dans la gestion des douleurs du début de travail : étude rétrospective au CHR de Thionville

Estelle Gondrexon

► **To cite this version:**

Estelle Gondrexon. Evaluation des critères de fonctionnement des salles de pré-travail dans la gestion des douleurs du début de travail : étude rétrospective au CHR de Thionville. Médecine humaine et pathologie. 2009. hal-01887657

HAL Id: hal-01887657

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01887657>

Submitted on 4 Oct 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes de Metz

Evaluation des critères de fonctionnement des salles
de pré travail dans la gestion des douleurs du début
de travail :

Etude rétrospective au CHR de Thionville

Mémoire présenté et soutenu par

Estelle GONDREXON

Née le 26 mars 1985

Promotion 2005-2009

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
INTRODUCTION	2
PARTIE 1 : LA DOULEUR ET LE DEBUT DE TRAVAIL	3
1. La douleur	4
1.1. Généralités sur la douleur.....	4
1.2. Historique sur la douleur de l'enfantement.....	5
1.3. La douleur obstétricale.....	6
2. Le début de travail	11
2.1. Le diagnostic du début de travail	11
2.2. Les douleurs du début de travail	12
2.3. Les voies nerveuses de la douleur physique du début de travail.....	14
2.4. Facteurs influant sur les douleurs du début de travail.....	15
3. Méthodes pouvant diminuer les douleurs du début de travail	18
3.1. Les séances de préparation à la naissance.....	18
3.2. Méthodes alternatives.....	19
4. Les salles de pré travail	22
4.1. Législation.....	22
4.2. Description d'une salle de pré travail	22
4.3. Les salles de pré travail de l'hôpital Bel Air.....	23
PARTIE 2 : PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE	24
1. Méthodologie	25
1.1. L'objet de recherche.....	25
1.2. Le terrain d'enquête	26
1.3. Méthode qualitative.....	26
2. Résultats de l'étude réalisée auprès des accouchées primipares	28
2.1. Renseignements généraux.....	28
2.2. Antécédents de la population	29
2.3. Le déroulement de la grossesse.....	30
2.4. Salle de pré travail.....	32

PARTIE 3 : REFLEXIONS AUTOUR DES SALLES DE PRE TRAVAIL DU CHR DE THIONVILLE EN LIEN AVEC LES DOULEURS DU DEBUT DE TRAVAIL	47
1. Les douleurs du début de travail	48
1.1. Description par les femmes.....	48
1.2. Facteurs augmentant et diminuant les douleurs selon les femmes.....	48
1.3. Les douleurs varient selon des facteurs individuels.....	50
2. Les salles de pre travail au CHR de Thionville	52
2.1. Population admise dans ces salles.....	52
2.2. Sortie de la salle de pré travail	53
2.3. Bénéfices	53
2.4. Limitation de l'usage.....	55
2.5. Moyens mis en place.....	57
2.6. Attentes des patientes et éléments à améliorer.....	58
2.7. « Du bon usage » de la salle de pré travail.....	62
 CONCLUSION.....	 64
 BIBLIOGRAPHIE.....	 65
 ANNEXES.....	 67

Introduction

Presque toutes les femmes ont des douleurs pendant le début de travail. C'est un moment qui annonce l'accouchement. Pour les femmes qui accouchent pour la première fois, elles se dirigent vers l'inconnu. La plupart des femmes ont besoin d'être accompagnées par une ou plusieurs personnes de confiance et ont besoin d'un lieu dans lequel elles peuvent avoir de l'intimité afin de vivre au mieux cet évènement.

Au début de ma formation à l'école de sages-femmes, dans les lieux où j'ai réalisé mes stages, il n'y avait pas de salles de pré travail. Les parturientes qui étaient en début de travail étaient dirigées vers les services de maternité ou de grossesses pathologiques. Celles-ci pouvaient donc se trouver dans une chambre à côté d'une autre patiente (accouchée ou gestante), elles se trouvaient alors face à leurs douleurs dans un contexte de non intimité. Ceci m'a interpellée.

Puis au cours de ma formation, des salles de pré travail ont été créées au CHR Bel Air de Thionville. Les parturientes en début de travail étaient donc dirigées vers ces salles. Je me suis donc interrogée sur la façon dont sont utilisées ces salles et leur intérêt dans le cadre de la gestion des douleurs du début de travail. La création de ces salles semble permettre aux femmes en début de travail d'être orientées vers un lieu plus adapté qu'auparavant.

C'est ainsi que la problématique s'est mise en place, celle-ci étant l'évaluation des critères de fonctionnement des salles de pré travail par rapport à la gestion des douleurs du début de travail chez les primipares.

Dans ce travail, je définirai les douleurs du début de travail afin de réaliser une évaluation des critères de fonctionnement des salles de pré travail à l'hôpital Bel air par rapport à celles-ci.

Puis je présenterai les modalités de l'enquête réalisée par l'intermédiaire d'entretiens semi directifs auprès d'accouchées et en donnerai les résultats. Enfin, j'analyserai ceux-ci afin d'apporter des propositions dans le but d'améliorer les salles de pré travail du CHR de Thionville.

Partie 1 : La douleur et le début de travail

1. LA DOULEUR

1.1. Généralités sur la douleur [6, 18]

1.1.1. Définition

La douleur est définie par l'OMS comme étant « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle et potentielle ou décrite en terme évoquant une telle lésion. »

Cette définition met l'accent sur le fait que la douleur est une expérience intime et subjective qui ne peut être éprouvée que par un individu particulier.

La douleur peut avoir plusieurs origines. Le traitement symptomatique découle pour une large part d'une compréhension satisfaisante de son mécanisme. Il existe la douleur somatique ou l'excès de stimulation nociceptive, c'est-à-dire que l'information naît au niveau des récepteurs périphériques et est dirigée vers les structures cérébrales. La douleur peut également être d'origine neurogène, c'est-à-dire soit due à la compression persistante d'un tronc, d'une racine ou d'un plexus, soit liée aux séquelles nerveuses. La dernière origine est psychogène, c'est-à-dire que le diagnostic est posé après avoir négativé le bilan clinique et para clinique.

1.1.2. Les différents aspects

- L'aspect cognitif :

Il s'agit de tout ce que le patient peut savoir, penser, imaginer ou croire concernant sa douleur et ce qui s'y rattache. A travers cet aspect, il faut tenir compte des antécédents douloureux du patient, des modèles dans l'entourage passé ou actuel fonctionnant sur des principes d'apprentissage et/ou d'identification, de la compréhension de la douleur, des croyances, des attentes.

Ces processus mentaux sont susceptibles d'influencer la perception douloureuse et les réactions comportementales qu'elle détermine.

- Les aspects comportementaux :

C'est l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui présente des douleurs (plaintes, mimiques...). Cet aspect assure une forme de communication avec l'entourage. Les origines culturelles, le niveau d'éducation, les degrés d'anxiété et de dépression comme l'attitude de l'entourage (médecin, sage-femme compris) sont susceptibles de les inhiber et/ou de les amplifier dans leurs manifestations.

- Les aspects sensori-discriminatifs :

Ils correspondent aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage de la qualité, de la durée, de l'intensité et de la localisation du message douloureux.

- Les aspects affectivo-émotionnels :

Ils confèrent à la douleur sa tonalité désagréable, pénible, insupportable qui peut se prolonger vers des états émotionnels plus différenciés comme l'angoisse et la dépression. Dans la douleur aiguë, le retentissement psychologique est dominé par l'angoisse : rappel des expériences passées, anticipation de la douleur attendue...L'angoisse modifie alors le ressenti de la douleur.

1.2. Historique sur la douleur de l'enfantement [19]

Après le péché d'Adam et Eve, Dieu dit à la femme (Genèse, verset 16) : « Je multiplierai ta souffrance et ta plainte : tu enfanteras des fils dans la douleur, ton désir se portera vers ton mari, et lui te dominera ». Puis cette douleur a été appréhendée au sein d'approches de type culturel et/ou sociologique. En effet, pour de nombreux auteurs il est apparu que la douleur n'était pas un phénomène naturellement associé à l'accouchement mais qu'elle était le fruit de notre culture et de notre environnement moderne. Le premier à développer cette idée a été Behan en 1914 [7].

A plusieurs moments de l'histoire de l'obstétrique, l'idée de l'absurdité de la douleur de l'accouchement est également rencontrée. L'accouchement est un acte naturel et non

pas une anomalie, un accident de la nature. Qu'il puisse faire souffrir et parfois atrocement, choquait à cette époque car la douleur est toujours signe de déroulement anormal des phénomènes physiologiques : il n'était donc pas rationnel qu'un acte naturel soit douloureux.

Cette douleur étant jugée comme irrationnelle, elle ne conduit pas à souhaiter sa suppression ou même son atténuation.

Aujourd'hui, la douleur de l'accouchement est expliquée par la physiologie, ce qui amène à ne plus s'étonner que l'accouchement puisse être douloureux. La douleur est ancrée dans le corps et non pas dans le cerveau bien que certains facteurs influencent la douleur comme la peur, l'histoire personnelle...

Depuis les années 70, avec le développement de l'analgésie péridurale, vivre sa douleur est considérée par une grande majorité de personnes comme du masochisme. Dans ce contexte, la diminution du nombre de femmes souhaitant accoucher sans analgésie péridurale est considérable.

1.3. La douleur obstétricale

La douleur induite par l'accouchement est une douleur aiguë, viscérale et somatique, mettant en jeu des voies nerveuses périphériques spécifiques. Elle comporte par ailleurs une composante affective [13].

L'étude réalisée en 1975 par le docteur Melzack, utilisant le questionnaire sur la douleur de Mac Gill, a démontré que la parturition vient en seconde cause des maux aigus, juste après l'arrachage de doigts [20]. Cependant l'évaluation de l'intensité de la douleur au cours de l'accouchement reste objective du fait de sa rythmicité et de la charge affective qui l'accompagne. De plus cette douleur connaît des variations interindividuelles. Le docteur Melzack a démontré que 25 à 35% des parturientes primipares qualifient leur douleur obstétricale d'atroce, 11% des multipares seulement utilisent les mêmes qualificatifs pour décrire cette douleur.

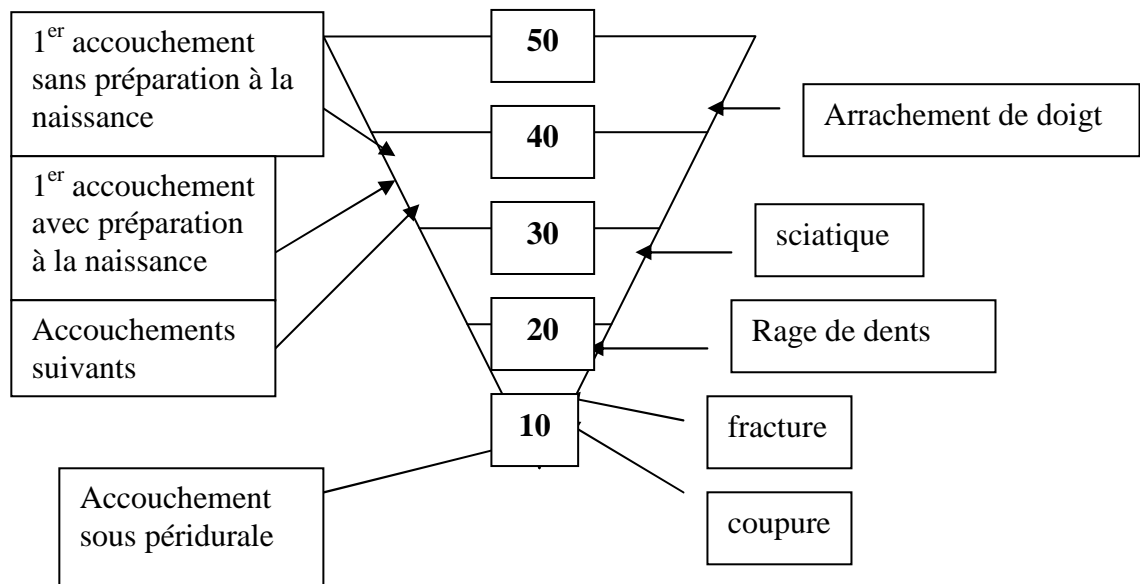


Figure 1: Présentation de l'étude du docteur Melzack

Source : le mal joli. Une histoire de la prise en charge des douleurs de l'accouchement. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine présenté à la faculté de médecine de Purpan en 2007 par Léa De pierre et Mathieu Prix.

Elle varie également selon de nombreux facteurs qui seront développés par la suite. L'expression de cette douleur est variée, certaines femmes restent impassibles, d'autres crient, se plaignent, ont des manifestations bruyantes [19]... Toutefois, elle est considérée comme le phénomène du « mal joli » : elle est oubliée quand le mal est fini.

La douleur de l'accouchement physiologique est l'expression normale d'un travail extraordinaire. Il s'agit de la douleur de la séparation, du jeu de deux grandes forces : celle qui retient et celle qui veut laisser aller. L'utérus cherche à faire naître l'enfant et le col doit peu à peu abandonner sa mission de rester bien fermé [3].

1.3.1. Conséquences materno-fœtales [20]

La douleur du travail peut avoir des retentissements sur la mère ainsi que le fœtus.

Elle a des conséquences sur :

- Le système nerveux central

Un travail long et douloureux par son caractère épuisant peut rendre la mère incapable de participer activement à son accouchement et peut perturber sa réponse émotionnelle par rapport à son enfant.

- Le système cardio-vasculaire

La douleur entraîne une sécrétion d'adrénaline et de noradrénaline. Elle augmente la fréquence cardiaque, la contractilité et la fraction d'éjection du cœur.

La douleur provoque également une augmentation du travail cardiaque, de la pression artérielle et de la consommation d'oxygène ainsi qu'une diminution de la perfusion placentaire résultant d'une vasoconstriction périphérique. Une telle modification peut donc être nocive pour le fœtus.

- La ventilation et équilibre acido-basique

Les contractions utérines entraînent une hyperventilation de la mère, d'autant plus importante que la douleur est forte. La ventilation par minute qui est en moyenne de 10 l/minute peut atteindre 35 l/minute. Celle-ci va provoquer une hypocapnie maternelle qui va induire entre les contractions utérines une hypoventilation avec hypoxie qui peut être délétère pour le fœtus quand la PaO₂ chute beaucoup. Les perturbations acido-basiques peuvent aussi perturber la contractilité utérine.

- Les modifications métaboliques

La douleur augmente le taux de cortisol, qui est responsable de nombreuses modifications métaboliques : hyperglycémie, rétention hydro sodée, hyperkaliémie... Les conséquences dépendront de l'intensité de la douleur.

- L'effet sur le travail

La douleur allonge la durée du travail.

1.3.2. Méthodes d'évaluation de la douleur obstétricale [7, 14, 15]

La cotation de la douleur obstétricale présente des difficultés, car celle-ci varie selon les contractions utérines mais également tout au long du travail.

Il existe des échelles permettant d'apprécier la douleur ou son soulagement : l'échelle visuelle analogique (EVA), l'échelle verbale simple ainsi que l'échelle numérique simple.

Ces échelles permettent des mesures rapides et répétées. La plus utilisée au cours du travail étant l'échelle visuelle analogique.

L'EVA peut se présenter sous différentes formes : écrites (le soignant demande à la patiente de marquer le niveau de sa douleur sur une ligne de 10 centimètres) ou de réglettes. Mais les résultats varieront selon le moment choisi pour la présenter à la parturiente : avant, pendant ou après la contraction utérine.

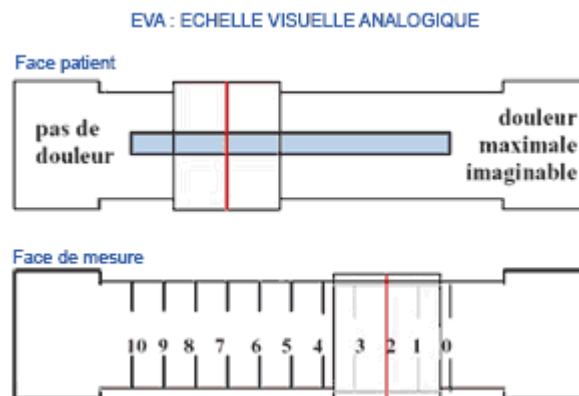


Figure 2: réglette pour mesurer l'EVA

source : [http://www.ligue-](http://www.ligue-cancer.net/files/national/article/images/eva_reglette.gif)

[cancer.net/files/national/article/images/eva_reglette.gif](http://www.ligue-cancer.net/files/national/article/images/eva_reglette.gif)

Avec l'échelle verbale, il s'agit de demander verbalement à la patiente d'évaluer sa douleur selon 4 à 5 catégories desquelles résultera un score : pas de douleur, faible, modérée, intense, extrêmement intense.

L'échelle numérique simple permet au patient de noter la douleur sur une échelle de 0 à 10, sachant que la note représentant le niveau de douleur minimal est 0 et que la note représentant le niveau de douleur maximal est 10.

Des tentatives ont été faites pour apporter une analyse qualitative de cette douleur avec l'utilisation du questionnaire sur la douleur de Mac Gill. Il s'agit d'une grille d'évaluation de la douleur intégrant ses dimensions sensorielles, affectives et subjectives : il associe un « indice de douleur actuelle » en 5 points de légère à atroce et un « indice d'évaluation de la douleur », le patient choisit parmi des listes de termes ceux décrivant au mieux sa douleur : à chaque terme est associé une valeur ordinale.

De plus, pendant le travail une analyse comportementale est possible. Il s'agit d'une observation du comportement de la parturiente : gémissements, plaintes, positions spontanées...

2. LE DEBUT DE TRAVAIL

2.1. Le diagnostic du début de travail [5]

Le début de travail est marqué par l'apparition de contractions utérines régulières (plus de 2 contractions par 10 minutes), rythmées, dont l'intensité et la fréquence, vont en augmentant et qui s'accompagnent de modifications du col utérin. Celui-ci est souvent précédé par la perte du « bouchon muqueux ».

Le diagnostic du début de travail est exclusivement clinique, la sage-femme a donc un rôle très important.

Il commence tout d'abord par un interrogatoire : perte du « bouchon muqueux », de liquide amniotique, présence de contractions utérines...

Ensuite la palpation abdominale permet d'apprécier la qualité des contractions utérines : le corps utérin se durcit, son grand axe se redresse et se rapproche de la paroi abdominale antérieure, puis la pose d'une tocographie externe est nécessaire afin de mesurer l'intensité, l'amplitude, la durée ainsi que la fréquence des contractions utérines. Cependant, il est à noter que la mesure de l'intensité des contractions utérines par tocographie externe est d'une efficacité relative car elle peut être gênée par une paroi abdominale importante par exemple.

Enfin, il faut s'assurer d'une modification cervicale par un toucher vaginal : le col se ramollit, se raccourcit, se dilate et passe d'une position postérieure à une position antérieure. Le nombre de toucher vaginal doit être limité au strict minimum, il est donc réalisé à nouveau qu'en cas de nécessité conformément au manuel sur l'utilisation du partogramme réalisé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1993.

Les contractions utérines de travail sont caractéristiques :

- Involontaires,
- Intermittentes et rythmées, chaque contraction étant précédée et suivie par une période de repos,
- Progressives dans leur durée et leur intensité,
- Totales et douloureuses (cette douleur peut être ressentie au niveau de la région lombo-sacrée).

Ces contractions provoquent chez les parturientes des douleurs.

2.2. Les douleurs du début de travail [8, 9, 10, 11]

Il existe plusieurs douleurs du début de travail, la douleur physique mais aussi psychologique ou une douleur provenant du passé resurgissant à ce moment.

La douleur physique du début de travail est provoquée par la dilatation du col de l'utérus ainsi que par les contractions utérines et l'étirement des structures anatomiques voisines.

Quand l'utérus se contracte, il y a accumulation d'acide lactique ce qui rend l'utérus douloureux. Théoriquement la douleur apparaît quand la pression intra amniotique dépasse 15 mmHg, pression qui est nécessaire pour entraîner un début de modification cervicale. Par la suite l'intensité de cette douleur est corrélée au degré de dilatation cervicale, de distension du segment inférieur de l'utérus ainsi qu'à la rapidité avec laquelle ces paramètres évoluent. Tout ceci peut s'expliquer par le fait que les récepteurs sensitifs sont plus nombreux au niveau du segment inférieur du col de l'utérus que dans le reste de l'utérus. La dilatation cervicale correspond à un étirement des muscles lisses, ce qui entraîne des douleurs viscérales.

Les contractions et la distension utérine ont également un rôle important dans la genèse de la douleur, en particulier chez les patientes présentant des distorsions mécaniques utérines causées par la position anormale du fœtus. De même, les parturientes ayant une dilatation cervicale très lente présentent des intensités douloureuses souvent très importantes dues à la conjonction des contractions utérines isométriques et de l'obstruction du col de l'utérus.

Au début du travail, les contractions utérines sont ressenties comme inconfort plus que comme une douleur véritable, avec la projection cutanée de cet inconfort au niveau antérieur ou postérieur essentiellement en fonction de la position du fœtus.

Dans le cas où la présentation du fœtus est postérieure, il peut aussi exister des douleurs « dans les reins ». Celles-ci entraînent une violente douleur dans le bas du dos, en barre au niveau des fossettes sacro iliaques ou d'un seul côté. Si on désensibilise leur dos, les femmes découvrent alors qu'elles ont également des douleurs utérines normales qu'elles n'avaient pas ressenties ou qui leur semblaient supportables.

Dans ce cas là, il s'agit de douleur névralgique, c'est-à-dire due à la compression d'un filet nerveux dans l'articulation sacro iliaque, chaque fois que l'utérus se contracte et appuie dessus [4].

Néanmoins, les douleurs du travail peuvent prendre d'autres dimensions, celle de la séparation de la mère et son enfant, celle de la transformation (physique, du couple, de sa propre personne...). La séparation n'est pas toujours facile, certaines femmes ne la conçoivent pas et essaient donc de « retenir » leur enfant, ce qui rend l'accouchement d'autant plus douloureux.

De plus, cette période est très sensible. Elle peut éveiller des douleurs provenant du passé : la douleur d'une fausse couche dont le deuil n'est peut être pas terminé, de violences sexuelles au souvenir encore vif, de petits mépris quotidiens..., et parfois même des souvenirs enfouis depuis l'enfance [3].

Le début de travail est un moment très particulier de l'accouchement, c'est le moment où la femme essaie d'apprendre à s'adapter à ce qui se passe en elle.

Au tout début du travail, il y a souvent un comportement d'évitement des douleurs : la parturiente bouge, grimace, utilise diverses positions...pour diminuer les douleurs. Les douleurs ou la peur de celles-ci peut également s'exprimer par des cris, ce qui peut permettre de libérer l'appréhension, mais aussi de dire ses douleurs pour les atténuer. En ce sens c'est aussi un appel à l'aide, au réconfort. Cette réaction fait partie des réflexes de survie, or pour s'ouvrir à la naissance une adaptation est indispensable. La patiente doit accepter ses douleurs, laisser les contractions utérines faire leur travail de dilatation du col de l'utérus. Ces longues heures de résistance expliquent pourquoi de nombreuses femmes décriront ces contractions comme les plus difficiles à vivre [3]. Le rôle de la sage femme est donc d'accompagner ces femmes vers cette adaptation.

Toutefois il faut savoir qu'il semble exister des anti-douleurs naturels. Michel Odent, gynécologue obstétricien, explique dans son livre « l'amour scientifié » que « Assister une femme en travail, c'est l'aider à atteindre l'équilibre hormonal nécessaire à un accouchement spontané. Quand une naissance est facile, cela signifie que le dosage chimique y était satisfaisant. Il faut permettre aux processus physiologiques de fonctionner normalement...». Il existerait un système de régulation des douleurs, par l'intermédiaire des endorphines. De nombreuses endorphines ont été retrouvées dans le

placenta, ce qui veut dire que l'accouchement met en jeu ce système et que la mère comme l'enfant en bénéficient. Mais la peur, l'angoisse, l'insécurité ou le fait de se sentir observée peuvent augmenter les douleurs en provoquant la libération d'adrénalines qui inhibent les possibilités d'action des endorphines en se fixant sur les mêmes récepteurs et en les saturant. Or l'accouchement engendre beaucoup de stress, il est donc nécessaire de trouver des moyens de lutter contre celui-ci.

2.3. Les voies nerveuses de la douleur physique du début de travail [7]

Les voies nerveuses qui véhiculent les informations douloureuses du premier stade du travail, cheminent avec les fibres sympathiques utérines avant de former le plexus hypogastrique inférieur. Ces fibres rejoignent le plexus hypogastrique supérieur puis le plexus aortique, la chaîne sympathique lombaire et pénètrent dans la moelle épinière au niveau des racines dorsales D10, D11, D12 et lombaire L1. D'autre part, la stimulation des structures pelviennes péri utérines intéresse les racines adjacentes, lombaires basses et sacrées hautes. L'utérus lui-même reçoit également des fibres sympathiques efférentes de D5 à L2 qui interviendront dans la régulation des contractions utérines et du débit sanguin utérin.

Au début du travail, la douleur, presque exclusivement d'origine utérine, est véhiculée par des fibres non myélinisées de type C.

Comme toutes les douleurs viscérales, la douleur de l'utérus suit le principe de la douleur projetée. Pendant le début de travail la projection est essentiellement antérieure entre l'ombilic et la symphyse ou postérieure remontant vers le niveau vertébral correspondant (D10 à L1), selon la position du bébé.

Paradoxalement la douleur n'est pas toujours uniformément répartie, étant plus marquée dans certaines régions souvent d'un côté ou au niveau du dos.



Figure 3: les voies nerveuses de la douleur du début de travail
Source: <http://www.librapport.org>

2.4. Facteurs influant sur les douleurs du début de travail [2, 4, 8, 9, 14]

Des facteurs de variabilité inter et intra individuelle du vécu douloureux sont identifiables. Selon le Professeur Bonica, anesthésiste américain, il peut être distingué des facteurs intrinsèques, des facteurs physiques et des facteurs psychologiques, raciaux, culturels et ethniques.

Dans les facteurs intrinsèques, peuvent être inclus les séances de préparation à la naissance qui, si elles sont efficaces permettent d'aider à diminuer la durée des douleurs de la future mère. Les antécédents de la patiente, les éventuelles pathologies ou les événements compliquant la grossesse peuvent également y être intégrés. Parallèlement, il peut y être ajouté les antécédents entraînant des répercussions physiques douloureuses : rachitisme ou déformation lombo-sacrées, mutilations vulvo-vaginales, malformations utérines, utérus cicatriciel...

L'histoire personnelle de la patiente peut être un élément déclencheur de stress : un antécédent de fausse couche par exemple, de mort fœtale in utero... Un accompagnement est alors indispensable afin d'aider la femme à aller au delà de son passé, de se concentrer sur le bébé à venir. Il faut rassurer la femme en la persuadant de l'avancement du travail.

Dans les facteurs physiques pouvant diminuer le seuil de tolérance à la douleur, peuvent être cités les grossesses gémellaires, la macrosomie, une morphologie inadéquate du bassin de la parturiente, une femme ayant présenté des menstruations douloureuses.

La multiparité de la patiente peut être considérée comme un facteur prédictif de la facilité de l'accouchement à condition que les accouchements précédents aient été simples, que l'utérus ne soit pas cicatriciel.

Il existe également des composantes psychologiques, environnementales influençant le seuil de la douleur.

Parmi les éléments « facilitateurs » pour la parturiente, peuvent être évoqués un cadre et un entourage agréable, une position confortable, les encouragements de l'équipe médicale, une conception dédramatisée et des connaissances théoriques de l'accouchement ; ces éléments concourent à la sérénité de la patiente lors de la mise au monde [Annexe V].

Au contraire, d'autres éléments, tels la nervosité, l'angoisse ou la crispation, pourront abaisser le seuil de tolérance des parturientes à la douleur ou à la frustration. Tout ceci pouvant être amplifié par la fatigue. Parmi les éléments anxiogènes, sont retrouvés les bruits des divers appareillages et leurs alarmes, la présence et la vue du matériel de suture, un personnel peu disponible, l'incompréhension du déroulement des événements et de leurs conséquences. Parallèlement à ces craintes, cohabite la peur de ne pas pouvoir s'occuper de l'enfant ou encore de donner la vie à un être malformé. Il est donc nécessaire que la femme se sente en sécurité, dans ce cas là pour certaines parturientes la présence du père ou d'une personne proche peut les aider. Il est également fondamental d'instaurer une relation de confiance entre le soignant et la patiente. Le stress peut provenir des multiples questions que se pose la parturiente : la peur de ne pas être une bonne mère, que l'enfant ne soit pas celui qu'elle a imaginé, peur de la mort, de ne pas réussir à accoucher.... Il est donc important selon Bernadette De Gasquet, médecin et professeur de yoga spécialisée dans le domaine de la naissance, de ne pas laisser le mental s'évader entre chaque contraction utérine. Pour cela la respiration par exemple peut être utilisée. Pour les parturientes primipares, il y a aussi la peur de l'inconnu. Il est souhaitable pour cela de les informer sur ce qui se passe, sur ce qui va se passer, de répondre à leurs interrogations. De plus, les femmes ont tendance à se concentrer sur leurs contractions utérines, en ne prenant pas le temps de souffler entre

chaque contraction, à la fin de la contraction elles appréhendent déjà la suivante. Gilles De La Tourette, accoucheur du 18^{ème} siècle souligne que l'essentiel est de faire oublier ses douleurs « Quant la femme est en mal d'enfant, on doit s'efforcer de la distraire par des propos agréables, capables de l'amuser et de lui faire oublier son mal. »

Les psychologues et psychanalystes mettent également en avant certaines angoisses pouvant être éprouvées par la parturiente comme la crainte du délabrement corporel (délabrement pelvien...) et ses conséquences sur la libido.

« Le fait d'expulser l'enfant hors de soi pourrait être vécu comme l'équivalent d'une angoisse de castration, si la grossesse a été vécue comme narcissiquement positive (épanouissement apporté par la présence fusionnelle du fœtus en soi), et que les bénéfices trouvés dans le statut de femme enceinte étaient importants. » [14].

Les facteurs culturels et sociaux peuvent être des facteurs influant sur les douleurs. Le comportement vis-à-vis des douleurs dépend de la culture de la patiente et de son éducation. En effet, tout individu a des modèles de comportements qui lui ont été transmis et qu'il reproduit. Il en est ainsi pour les douleurs. Ces modèles sont transmis par le langage et l'expérience de l'autre. Ils diffèrent d'une culture à une autre, d'un groupe social à un autre.

Il est donc indispensable de rassurer et d'amener la parturiente vers des pensées positives, de répondre à ses questions, de l'aider à se détendre. Il faut que la patiente se sente à l'aise physiquement et psychologiquement car selon ses dispositions d'esprit, l'accouchement peut être accéléré ou retardé. L'expérience des douleurs est liée à la confiance que la patiente a en elle-même. Les encouragements reçus, la confiance que lui portent les autres, la sécurisation, l'aident à être rassurée et donc à mieux accepter les douleurs.

3. METHODES POUVANT DIMINUER LES DOULEURS DU DEBUT DE TRAVAIL

3.1. Les séances de préparation à la naissance [2, 21]

Un des objectifs de la préparation à la naissance et à la parentalité, défini par la Haute Autorité de Santé, est de préparer les couples à la naissance et à l'accueil de leur enfant en répondant de façon adaptée aux besoins et aux attentes des futurs parents. L'objectif est donc d'accompagner les couples vers la parentalité. Cela passe par un épanouissement personnel optimal et un vécu de la grossesse et de l'accouchement le meilleur possible. Les séances sont animées par une sage-femme et actuellement huit séances sont remboursées par la sécurité sociale.

En ce qui concerne l'accouchement, la préparation à la naissance permet aux femmes de parler de leurs peurs, d'être informées sur son déroulement et d'apprendre à mieux gérer leurs douleurs lors de celui-ci.

Une étude a été réalisée sur l'impact de la préparation à la naissance sur la grossesse et l'accouchement par l'association sages-femmes et recherches (SFER) en 2000. Cette étude a démontré chez les patientes ayant suivi au moins trois séances de préparation à la naissance, un meilleur vécu corporel, un sentiment d'épanouissement plus important pendant la grossesse et moins d'anxiété ainsi qu'une présence des pères à l'accouchement plus fréquente.

La stratégie pour mieux gérer les douleurs inclut la confiance en son corps et sa capacité à « faire avec ». Grâce à la préparation à la naissance, la sage-femme apporte un certain confort physique et psychologique aux futures mères qui le désirent. Tout au long de ces séances, il est alors important d'aborder le thème de la douleur et d'essayer de dédramatiser toutes les histoires que les femmes ont pu entendre dans leur entourage afin de supprimer l'angoisse inutile.

Il existe de multiples approches de la préparation à la naissance, faisant appel à la sophrologie, à l'utilisation du milieu aquatique, au yoga, à l'haptonomie...

La préparation à la naissance permet donc aux gestantes d'avoir des repères anticipatoires en ce qui concerne l'accouchement. Elle permet également de révéler aux

femmes leurs ressources personnelles et leur capacité à se mobiliser physiquement et psychologiquement pour la naissance de leur enfant ainsi que de faire un lien entre la perception et la compréhension des phénomènes douloureux et les moyens d'adaptation possibles.

3.2. Méthodes alternatives

Le professionnel accompagnant peut avoir recours à d'autres méthodes et approches qui apparaissent comme un prolongement de la préparation à la naissance. La sage-femme a ici un rôle primordial. Elle est la première interlocutrice des femmes, depuis le début de leur grossesse jusqu'à leur sortie de la maternité. De plus, elle a à sa disposition des moyens facilement utilisables et accessibles (positions antalgiques, ballon...).

- L'accompagnement [12] :

L'accompagnement est une notion vaste qui recouvre de nombreux aspects. Dans le langage courant il s'agit « d'aller quelque part avec quelqu'un ». Cela suppose être aux côtés de l'autre. Il consiste donc à soutenir et guider la mère en devenant tout en préservant son autonomie.

L'accompagnement peut être réalisé par les professionnels de santé mais également par des proches (conjoint, mère,...). Dans les recommandations faites par l'OMS est d'ailleurs évoqué le fait que « le bien-être psychologique de la mère doit être assuré par la présence d'une personne de son choix pendant l'accouchement » [Annexe IV].

Dans tous les cas l'accompagnement suppose une présence. Mais cela signifie avant tout être à l'écoute, être en relation. Tout ceci permet à la patiente de se sentir en confiance avec le personnel et en sécurité.

- La respiration [4] :

Une bonne respiration peut amener à la détente. Pour l'obtenir il est tout d'abord essentiel de bien se positionner.

La respiration doit être profonde et abdominale. L'expiration permet d'expulser le gaz carbonique mais aussi les tensions musculaires et les douleurs, elle doit donc être prolongée au maximum et peut être accompagnée d'un son. L'inspiration est libre : c'est le relâchement de l'abdomen qui fait entrer l'air dans les poumons.

- Les positions antalgiques [4] :

L'utilisation de positions peut permettre de diminuer les douleurs. Il faut donc aider la patiente à mieux se positionner et arriver à une détente générale. Toutefois, le plus souvent les femmes trouvent spontanément les positions antalgiques.

La position en décubitus dorsal entraîne un maximum de compressions de l'articulation sacro-iliaque, elle n'est donc pas optimale. C'est pour cela qu'elle n'est pas recommandée par l'OMS [Annexe IV]. Si la patiente désire rester couchée ou qu'il y a une obligation à rester couchée, il est préférable d'installer la patiente en décubitus latéral gauche.

Afin d'assurer une position correcte de l'articulation sacro-iliaque, des postures telles que accroupie pieds parallèles pourront être proposées. Les positions demi assise peuvent également être proposées, elles sont efficaces surtout si la parturiente peut appuyer fortement le bas du dos contre quelque chose.

Pour réaliser les différentes positions les femmes peuvent s'aider d'accessoires comme le ballon, un coussin d'allaitement...

La mobilisation en début de travail présente beaucoup de bénéfices. Elle permet une meilleure gestion des douleurs mais également une avancée plus rapide du travail.

- Les massages [4] :

Ils sont simples et efficaces. Il faut que la patiente trouve une position qui dégage le dos. Le masseur doit repérer les fossettes sacro-iliaques (la mère sait le plus souvent dire où se trouve exactement la zone douloureuse). Il faut appuyer fortement avec la base de la paume des mains dans un mouvement tournant, comme pour écraser toute la zone douloureuse.

La mère peut aider à l'efficacité du massage si elle pousse fort en même temps avec son dos et synchronise en même temps sa respiration. Le massage peut être montré puis réalisé par le père.

- Le bain :

Le bain peut être proposé comme alternative aux médicaments antalgiques. La pression hydrostatique occasionnée par l'immersion, masse la portion immergée du corps. Elle stimule la circulation sanguine et le retour veineux. De plus, la poussée d'Archimède (force que subit un corps plongé totalement ou en partie dans un fluide soumis à un champ de gravité) réduit le poids apparent à 30% du poids réel, diminuant les tensions musculaires et les compressions articulaires. D'ailleurs, cet effet est recherché et exploité dans le cadre de la préparation à la naissance en milieu aquatique.

Il existe encore de nombreuses méthodes permettant de soulager les douleurs lors du début de travail. Celles envisagées requièrent un savoir-faire précis et une formation spécifique des professionnels. Parmi ces méthodes il peut être cité : l'haptonomie, la sophrologie, le chant prénatal, l'acupuncture, l'ostéopathie...

4. LES SALLES DE PRE TRAVAIL

4.1. Législation [Annexe II]

Depuis le décret no 98-900 du Plan de Périnatalité du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale, les salles de naissances doivent disposer de salles de pré travail (Article 1^{er} au livre VII du code de la santé publique (troisième partie : Décrets), titre Ier, chapitre II, section III, est insérée après l'article D. 712-74 une sous-section IV paragraphe 1 article D. 712-78)

L'article D.712-79 précise que les salles de pré travail doivent être dotées de moyens permettant d'accueillir la parturiente, de préparer l'accouchement et de surveiller le début du travail. Les salles de pré travail disposent du même équipement qu'une chambre d'hospitalisation. Les salles de pré travail peuvent, en cas de nécessité, servir de salle de travail si elles sont équipées en conséquence.

4.2. Description d'une salle de pré travail

Les salles de pré travail sont des salles permettant aux parturientes de débiter le plus agréablement possible leur travail. Ces salles se situent au sein de la salle de naissance et possèdent des critères de fonctionnement. L'ambiance y est agréable et calme, et la médicalisation non omniprésente. Le matériel qui peut s'y trouver est diversifié : ballon, tapis de relaxation, musique, lit, douche, baignoire... Dans ces salles, les professionnels doivent être en mesure de surveiller le bon déroulement du début de travail. Il y a donc du matériel médical : cardiotocographe, matériel permettant la prise de constantes, matériel d'urgence... De plus, il y a un accompagnement spécifique par les professionnels, ils peuvent rester à certains moments auprès de la patiente s'assurant régulièrement du bien être de la patiente et du bébé... Les patientes peuvent également être accompagnées par la personne de leur choix.

Concernant la consommation de boissons et d'aliments, selon les soins liés à l'accouchement normal décrits par l'OMS en 1997, elle n'est pas contre indiquée pendant le travail [Annexe VI]. Il est donc possible de proposer aux parturientes à boire et manger en salle de pré travail.

Les salles de pré travail diffèrent d'un établissement de santé à un autre ainsi que leur fonctionnement. Cependant, un des objectifs de toutes ces salles est de permettre aux patientes de gérer le mieux possible les douleurs du début de travail.

4.3. Les salles de pré travail de l'hôpital Bel Air

[Annexe III]

Des salles de pré travail ont été créées dans cet établissement de santé en novembre 2007.

Ces salles se situent à l'entrée du service de salle de naissances tout en étant suffisamment éloignées des salles d'accouchements elles même.

Chaque salle possède un lit, un ballon, un fauteuil, une table sur laquelle sont posées des magazines et dans une d'elle un poste de musique. Chacune de ces salles dispose de sanitaires équipés de lavabo, toilettes et douche.

Du point de vue plus médical, ces salles sont équipées d'un monitoring, d'un moniteur multi paramétrique et de quelques petits accessoires nécessaires à la surveillance du travail.

L'étude présentée dans la partie suivante a pour objectif d'évaluer les critères de fonctionnement de ces salles afin d'apporter des éléments d'amélioration à celles-ci par rapport à la gestion des douleurs du début de travail.

Partie 2 : Présentation des résultats de l'étude

1. METHODOLOGIE

1.1. L'objet de recherche

1.1.1. Problématique

Evaluation des critères de fonctionnement des salles de pré travail par rapport à la gestion des douleurs du début de travail chez les primipares.

1.1.2. Le thème de départ

L'objectif de cette étude est d'évaluer les critères de fonctionnement des salles de pré travail de l'hôpital Bel air. Ceci permettra d'estimer les bénéfices de ces salles, d'identifier les attentes des patientes et enfin de déterminer ce qui pourrait être amélioré. Cela permettra également de réfléchir sur les douleurs du début de travail.

1.1.3. Hypothèses de travail

Suite à l'élaboration des objectifs j'ai établi des hypothèses de travail. :

- les douleurs varient en fonction de nombreux facteurs
- des repères anticipatoires peuvent permettre aux femmes une meilleure gestion des douleurs du début de travail
- les salles de pré travail présentent des bénéfices au niveau de la gestion des douleurs du début de travail
- des moyens simples permettant de diminuer les douleurs du début de travail peuvent être mis en place dans les salles de pré travail
- des éléments peuvent être améliorés au sein des salles de pré travail
- l'accompagnement par le personnel ne semble pas suffisant dans les salles de pré travail

1.1.4. Justification de la méthode qualitative

J'ai choisi de réaliser des entretiens semi directifs car le thème de la douleur est très subjectif. De plus, je voulais savoir ce que pensaient les femmes des salles de pré travail de Bel air. Cependant, j'ai parfois dû guider les entretiens afin d'avoir des réponses plus précises.

1.2. Le terrain d'enquête

- La population

Les accouchées primipares étant passées par les salles de pré travail avant leur accouchement entre le 12 octobre 2008 et le 21 novembre 2008.

- Le lieu d'enquête

J'ai choisi de réaliser mon étude de terrain au sein la maternité « Bel air » à Thionville. L'hôpital Bel air est un établissement de santé publique de niveau 2b sur le plan obstétrico pédiatrique. En 2008, 2649 accouchements y ont été réalisés.

1.3. Méthode qualitative

1.3.1. Démarche par entretien

Pour réaliser cette enquête, je me suis basée sur des entretiens semi directifs qui consistent à guider la patiente au niveau de ses réponses tout en la laissant s'exprimer librement. J'ai réalisé des entretiens pendant 1 mois et demi au cours desquels j'ai rencontré trente accouchées primipares. Les entretiens ont duré en moyenne vingt minutes.

1.3.2. Le guide d'entretien

J'ai construit un guide d'entretien à partir de mes expériences personnelles et professionnelles, ainsi qu'à partir de recherches bibliographiques. Il m'a permis d'aborder différents thèmes utiles pour cette étude.

Les thèmes évoqués sont les suivants :

- les antécédents de la patiente
- la grossesse
- l'admission à l'hôpital
- la salle de pré travail
- la sortie de la salle de pré travail

2. RESULTATS DE L'ETUDE REALISEE AUPRES DES ACCOUCHEES PRIMIPARES

2.1. Renseignements généraux

- Age

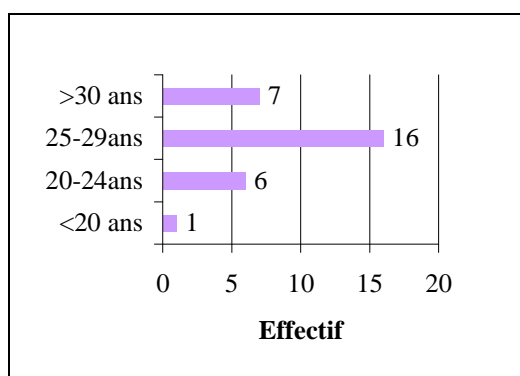


Figure 4: âge de la population

La moyenne d'âge était de 27.8 ans, les valeurs allant de 19 ans à 35 ans.

- Profession

Les différentes professions exercées par les femmes ont été regroupées par catégories socio professionnelles extraites de la nomenclature des professions utilisée par l'INSEE. Dans les professions intermédiaires sont rassemblées les professions de l'enseignement, médicales, para médicales.

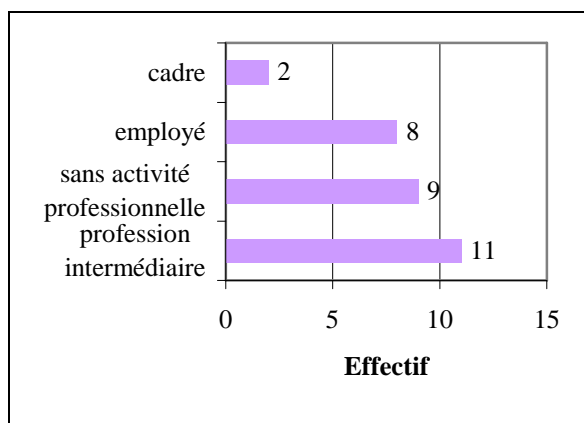


Figure 5: catégories sociaux professionnels de la population

- **Origines**

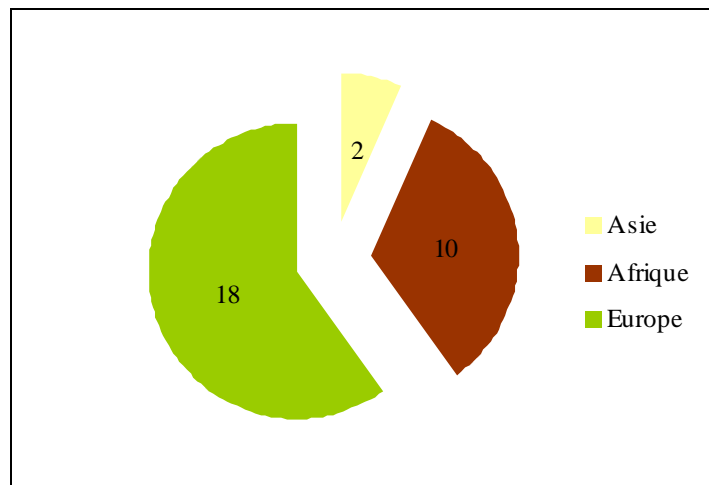


Figure 6: origines de la population

- **Addiction**

Dans la population d'étude, 7 patientes consommaient du tabac et aucune ne présentait une dépendance pour une autre substance.

- **Présence du père**

Le but de cette question était d'évaluer la présence du père pendant la grossesse puis auprès de la mère et du bébé. Le père était absent pour 2 patientes.

2.2. Antécédents de la population

- **Grossesses ou accouchements difficiles chez un proche**

Par le biais de cette question, il a pu être repéré si certaines patientes avaient connaissance de femmes ayant vécu des situations difficiles au cours de leur grossesse ou accouchement afin d'évaluer si cela pouvait avoir un impact sur leur disposition psychologique (angoisses, craintes). Dans cette étude 4 patientes ont déclaré avoir connu une personne pour laquelle la grossesse ou l'accouchement a été difficile.

- **Antécédents médicaux et chirurgicaux**

Lors de l'étude de ces résultats, aucune liaison statistique significative entre les antécédents médicaux et chirurgicaux, l'angoisse et les douleurs n'a pu être constatée.

- **Gestité**

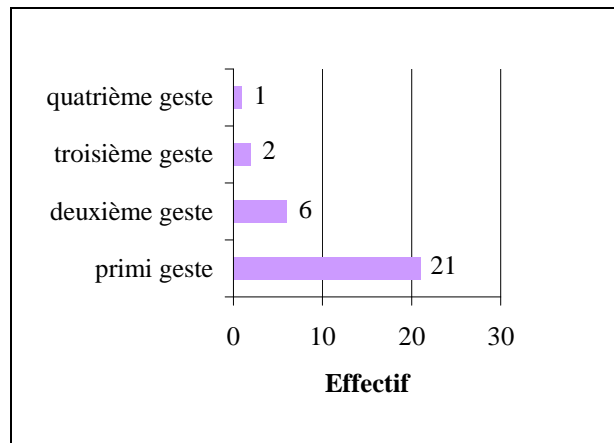


Figure 7: gestité de la population

Parmi les multigestes, 6 patientes ont eu une fausse couche ou plus et 4 patientes ont vécu une interruption volontaire de grossesse.

2.3. Le déroulement de la grossesse

- **Hospitalisation**

Lors de cette enquête 10 accouchées ont déclaré avoir été hospitalisées pendant leur grossesse.

- **Pathologies**

13 femmes ont présenté une pathologie pendant leur grossesse :

- perte d'un des deux jumeaux pendant la grossesse : 1
- métrorragie cervicale : 1
- vomissements incoercibles : 1
- coliques néphrétiques : 1
- hyper tension artérielle : 1
- hématome au premier trimestre : 1
- retard de croissance intra utérin : 1
- menace d'accouchement prématuré : 2
- diabète gestationnel : 3

- **Vécu de la grossesse**

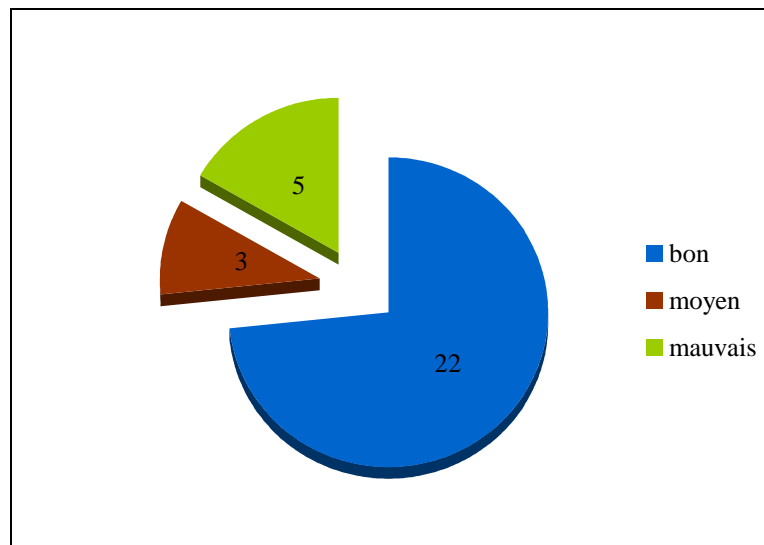


Figure 8: vécu de la grossesse

Parmi les 5 femmes ayant mal vécu leur grossesse :

- 3 d'entre elles ont vécu un évènement douloureux ou difficile pendant la grossesse
- 1 connaissait une femme pour laquelle sa grossesse ou son accouchement s'est mal déroulé
- 3 ont eu une pathologie pendant leur grossesse

Parmi les 3 femmes ayant moyennement bien vécu leur grossesse :

- 1 a vécu un évènement douloureux ou difficile pendant la grossesse
- 2 connaissaient une femme pour laquelle sa grossesse ou son accouchement s'est mal déroulé
- 3 ont eu une pathologie pendant leur grossesse

- **Préparation à la naissance**

Participation

19 femmes sur 30 ont suivi des séances de préparation à la naissance. 4 patientes ont complété celles-ci par des séances en piscine et 2 par de la sophrologie.

Lors de ces séances, 18 patientes ont déclaré avoir eu des explications sur le thème du début de travail et pour 17 d'entre elles avoir eu des informations sur les salles de pré travail et avoir pu les visiter.

2.4. Salle de pré travail

2.4.1. Avant l'admission

- Provenance

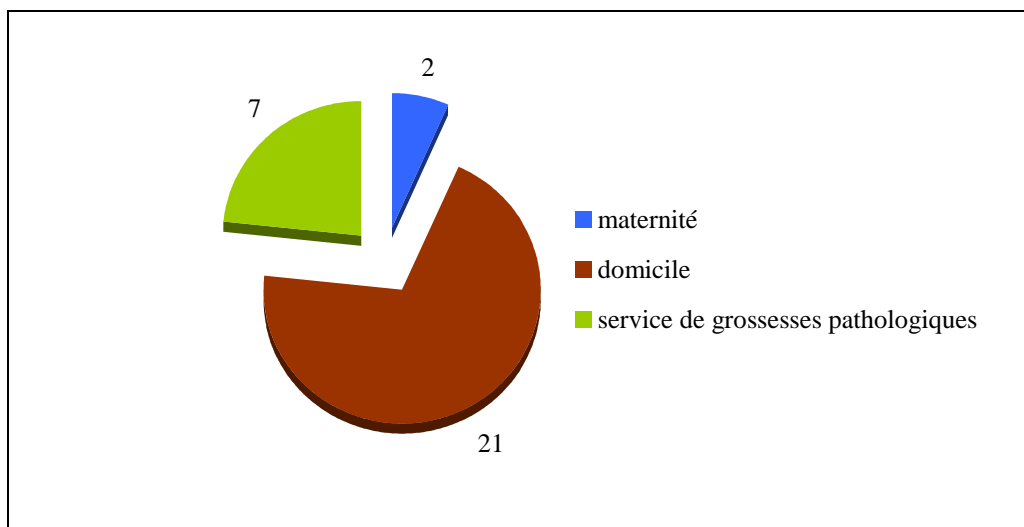


Figure 9: provenance avant l'admission en salle de pré travail

- Niveau de douleur à l'arrivée en salle de pré travail en fonction du temps passé au sein de l'hôpital

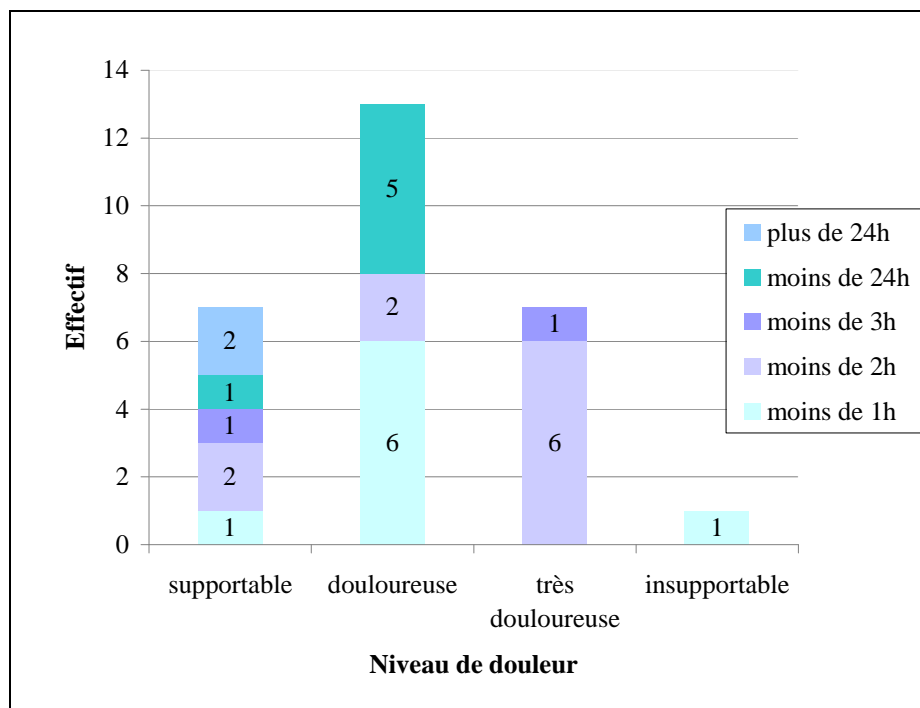


Figure 10: temps passé au sein de l'hôpital et niveau de douleur à l'arrivée en salle de pré travail

2.4.2. Accueil

- **Dilatation cervicale à l'admission**

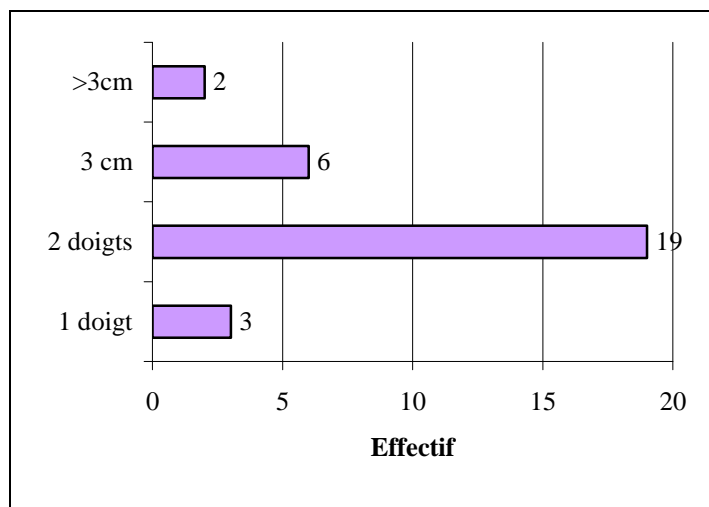


Figure 11: dilatation cervicale à l'admission en salle de pré travail

- **Niveau de la présentation selon les femmes**

Pour toutes les femmes de cette étude la présentation était céphalique, pour 8 femmes la présentation était haute à l'admission en salle de pré travail, pour vingt deux la présentation était basse.

- **Accueil et explications données sur les salles de pré travail à l'admission**

25 parturientes ont déclaré avoir été bien accueillies dans la salle de pré travail. 5 patientes ont trouvé l'accueil et les explications insuffisants voire absents.

- **Douleurs à l'arrivée en salle de pré travail**

Toutes les femmes avaient des douleurs liées uniquement aux contractions utérines :

- pour 13 femmes elles étaient supportables
- pour 13 autres elles étaient douloureuses
- pour 4 elles étaient très douloureuses

Chez les 8 femmes où la présentation était haute, 4 ont trouvé les contractions utérines supportables, 2 les ont trouvé douloureuses et 2 très douloureuses.

Chez les 22 femmes où la présentation était basse, 9 ont trouvé les contractions utérines supportables, 11 les ont trouvé douloureuses et 2 très douloureuses.

La catégorie socioprofessionnelle et les douleurs ont pu être corrélées :

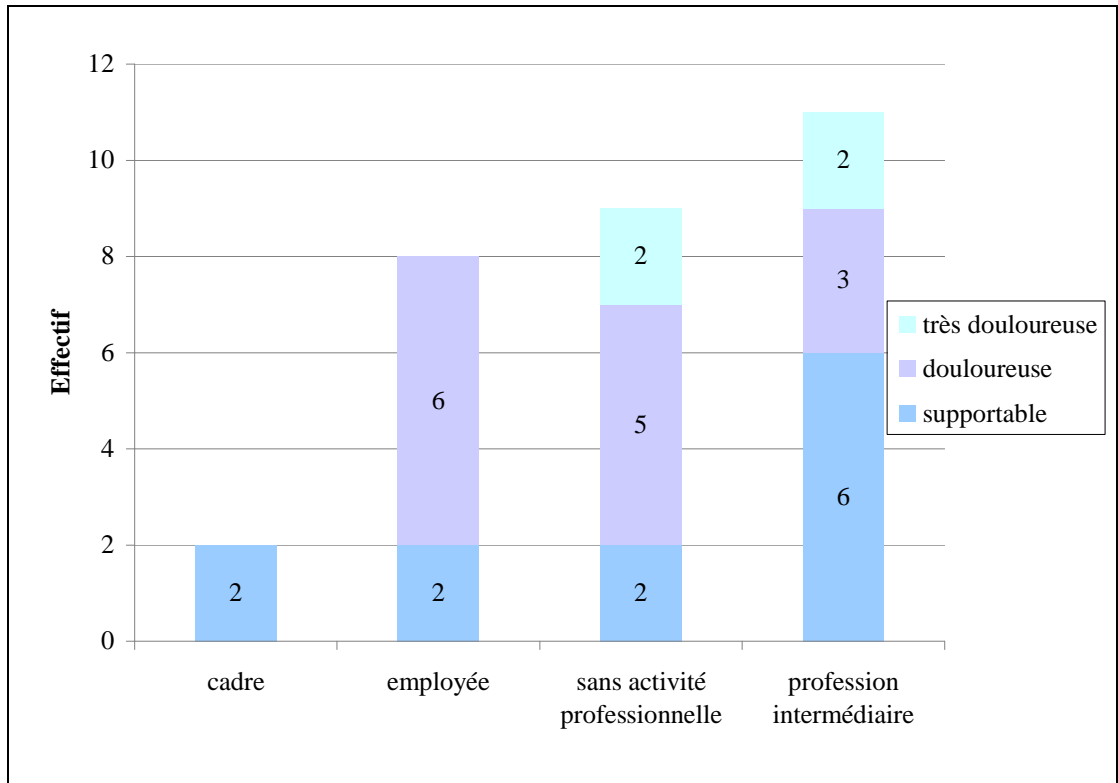


Figure 12: les douleurs et l'activité socio professionnelle

- **EVA**

Les douleurs du début de travail ont été quotées par l'EVA auprès de 8 patientes : elles étaient comprises majoritairement entre 6 et 8 et est en moyenne de 5.25.

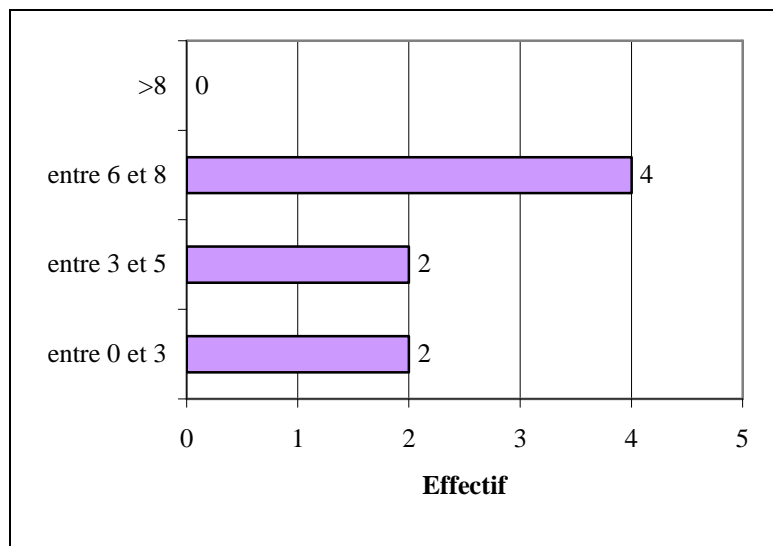


Figure 13: EVA

- **Angoisse**

A l'arrivée en salle de pré travail 18 femmes étaient angoissées. Parmi ces femmes les angoisses étaient liées à :

Type d'angoisse	Effectif
Peur de l'accouchement	8
Peur de la douleur	4
Peur de perdre le bébé	3
Peur de l'inconnu	2
Peur du déroulement	2
Peur de mourir	1
Peur pour le bébé à cause des vomissements incoercibles	1
Peur du sang	1
Peur à cause du diabète gestationnel et de la longueur du travail	1

Tableau 1: types d'angoisse

Il a pu être constaté que :

- 3 femmes sur 4 ayant mal vécu sa grossesse ou son accouchement étaient angoissées.
- 8 femmes sur 13 ayant eu une pathologie pendant leur grossesse étaient angoissées.

- Aucune différence significative n'a été constatée par rapport à la gestité :

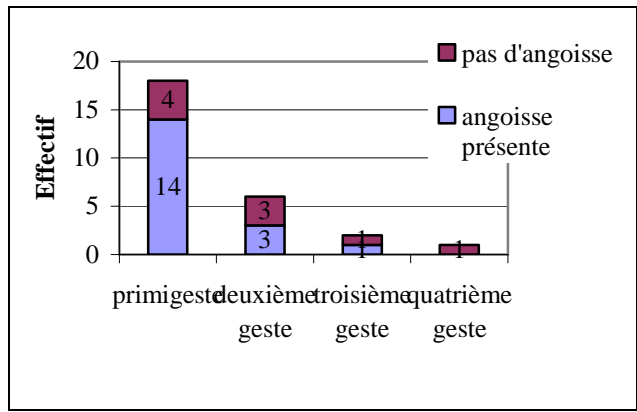


Figure 14: angoisse et gestité

- Aucun lien n'a été constaté entre la présence d'angoisse et le seuil de douleur :

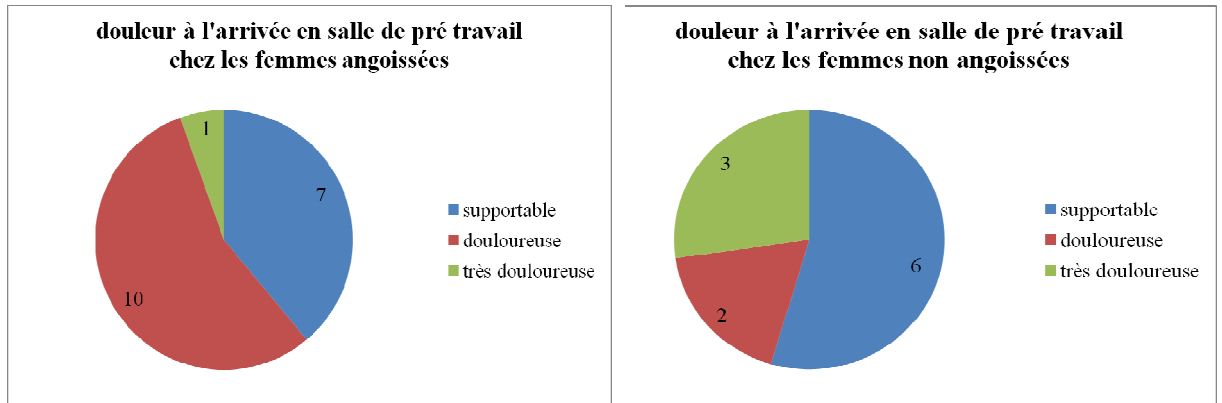


Figure 15: angoisse et douleurs à l'arrivée en salle de pré travail

- Une liaison statistique entre la présence d'angoisse et le vécu de la grossesse a pu être démontrée :

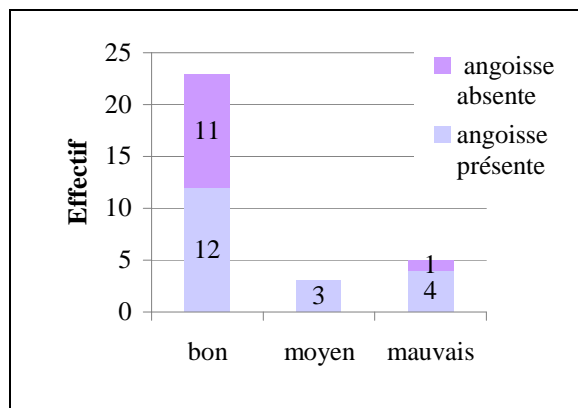


Figure 16: angoisse et vécu de la grossesse

- Facteurs diminuant les douleurs

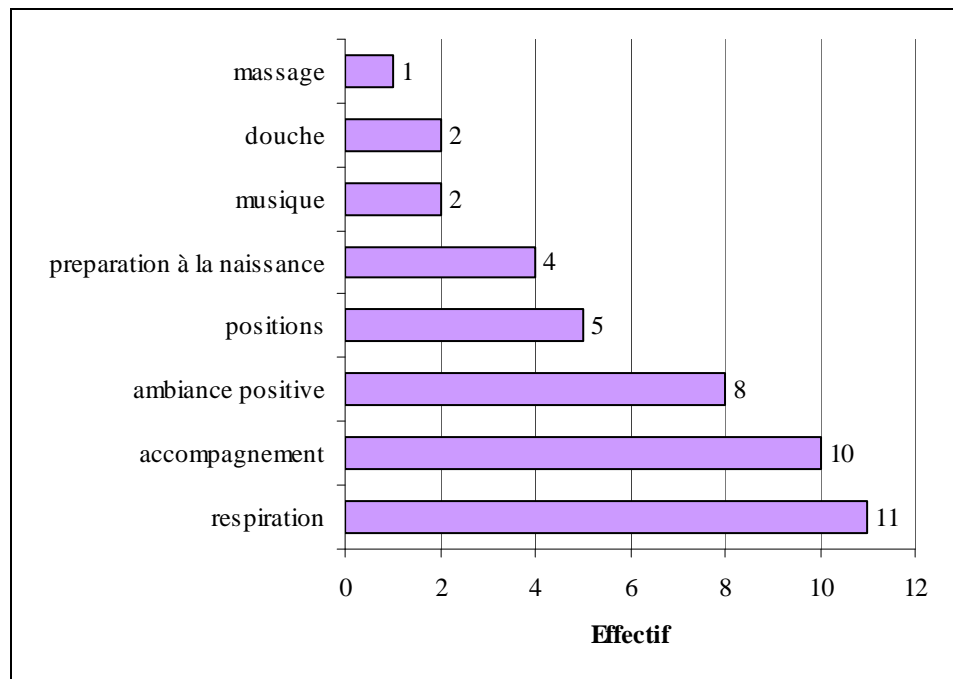


Figure 17: facteurs diminuant les douleurs

- **Facteurs augmentant les douleurs**

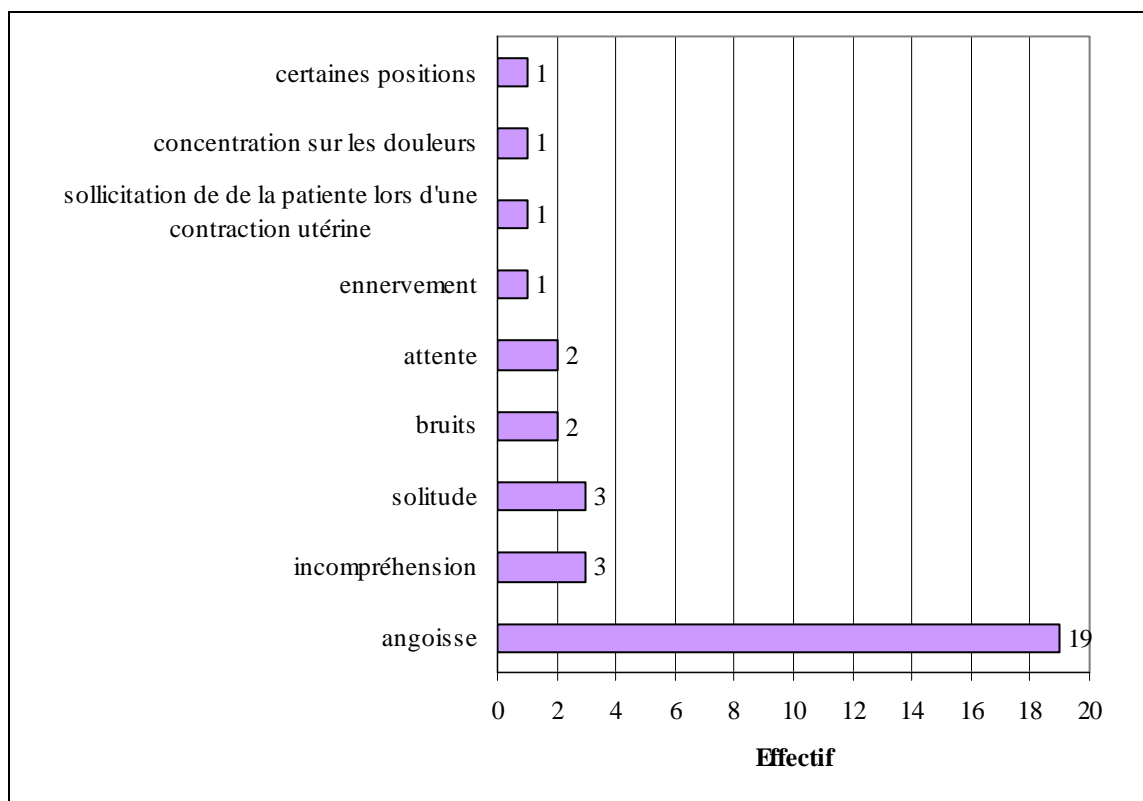


Figure 18: facteurs augmentant les douleurs

- **Qualification des douleurs du début de travail**

Seulement 5 parturientes s'attendaient aux douleurs ressenties en début de travail. Le ressenti des douleurs a été qualifié de :

Qualification des douleurs	Effectif
Horrible, affreuse, atroce	8
Très douloureuse	5
Supportable	4
Insupportable	4
Intense, forte	3
« c'était comme un coup de poignard »	1
Inexplicable	1
« ça coupe la respiration, comme si on allait mourir »	1
« très douloureux, cela se situe dans les reins »	1
Aiguë	1
« insupportable mais c'est pour la bonne cause »	1

Tableau 2: qualification des douleurs du début de travail

2.4.3. Utilisation de la salle de pré travail

- **Bénéfices de la préparation à la naissance**

Parmi les 19 patientes ayant suivi des séances de préparation à la naissance, 17 ont pu mettre en place ce qu'elles y avaient appris.

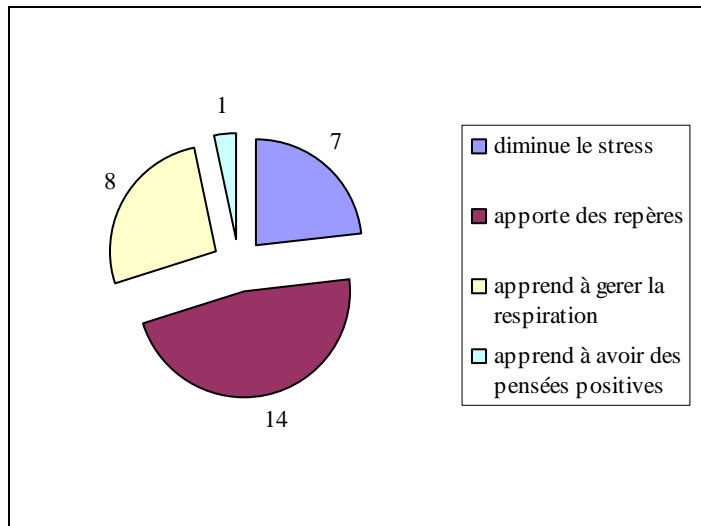


Figure 19: bénéfices de la préparation à la naissance

- **Positions, accessoires et méthodes proposées et utilisées pour diminuer les douleurs du début de travail**

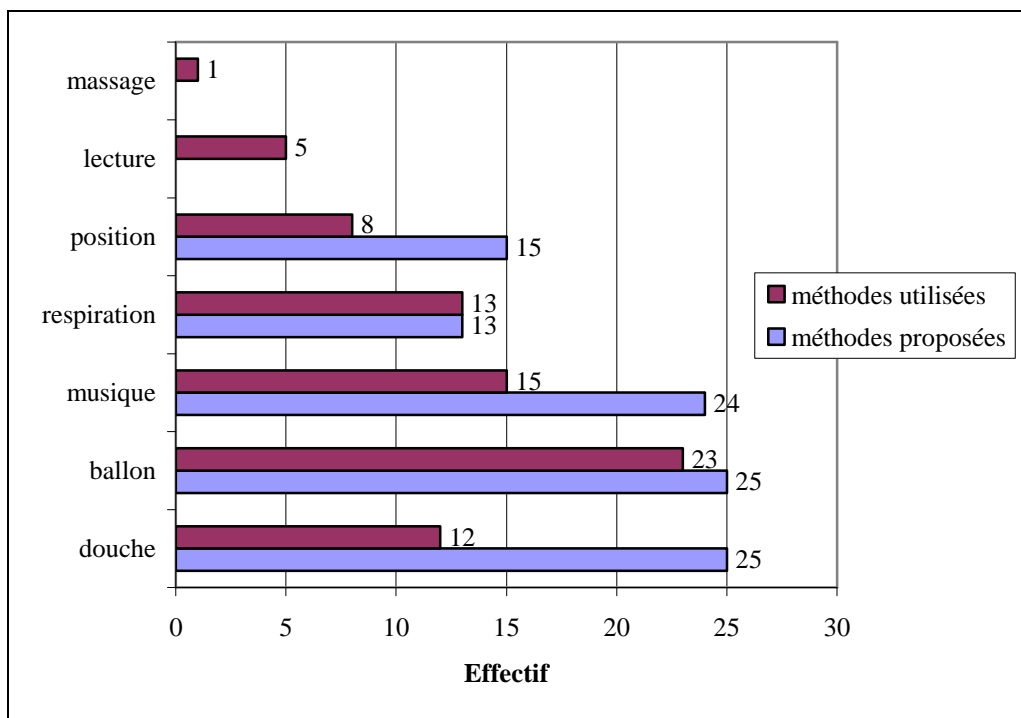


Figure 20: positions et méthodes utilisées

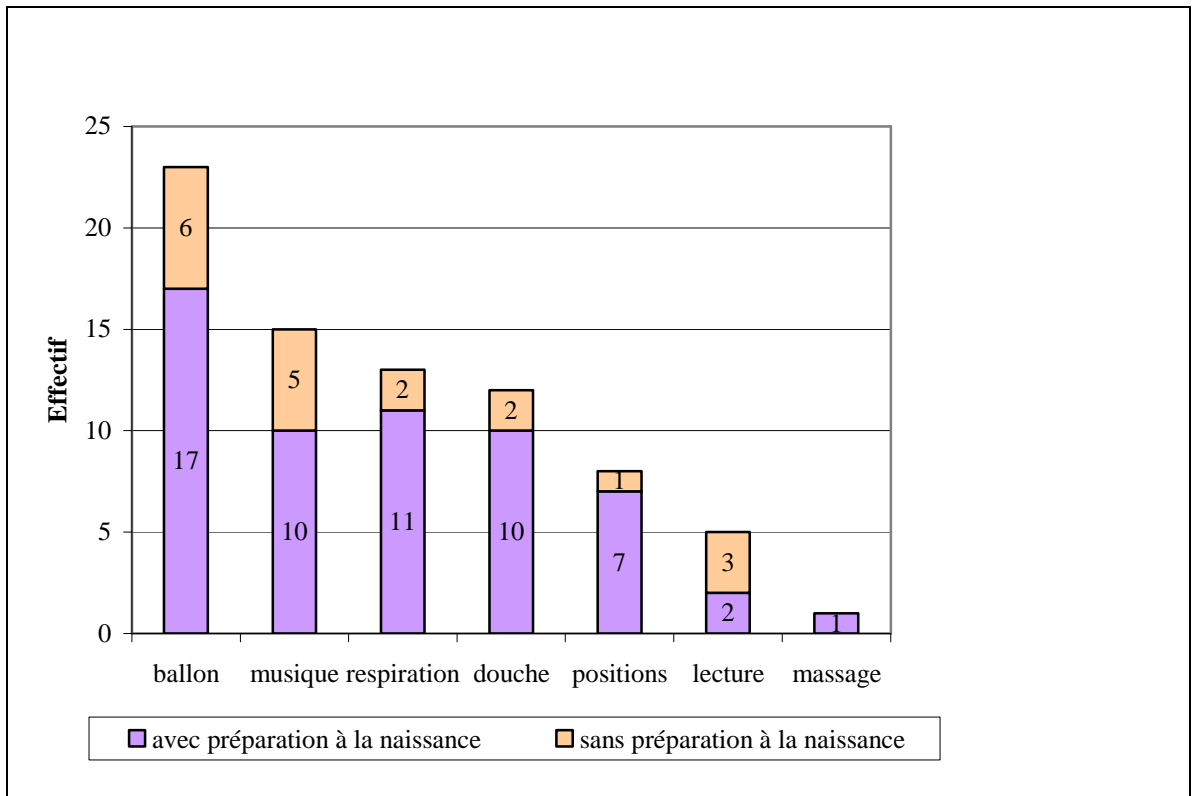


Figure 21: méthodes utilisées et préparation à la naissance

2.4.4. Accompagnement

- **Personne accompagnante**

22 patientes étaient accompagnées par leur conjoint, 3 par leur mère et 5 étaient seules.

- **Avantages de l'accompagnement par une personne proche**

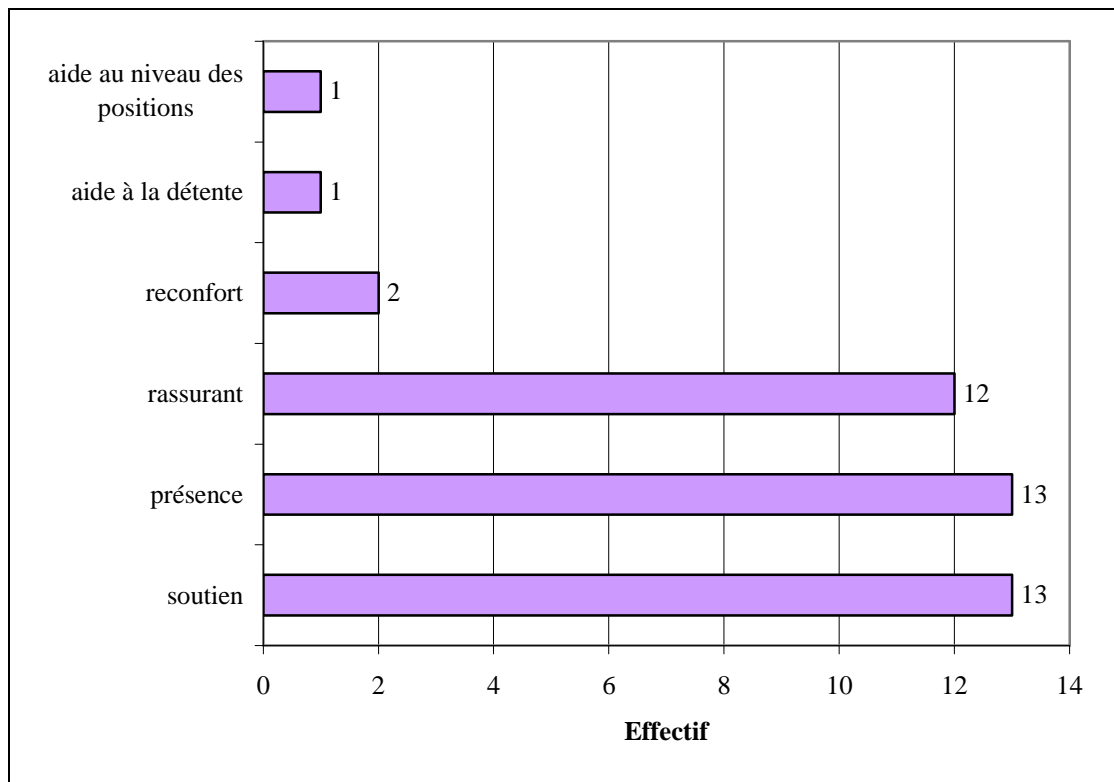


Figure 22: avantages de l'accompagnement par une personne proche

- **Inconvénients de l'accompagnement par une personne proche**

5 femmes parmi les 25 femmes accompagnées par un proche ont perçu des inconvénients à cet accompagnement. 4 ont trouvé cela stressant et 1 trouve que « c'est gênant qu'une personne puisse assister à tout », pour cette femme l'accompagnante était sa mère.

- **Personnes non accompagnées**

5 parturientes étaient seules, parmi ces 5 femmes 4 auraient aimé être accompagnées afin d'avoir un soutien, des encouragements et de permettre de diminuer l'angoisse.

- **Accompagnement par le personnel**

Satisfaction

26 femmes sur 30 étaient satisfaites par cet accompagnement, 3 moyennement et 1 pas du tout.

Attentes

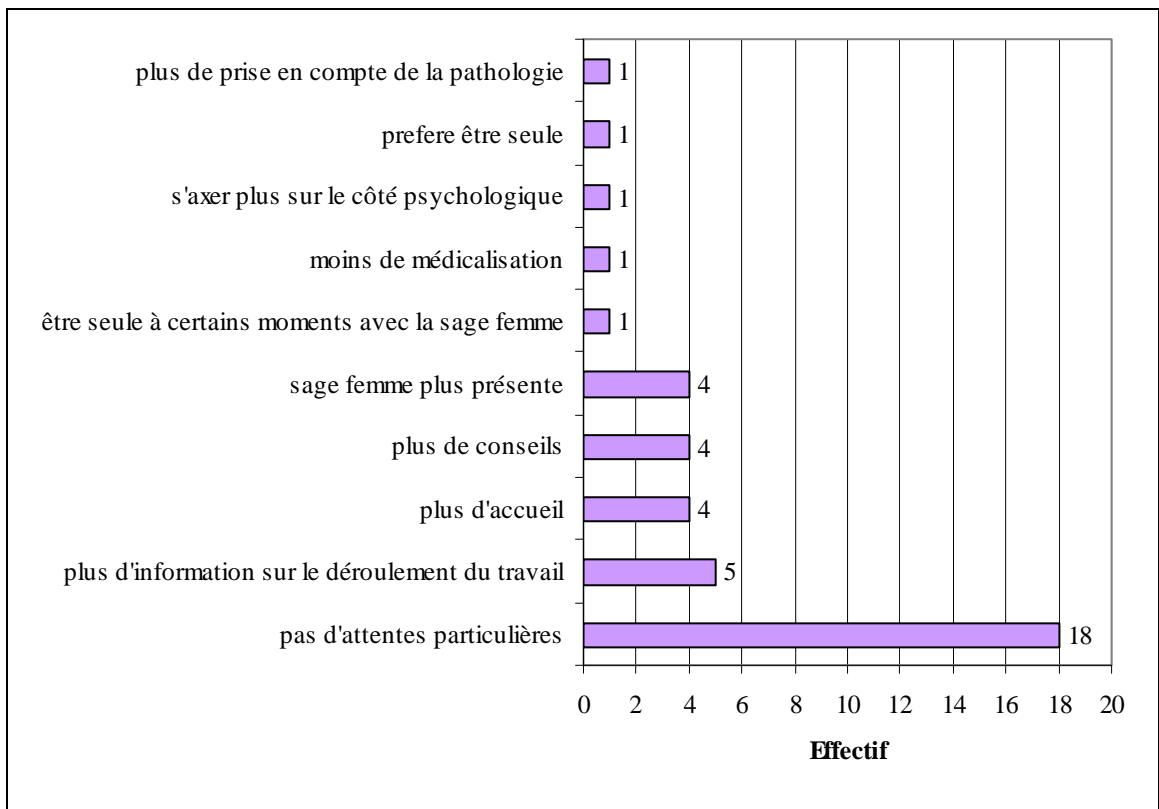


Figure 23: attentes de l'accompagnement par le personnel

Bénéfices

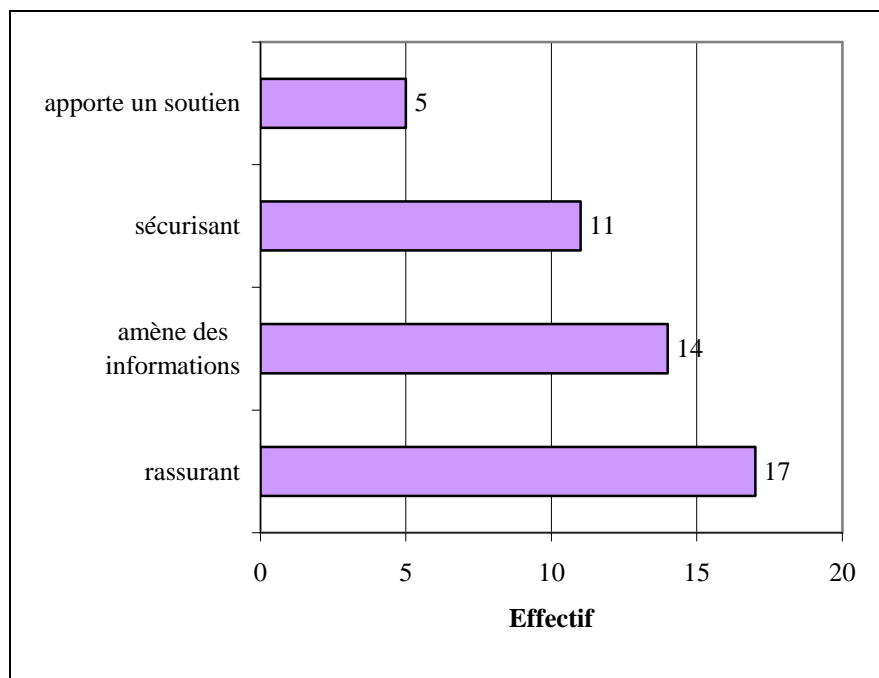


Figure 24: bénéfices de l'accompagnement par le personnel

2.4.5. Evaluation par les patientes des salles de pré travail

- **Avantages**

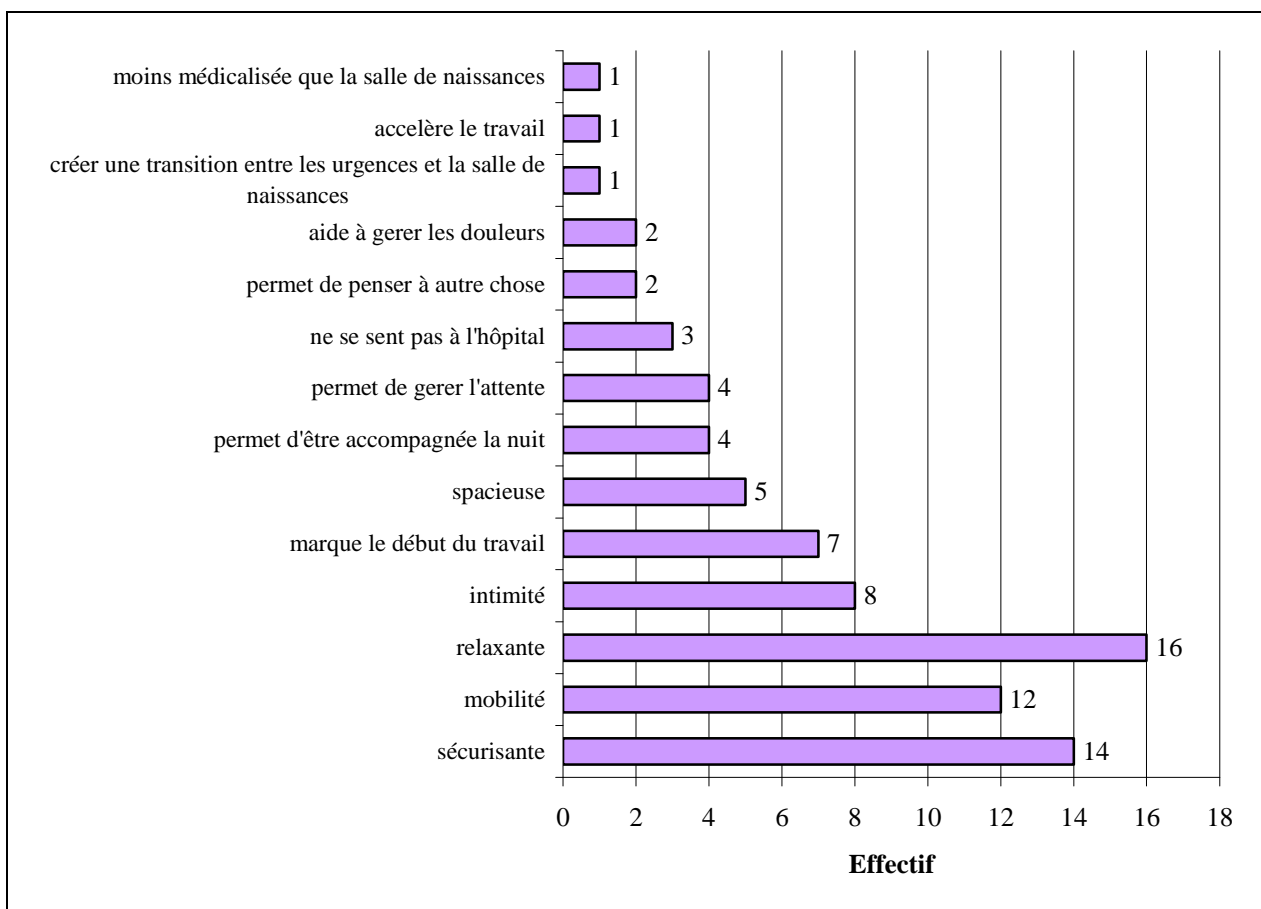


Figure 25: avantages des salles de pré travail

- **Inconvénients**

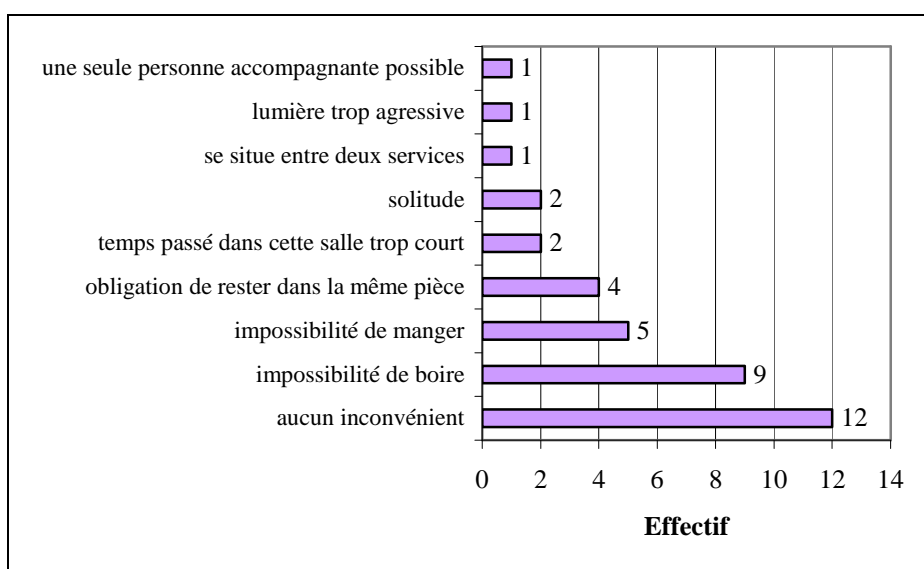


Figure 26: inconvénients des salles de pré travail

- **Aide au niveau de la gestion des douleurs**

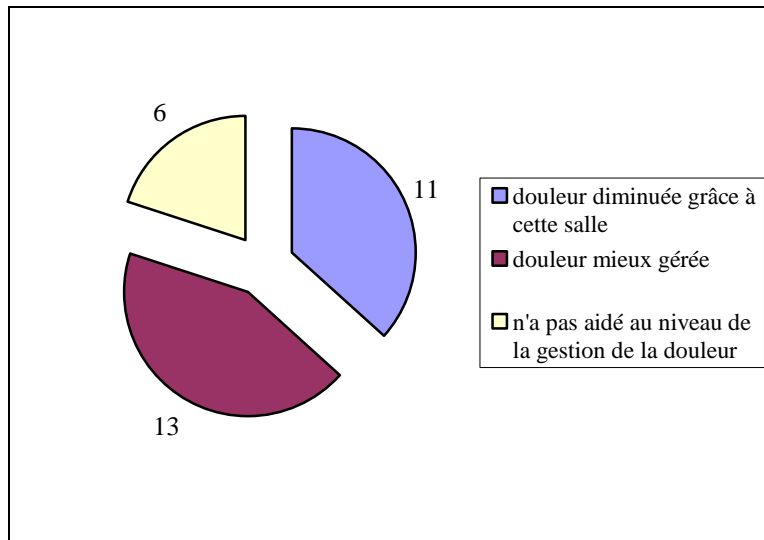


Figure 27: gestion des douleurs et salle de pré travail

- **Angoisse**

Sur les 18 femmes étant angoissées à l'arrivée en salle de pré travail, 13 ont réussi à diminuer voire à faire disparaître celle-ci.

- **Ambiance**

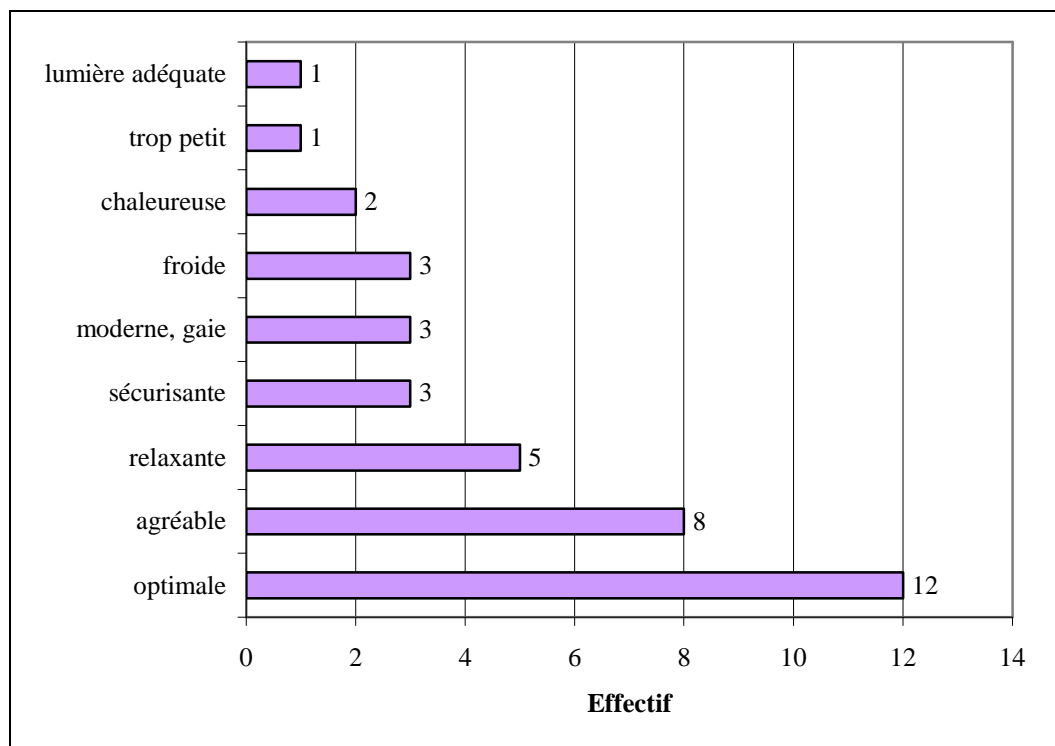


Figure 28: évaluation de l'ambiance de la salle de pré travail

- **Éléments à améliorer**

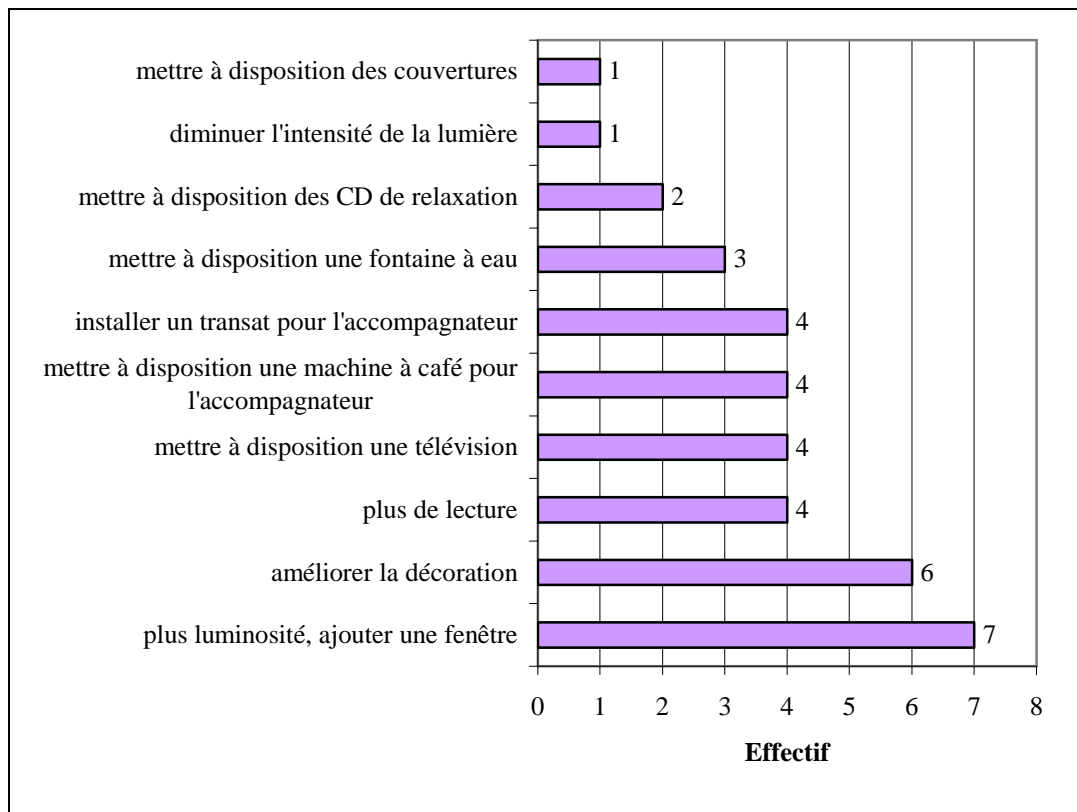


Figure 29: éléments à améliorer

- **Temps passé dans la salle de pré travail**

Les parturientes sont restées entre 30 minutes et 5 heures dans ces salles de pré travail, avec une moyenne de 2 heures.

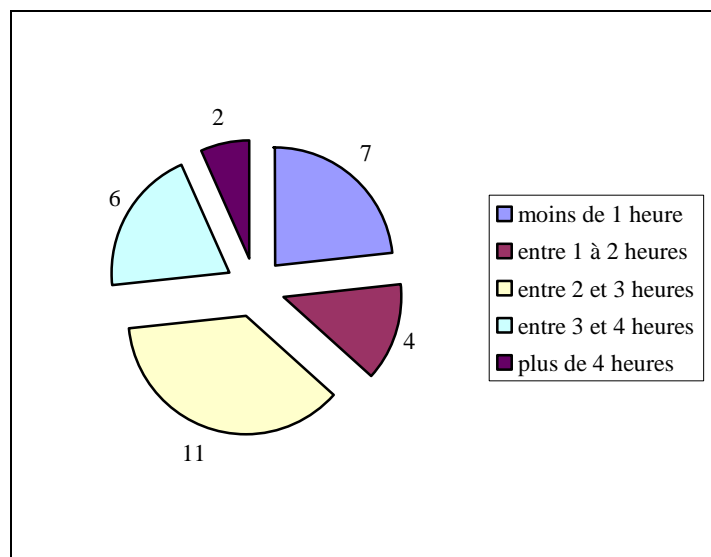


Figure 30: temps passé en salle de pré travail

- **Sortie de la salle de pré travail**

La dilatation cervicale moyenne à la sortie de la salle de pré travail était de 4 cm. Pour les femmes ne désirant pas d'analgésie péridurale la dilatation moyenne était de 5.5 cm. Pour celle désirant une analgésie péridurale, elle était de 3.6 cm.

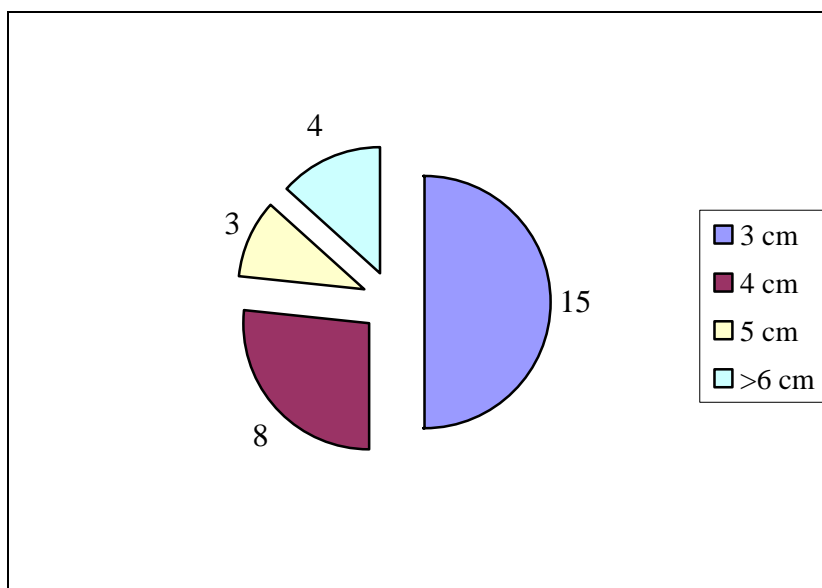


Figure 31: dilatation cervicale de sortie de la salle de pré travail

Partie 3 : Réflexions autour des salles de pré travail du CHR de Thionville en lien avec la gestion des douleurs du début de travail

1. LES DOULEURS DU DEBUT DE TRAVAIL

1.1. Description par les femmes

Au cours de l'enquête ont été interrogées les femmes sur les douleurs du début de travail. Pour l'ensemble de celles-ci, elles étaient liées aux contractions utérines. Pour seulement un sixième de la population ce type de douleurs était attendu; les informations qui leur ont été données au cours de la grossesse n'insistent peut être pas assez sur ces douleurs. Il serait donc nécessaire pendant la grossesse, de donner plus d'informations sur ce sujet afin que les femmes puissent mieux s'y préparer.

Pour décrire ces douleurs, les termes employés étaient variés, mais la majorité de ceux-ci évoquaient une douleur forte, intense comme l'avait démontré le docteur Melzack au travers de son étude.

Cependant, pour certaines femmes les douleurs qu'elles ont vécues en début de travail étaient supportables et pour l'une d'entre elles, elles ont été vécues comme le « mal joli » c'est-à-dire qu'une fois passées elles sont oubliées tellement la naissance est un moment magique. Le seuil de douleur diffère donc d'une femme à l'autre. Cette différence s'explique par de nombreux facteurs qui entrent en jeu pendant le travail et les antécédents des patientes.

1.2. Facteurs augmentant et diminuant les douleurs selon les femmes

Comme il a été évoqué dans la première partie du mémoire, le seuil de tolérance aux douleurs varie en fonction d'un certain nombre de facteurs. Ici vont être développés ceux cités par les femmes au cours de l'enquête.

Quatre patientes ont cité **les séances de préparation à la naissance** comme pouvant diminuer le seuil de douleur.

En effet, les séances de préparation à la naissance amènent des informations autour de la parentalité, de l'accouchement et de ses douleurs. Celles-ci apportent aux femmes des repères anticipatoires.

De plus, lors de ces séances, sont le plus souvent évoquées des **méthodes permettant une meilleure gestion des douleurs**.

La respiration permet selon plus d'un tiers des femmes, une meilleure gestion des douleurs. Lors de ces séances les femmes peuvent également apprendre des positions antalgiques afin d'améliorer leur confort. Pour un sixième des patientes de cette enquête, les positions aident pendant le travail, cependant une femme a déclaré que certaines positions peuvent tout au contraire diminuer le seuil de tolérance aux douleurs. En effet comme il a été évoqué en première partie, certaines positions, comme la position en décubitus dorsal, ne seraient pas très confortables pour les parturientes. Il est donc important de favoriser les positions verticales pendant le travail. Si les soins réalisés à la patiente ou pour une raison quelconque il est nécessaire que la parturiente soit allongée, il est alors préférable de l'installer en décubitus latéral gauche.

Une femme a également parlé du massage comme moyen permettant de diminuer les douleurs. En effet, le massage au niveau des fossettes sacro-iliaques soulage la femme de certaines douleurs notamment quand le bébé est en position postérieure. Cependant cette méthode est encore trop peu connue et donc peu utilisée.

Deux femmes ont mentionné la musique comme méthode facilitant la gestion des douleurs. Elle peut amener à la détente notamment par le biais de musiques de relaxation.

Pour quasiment un tiers des patientes **l'accompagnement** a un rôle au niveau de la gestion des douleurs. Et pour trois femmes la solitude est un facteur diminuant le seuil de douleur.

L'accompagnement peut être réalisé par un proche ou un professionnel ou les deux. Il permet aux femmes de mieux gérer l'attente et le stress que les douleurs engendrent, de pouvoir échanger et s'il s'agit d'un professionnel de la santé d'obtenir des informations sur le déroulement du travail, évitant toute forme d'incompréhension pouvant être angoissante, énervante. Il est également important pour les parturientes d'être encouragées. Le fait d'avoir une personne auprès d'elles peut également diminuer la concentration qu'elles portent sur les douleurs. Cependant, il est important de leur poser des questions au moment opportun, par exemple en dehors une contraction utérine comme l'a fait remarquer une patiente lors de l'enquête.

Deux patientes ont cité comme facteur diminuant les douleurs, **l'utilisation de la douche**.

L'eau chaude diminue les tensions musculaires et donc aide à mieux gérer les douleurs. Cet effet est également retrouvé dans l'utilisation du bain.

L'environnement a aussi une influence sur les douleurs.

Quasiment un tiers des femmes ont exprimé le fait qu'une ambiance positive puisse être un élément facilitateur pour diminuer les douleurs. L'environnement peut jouer sur l'état d'esprit de la patiente. Une ambiance relaxante, sécurisante peut l'amener à un état de bien être. Au contraire, quand l'environnement est agressif, bruyant cela peut devenir angoissant pour la parturiente.

L'état psychologique et notamment **les angoisses** de la femme jouent un rôle sur le déroulement du travail.

Pour quasiment deux tiers des femmes, le fait d'être angoissée a engendré des douleurs plus intenses. Les angoisses peuvent être multiples et diffèrent d'une femme à l'autre.

Pour la majorité d'entre elles, il s'agissait de la peur de l'accouchement, « de ne pas y arriver », peur du déroulement, de mourir.

Pour quatre patientes, il s'agissait de la peur de la douleur. Les autres angoisses étaient axées sur la santé du bébé.

1.3. Les douleurs varient selon des facteurs individuels

Au cours de la première partie, des facteurs individuels ont été cités comme pouvant avoir un impact sur les douleurs. Cependant dans cette enquête certains de ces facteurs n'ont pas révélé de liaison statistique significative avec les douleurs, notamment les origines de la patiente, la gestité, les antécédents médicaux et chirurgicaux ainsi que la durée d'hospitalisation.

Par ailleurs, certains facteurs ont révélé une influence sur les douleurs.

L'enquête a montré une différence du seuil de tolérance aux douleurs selon les **catégories socio professionnelles**. Il était plus bas chez les employées et les personnes n'ayant pas d'activité professionnelle.

On peut noter que **la hauteur de la présentation** joue aussi un rôle au niveau des douleurs, plus elle était basse selon les femmes, plus les douleurs étaient élevées.

Précédemment, il a été évoqué qu'un des facteurs augmentant les douleurs cité par les femmes était **l'angoisse**. En effet, dans cette étude, les femmes angoissées avaient un seuil de tolérance aux douleurs plus faible.

L'angoisse varie elle-même selon de nombreux facteurs. **Les femmes connaissant une femme ayant eu une grossesse ou un accouchement difficile**, celles qui ont eu une **pathologie** pendant la grossesse, étaient plus angoissées que les autres.

De plus, le **vécu de la grossesse** a une influence sur la présence ou non d'angoisse, la quasi-totalité des femmes de cette enquête ayant mal ou moyennement bien vécue leur grossesse avait un seuil de tolérance aux douleurs plus bas que les autres.

Le vécu de la grossesse est également variable selon certains facteurs : le fait d'avoir vécu un **évènement douloureux pendant la grossesse**, de connaître une femme pour laquelle la grossesse ou l'accouchement s'est mal déroulé, d'avoir eu une pathologie pendant la grossesse engendrent chez certaines femmes un moins bon vécu de la grossesse. Le vécu a donc un impact sur le travail, c'est pourquoi lors de la grossesse il est nécessaire de dépister les femmes vivant mal celle-ci, de comprendre la cause et de les aider en leur donnant des informations.

Le seuil de tolérance aux douleurs du début de travail varie donc selon de nombreux facteurs et peut être diminué notamment par des repères anticipatoires acquis lors des séances de préparation à la naissance réalisées pendant la grossesse. Les deux premières hypothèses de travail évoquées dans la deuxième partie sont donc validées.

2. LES SALLES DE PRE TRAVAIL AU CHR DE THIONVILLE

2.1. Population admise dans ces salles

L'admission des femmes en salle de pré travail se fait lorsque la sage-femme suspecte un début de travail. Dans certains cas il peut s'agir d'un faux début de travail, les femmes rentrent alors chez elles ou sont admises dans un autre service. Dans le cadre de l'enquête de ce mémoire, pour toutes les femmes il s'agissait d'un début de travail.

Avant l'admission en salle de pré travail, les patientes provenaient de différents endroits : domicile pour la majorité, deux femmes venaient du service de maternité et sept du service de grossesses pathologiques.

Au niveau de l'accueil, la quasi-totalité des femmes a été satisfaite : 25/30. Pour les autres, elles ont trouvé l'accueil insuffisant et qu'il y avait un manque d'informations de la part des professionnels.

Le motif d'admission était donc la suspicion de début de travail due à la présence de contractions utérines douloureuses et régulières et une dilatation cervicale comprise entre un doigt et quatre centimètres avec une majorité de dilatation cervicale à deux doigts (les deux tiers). La présentation céphalique était basse, selon les femmes, pour la majorité d'entre elles (22).

L'intensité de la douleur est variable. Pour un peu plus d'un tiers des femmes les contractions utérines étaient supportables, pour également un peu plus d'un tiers de la population elles étaient douloureuses et pour les autres, elles étaient très douloureuses.

L'EVA a été demandée à huit parturientes, la moyenne de celle-ci était de 5.25. Ce qui amène donc à constater que l'EVA n'est que très peu utilisée, or cette cotation de la douleur est utile pour évaluer l'évolution de l'intensité de la douleur. Il serait donc souhaitable qu'elle soit plus systématiquement demandée.

2.2. Sortie de la salle de pré travail

D'après l'étude, les parturientes ont passé en moyenne deux heures au sein des salles de pré travail.

La dilatation cervicale de sortie est variable selon le souhait ou non d'avoir recours par la suite à une analgésie péridurale (APD). Pour celle ne désirant pas d'APD la dilatation cervicale moyenne de sortie était de 5.5 cm, pour celles désirant une APD elle était de 3.6 cm. Ces salles permettent donc aux femmes ne désirant pas d'APD d'être dans un lieu au sein du service de salle de naissances, donc dans un endroit sécurisant par le fait d'être proche des salles d'accouchements elles mêmes, tout en étant dans une pièce où elles ont une certaine indépendance et où la médicalisation n'est pas omniprésente. Les femmes peuvent y déambuler, prendre une douche...cela leur permet de mieux gérer leurs douleurs contrairement à la salle de naissances où elles sont perfusées et sous cardiocytographe... Pour les femmes désirant une APD, ces salles peuvent les aider à mieux gérer l'attente entre le moment du début de travail et le moment opportun pour la pose d'APD.

2.3. Bénéfices

Les salles de pré travail permettent aux femmes **d'être accompagnées jour et nuit par la personne de leur choix**. L'accompagnement semble important pour elles, un cinquième des femmes accompagnées seulement y ont trouvé un inconvénient, elles ont trouvé cela stressant et pour une d'entre elle gênant, pour cette femme l'accompagnant était sa mère. De plus, parmi les femmes non accompagnées, quatre femmes sur cinq auraient aimé l'être.

Beaucoup d'avantages ont été cités vis-à-vis de cet accompagnement. En effet l'accompagnateur peut aider la femme à mieux se positionner, à se détendre, être réconfortant. Le fait de ne pas être seule apporte un soutien, une présence permettant de rassurer mais également de faire écouler le temps plus vite.

En salle de pré travail, un des avantages selon les femmes était **l'accompagnement par le personnel**. En effet, le nombre de professionnels travaillant au sein du service de salle de naissances est plus important que dans les services de maternité et de grossesses

pathologiques, ce qui permet donc aux sages-femmes d'être plus présentes aux côtés des parturientes. La quasi-totalité des femmes a apprécié cet accompagnement, ce qui invalide l'hypothèse de travail étant que l'accompagnement par le personnel semble insuffisant. Pour la moitié des femmes, elles ont trouvé cela rassurant, cela leur a permis d'avoir des informations sur le déroulement du travail... Pour un tiers cet accompagnement leur a apporté un sentiment d'être en sécurité, pour un sixième un soutien.

La sage-femme se doit donc d'aider la femme à apprécier l'évolution du travail, de répondre aux questions de la patiente. Elle peut pour cela parfois faire sortir de la salle l'accompagnateur. La sage-femme joue un rôle très important au niveau de cet accompagnement, sa présence est d'une grande importance pour la femme. Cependant, il faut tout de même parfois savoir laisser de l'intimité à la parturiente, au couple.

Dans l'évaluation de l'**ambiance** des salles de pré travail, la quasi totalité des femmes l'a appréciée. Elles l'ont trouvée agréable, relaxante, moderne, gaie, sécurisante, chaleureuse, spacieuse. Quatre femmes seulement n'ont pas apprécié cette ambiance : une l'a trouvé trop petite, trois froide.

L'ambiance de ces salles semble donc satisfaire la majorité des patientes et peut donc aider à mieux gérer les douleurs.

De plus, les salles de pré travail se situent à proximité des salles de naissances et contiennent quelques équipements médicaux, elles ont donc paru **sécurisantes** pour 14 femmes.

Les salles de pré travail peuvent également établir une **transition entre le service d'urgence ou les services de provenance et la salle d'accouchements**. Pour une femme, la salle de pré travail lui a paru moins médicalisée que la salle d'accouchements et pour trois femmes une fois dans la salle de pré travail elles ne se sont pas senties à l'hôpital.

De plus, le fait d'être admise en salle de pré travail pour sept patientes a permis de **marquer le début du travail**. Pour elles les contractions utérines étaient enfin efficaces sur leur col utérin. Cela annonçait donc l'accouchement. Une femme a même trouvé que cela accélérât le travail.

Comme nous avons pu le voir précédemment, les salles de pré travail peuvent permettre une **attente plus agréable** surtout pour les femmes ne désirant pas d'APD, pouvant donc rester plus longtemps dans ces salles et donc par ce fait avoir plus de liberté qu'en salle d'accouchements notamment au niveau de la mobilité. La **mobilisation** pendant le travail permettant une meilleure gestion des douleurs selon 12 femmes.

Deux femmes ont trouvé que la salle de pré travail leur a permis **de penser à autre chose**.

La salle de pré travail permet également pour certaines femmes d'avoir une certaine **intimité**. En effet, avant d'arriver en salle de pré travail certaines patientes étaient hospitalisées dans un autre service et parfois en chambre double où elles ne pouvaient donc pas être seules avec leur conjoint ou la personne de leur choix. Huit patientes ont donc cité pour cela l'intimité comme avantage à la salle de pré travail.

Probablement grâce à tous ces bénéfices cités par les femmes, correspondant bien à certains facteurs diminuant les douleurs, évoqués en première partie, la salle de pré travail a aidé 24 patientes sur 30 au niveau de la **gestion des douleurs**. Pour 11 d'entre elles, elle a contribué à la diminution des douleurs et pour 13 d'entre elles à une meilleure gestion des douleurs.

Cette salle a d'autant plus aidé les femmes au niveau des douleurs qu'elle a contribué à la diminution ou à une meilleure gestion de l'**angoisse** pour la majorité des femmes angoissées (13 sur 18).

Les salles de pré travail présentent donc des bénéfices au niveau de la gestion des douleurs, ce qui permet de valider l'hypothèse de travail correspondante. Cependant, ces salles présentent également des inconvénients

2.4. Limitation de l'usage

Un des inconvénients est le temps **passé dans cette salle par les femmes ne désirant pas d'APD**, qui semble être trop court.

Deux parturientes auraient aimé passer plus de temps dans la salle de pré travail. Ces deux patientes sont restées respectivement deux et trois heures et sont sorties de la salle

de pré travail à une dilatation cervicale de trois et quatre centimètres. Ces deux patientes ne désiraient pas d'APD.

Pour les femmes ne désirant pas d'APD, les salles de pré travail semblent plus appropriées que les salles d'accouchements, elles peuvent y déambuler, prendre une douche...afin de mieux gérer leurs douleurs S'il n'y a pas de danger pour le bébé et la mère, on peut donc se permettre de laisser les patientes ne désirant pas d'APD en salle de pré travail pendant une grande partie du travail.

Quatre femmes ont également cité comme inconvénient le fait d'être obligée de **rester dans la même pièce**. En effet, une fois dans cette salle les femmes ne sont plus autorisées à sortir et donc déambuler dans le couloir. Ces femmes peuvent donc se sentir enfermées.

Une femme a trouvé que la localisation des salles de pré travail n'est pas optimale, elles se **situent entre le service d'urgence et les salles d'accouchements**. Elle a alors eu le sentiment d'être isolée. Il est donc important d'aller voir régulièrement les femmes en salle de pré travail et de prendre le temps d'échanger avec elles.

Deux patientes se sont également senties **seules**, ces deux femmes n'étaient pas accompagnées. Le personnel a donc un rôle à jouer auprès de ces femmes. Il est indispensable qu'il soit plus présent, prenne d'autant plus le temps d'échanger avec ces femmes.

Une femme aurait voulu être accompagnée par plusieurs personnes. En salle de pré travail **une seule personne est autorisée à accompagner la parturiente**. Or certaines femmes ont besoin d'avoir par exemple leur conjoint et leur mère à leurs côtés. Ces deux personnes sont alors obligées d'alterner leur visite.

Neuf patientes auraient aimé boire dans ces salles mais n'ont pas pu et cinq femmes auraient souhaité **manger**.

Une patiente a trouvé la **lumière trop agressive**. Il faut donc être attentif à bien moduler la lumière une fois l'examen terminé.

2.5. Moyens mis en place

A l'arrivée en salle de pré travail des méthodes pour mieux gérer les douleurs sont proposées. Les méthodes les plus proposées sont la musique, l'utilisation du ballon, l'utilisation de la douche. La respiration a aussi été proposée à la moitié des parturientes, tout comme les positions antalgiques.

La quasi-totalité des femmes à qui a été proposée l'utilisation du ballon et de la respiration, l'a expérimentée. Dans le cas de la musique, des positions antalgiques et de la douche, seulement la moitié s'en est servie. Certaines femmes ont pu lire et une patiente a utilisé le massage qu'elle avait appris lors de séances de préparation à la naissance.

Il est d'ailleurs à noter que les femmes ayant suivi des séances de préparation à la naissance ont davantage utilisé ces méthodes. Sur les 19 femmes ayant suivi ces séances 17 ont déclaré avoir pu mettre en place ce qu'elles y avaient appris. Pour elles, la préparation à la naissance leur a été d'une grande utilité au niveau de la gestion du stress, de l'apprentissage à avoir des pensées positives, de la respiration. De plus, ces séances leur ont apporté des repères, elles se sont senties moins perdues.

Pour l'ensemble des femmes, lors de l'explication des positions antalgiques, il serait nécessaire de montrer à la patiente et de l'aider à adopter ces positions surtout dans le cas où elles n'ont pas suivi de séances de préparation à la naissance. En ce qui concerne la musique, il n'y a qu'un seul poste pour l'ensemble des salles et il n'y a pas de CD mis à disposition. Dans le cadre des séances de préparation à la naissance suivies par les patientes de cette étude, une visite des salles de pré travail a été réalisée. Ces femmes savent donc exactement ce qu'il est bien de ramener, et connaissent les lieux.

Au sein des salles de pré travail peuvent donc être mis en place des moyens simples afin de permettre une meilleure gestion des douleurs, ce qui permet de valider l'hypothèse correspondante.

2.6. Attentes des patientes et éléments à améliorer

Les femmes ont des attentes vis-à-vis de ces salles de pré travail, des éléments peuvent donc encore être améliorés. Cette partie permet de valider l'hypothèse de travail : des éléments peuvent être améliorés au sein des salles de pré travail.

2.6.1. Au niveau accompagnement par le personnel

Quatre femmes auraient apprécié **être mieux accueillies**. L'accueil est un moment clé dans l'utilisation de la salle de pré travail. C'est le moment où la sage-femme explique son fonctionnement et tout ce que la parturiente peut y mettre en place. Cela va donc permettre à la patiente de l'utiliser de façon optimale afin de mieux gérer ses douleurs. L'accueil des femmes en salle de pré travail pourrait donc être un temps privilégié où les professionnels de santé prendraient le temps d'expliquer le fonctionnement de la salle, le déroulement du travail...

Quatre patientes auraient aimé avoir **plus de conseils** de la part de la sage-femme. En effet pour les femmes, qui sont primipares dans cette enquête, le début de travail leur est inconnu et elles ont donc besoin d'être guidées. La sage-femme pourrait donc aider les femmes à trouver leurs repères, à comprendre ce qu'il se passe et à mettre en place des moyens leur permettant une meilleure gestion de leurs douleurs.

Cinq femmes auraient souhaité avoir **plus d'informations sur le déroulement du travail**. Le début de travail peut être une période qui est longue et la parturiente ne comprend pas toujours ce qu'il se passe. Elle a besoin d'être rassurée sur l'avancement du travail, sur le bien être du bébé...La sage-femme pourrait alors encourager la femme, la rassurer sur l'avancement du travail, lui expliquer ce qui l'attend (pose de l'APD, accouchement...).

Une femme aurait aimé que la **sage-femme « s'axe plus sur le côté psychologique »** que sur le côté médical, une aurait d'ailleurs souhaité **moins de médicalisation**.

Il est vrai que certains examens sont indispensables pour surveiller le déroulement du travail et le bien être foetal. Cependant la parturiente attend également de ces examens,

qu'ils la rassurent ; qu'on lui explique ce qu'il se passe, quelques mots d'encouragement...

Une femme aurait aimé être **rassurée par rapport à sa pathologie** développée pendant la grossesse.

La sage-femme devrait donc constamment s'adapter à la patiente qu'elle a en face d'elle, certaines ont besoin d'être constamment rassurées.

Quatre parturientes auraient apprécié que la **sage-femme soit plus présente**, cependant une femme a déclaré qu'elle préférerait être seule. Il faudrait que la sage-femme s'adapte en fonction de la patiente.

Une femme aurait voulu **être à certains moments seule avec la sage-femme**. Il serait donc important lors des examens de demander à la patiente si elle désire que l'accompagnateur sorte quelques instants. Ces moments là, peuvent être des moments privilégiés pour la sage-femme. La femme peut alors se confier plus facilement à elle, la sage-femme peut poser des questions plus intimes...

2.6.2. Au niveau de l'utilisation de la salle de pré travail

Comme il a été émis ultérieurement, lors du travail, les salles de pré travail sont plus adaptées que les salles d'accouchements pour les parturientes ne désirant pas d'APD.

C'est pourquoi, il faudrait **permettre à ces femmes de rester le plus longtemps possible dans ces salles** avant de les emmener en salle d'accouchements.

Le fait de transférer les patientes assez tôt dans le travail en salle de naissances, vient probablement de la crainte des professionnels qu'elles accouchent en salle de pré travail. Or la réalisation des accouchements dans celle-ci est tout à fait possible. Du matériel nécessaire à l'accouchement pourrait être mis à disposition en salle de pré travail.

Précédemment, les méthodes permettant une meilleure gestion des douleurs énumérées étaient celles utilisées dans ces salles de pré travail. Or il en existe une multitude d'autres comme la relaxation, l'acupuncture, le bain...

Toutefois ces méthodes demanderaient une formation des professionnels et des moyens financiers.

Dans cette étude, certaines femmes ont été dans l'impossibilité de boire et de manger. Or d'après l'OMS, la consommation de boissons et d'aliments pendant le travail n'est pas contre indiquée.

En ce qui concerne la **consommation de boissons**, certaines femmes ont pu boire en salle de pré travail. Le fait qu'il n'y ait pas de fontaine à eau dans ces salles rend peut être pour certaines femmes la consommation de boissons interdite. La sage-femme pourrait donc informer toutes les patientes qu'elles peuvent boire si elles le souhaitent.

Pour la **consommation d'aliments**, elle est contre indiquée par les médecins, pour éviter les risques liés à celle-ci, si le besoin se présente de réaliser une anesthésie générale. Pourtant, comme il a été évoqué auparavant, d'après l'OMS elle n'est pas contre indiquée. Un protocole pourrait alors être réalisé par les médecins définissant les parturientes pouvant ou non manger, jusqu'à quel stade du travail il est possible de s'alimenter...

Certaines femmes désirent être **accompagnées par plusieurs personnes**, il pourrait donc être envisagé de permettre à plusieurs accompagnants d'être aux côtés de la parturiente tout en limitant le nombre.

2.6.3. Au niveau du matériel mis à disposition en salle de pré travail

Lors de cette enquête, les patientes ont suggéré l'installation de certains dispositifs et la mise à disposition de certains accessoires.

Quatre femmes ont suggéré **l'installation d'une fontaine à eau** en salle de pré travail. En effet, en salle de pré travail il n'y a rien de mis à disposition des parturientes pour qu'elles puissent boire ainsi que les accompagnateurs. Les soignants pourraient donc proposer systématiquement à boire aux femmes et leur accompagnateur.

Quatre patientes ont proposé **l'installation d'une machine à café** pour l'accompagnateur pour leur éviter de sortir du service de salle de naissances à chaque fois qu'il désire un café ou autres boissons chaudes.

En ce qui concerne l'installation d'une fontaine à eau ou d'une machine à café, certaines questions peuvent être amenées à se poser.

Est-ce que cela n'incitera pas la parturiente à boire ou consommer des boissons chaudes sans modération ? Quelles sont les limites de cette consommation ?

De plus, le début de travail est une période difficile sur le plan psychique, il nécessite tout un cheminement psychologique personnel. Certains individus ont donc besoin de se retrouver face à eux même. Le fait que l'accompagnateur sorte à certains moments pour boire du café par exemple peut lui permettre cela. L'interrogation qu'il se pose donc est de savoir si l'installation d'une machine à café n'apportera pas plus de désagréments que d'avantages pour l'accompagnateur sur le plan psychologique.

Parfois le temps passé en salle de pré travail peut être long et quatre femmes ont fait remarquer que pour les accompagnateurs il serait donc bien d'installer **un transat** surtout pour la nuit.

Une des salles de pré travail ne possède pas de fenêtre et est donc très sombre. Sept femmes auraient aimé avoir plus de luminosité par le biais d'une **fenêtre**.

Une femme aurait aimé avoir une **couverture**. A leur demande, les patientes peuvent en avoir une. Toutefois certaines patientes n'osent pas le demander de peur de déranger le personnel. Une couverture pourrait être mise à disposition de façon systématique en salle de pré travail.

Le poste de musique n'est pas beaucoup utilisé car il n'y a pas de **CD mis à disposition**. Deux patientes auraient aimé avoir des CD de relaxation, cela aurait permis de favoriser leur détente.

De plus, dans le même but, quatre patientes auraient souhaité l'installation d'une **télévision**.

De la **lecture** est mise à disposition dans les salles de pré travail mais selon quatre femmes il n'y en a pas assez et pas du tout pour l'accompagnateur. Il faudrait donc diversifier les magazines mis à disposition.

Six patientes auraient **changé la décoration**, elles l'ont trouvée triste. Elles auraient mis des posters aux murs par exemple.

2.7. « Du bon usage » de la salle de pré travail

Précédemment, les attentes des femmes par rapport à ces salles de pré travail ont été énumérées. Cependant toutes ne sont pas réalisables dans un premier temps, car elles engagent des moyens financiers. Ce paragraphe sera donc un résumé des éléments à améliorer, en énumérant ceux réalisables dans un premier temps et sans engagement financier.

- **Réserver un temps d'accueil pour les parturientes**, permettant de leur expliquer le fonctionnement de la salle, ce qu'il va se passer et enfin de leur préciser le fait qu'elles peuvent poser des questions à tout moment.

- **Uniformiser les pratiques :**
 - informer les patientes qu'elles peuvent demander de l'eau si elles le souhaitent
 - essayer d'établir un protocole en collaboration avec les médecins sur la consommation d'aliments
 - définir le nombre de personnes autorisées à accompagner la parturiente

- **Améliorer l'ambiance :**
 - modifier la décoration en y ajoutant des posters par exemple, afin de rendre la salle plus agréable
 - mettre à disposition une couverture
 - diversifier la lecture mise à disposition
 - mettre des CD à disposition
 - mettre un point d'eau à proximité des salles de pré travail, par exemple dans le couloir entre les salles

- **Optimiser l'utilisation des salles de pré travail**
 - laisser les parturientes ne désirant pas d'analgésie péridurale le plus longtemps possible au sein de celles-ci
 - utiliser ces salles le plus souvent possible afin d'en faire profiter un maximum de femmes

Conclusion

Après avoir défini le début de travail et les douleurs s'y rapportant, le fonctionnement des salles de pré travail au CHR de Thionville a pu être évalué par le biais d'entretiens semi directifs réalisés auprès d'accouchées. Cette étude fait le parallèle entre l'utilisation de ces salles et l'impact sur la gestion des douleurs du début de travail.

Les salles de pré travail sont des pièces se situant au sein du service de salle de naissances. Elles permettent l'accueil des femmes en début de travail, leur assurant le meilleur confort physique et psychologique possible.

Lors du début de travail, des douleurs d'intensité variable sont présentes pour la majorité des parturientes. Il est donc important, pour les femmes, à ce moment là, de se sentir guidées, écoutées, encouragées, pour les sécuriser.

La majorité des femmes de cette étude, a été satisfaite des salles de pré travail. Ainsi ce lieu permet bien aux parturientes d'être accueillies dans un endroit agréable, favorisant une meilleure gestion des douleurs du début de travail.

Cependant, des axes d'améliorations ont pu être identifiés comme consacrer un temps particulier à l'accueil des parturientes, uniformiser les pratiques entre sages-femmes avec la coordination des médecins, améliorer les locaux (décoration, mise à disposition de matériel...) et optimiser l'utilisation de ces salles.

Ces propositions ont été réalisées à l'intention des professionnels, étant réalisables à plus ou moins long terme.

Toutefois, pour émettre ses suggestions, seul l'avis des patientes a été recueilli. Pour compléter ces dernières, il serait intéressant d'obtenir celui des sages-femmes.

BIBLIOGRAPHIE

Revues professionnelles :

- [1] ASSOCIATION SAGE-FEMME ET RECHERCHES (SFER) « *étude de l'impact de la préparation à la naissance sur la grossesse et l'accouchement* » Dossiers de l'obstétrique n°282 ; avril 2000 ; p22, 35
- [2] TOURNE.C-E « *La douleur de l'accouchement pour qui ? pourquoi ?* » Dossiers de l'obstétrique n°340 ; août 2005 ; p8, 9

Ouvrages :

- [3] BRABANT.I « *Vivre sa grossesse et son accouchement une naissance heureuse* » Ed chronique sociale 2003 ; 438 pages ; p177 à 187, p257 à 267.
- [4] DE GASQUET.B « *Bien être et maternité* » Ed implexe 2003 ; 374 pages ; p 254 à 265, p370
- [5] SCHAAL.J-P, RIETHMULLER.D « *Mécanique et techniques obstétricales* » Ed Sauramps médical 2007, 3^{ème} édition ; 922 pages ; p232
- [6] BRASSEUR.L « *Traitement de la douleur* » Collections conduites 1997 ; 277 pages ; p32 à 35, p162
- [7] CONSEILLER.C, BRUXELLE.J « *Douleur et analgésie post-opératoires et obstétricales* » Ed masson collection d'anesthésiologie et de réanimation 1991 ; 181 pages ; p 152, 154, 158
- [8] BRASSEUR.L, CHAUVIN.M, GUILBAUD.G « *Douleurs, bases fondamentales, pharmacologie, douleurs aiguës, douleurs chroniques, thérapeutiques* » ; Ed maloine 1997 ; 851 pages ; p 293,294
- [9] GELIS.J « *L'arbre et le fruit « La naissance dans l'Occident moderne XVI-XIXème siècle* » » collection Fayard 1984 ; 611 pages ; p222, 234

Mémoires et thèses:

- [10] CORNILLOT.F « *La douleur et sa prise en charge pendant le travail et l'accouchement* » Mémoire de l'école de Sage-femme (Dijon 1999)
- [11] LAURENT.A « *La douleur de l'accouchement dans l'imaginaire des nullipares* » Mémoire de l'école de Sage-femme (Toulouse 2006)
- [12] DANTONNET.M « *Le début de travail, période révélatrice de la médicalisation de la naissance* » Mémoire de l'école Sage-femme (Metz 2003)
- [13] JOMOTTE.S « *Prise en charge de la douleur au cours du travail obstétrical : évaluation des pratiques professionnelles* » Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine qualification médecine générale (Paris 2008)
- [14] DEPIERRE.L, PRIX.M « *Le mal joli. Une histoire de la prise en charge des douleurs de l'accouchement* » thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine générale (Toulouse 2007)

Sites internet :

- [15] FACULTE DE MEDECINE– U.L.P; Strasbourg 2003 « *Evaluation des douleurs* » disponible sur : http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/cours_en_ligne/e_cours/anesthesie/ModMuller2.pdf
- [16] « *réglète EVA* » disponible sur:
http://www.ligue-cancer.net/files/national/article/images/eva_reglette.gif
- [17] « *voies nociceptives mises en jeu pendant la parturition* » disponible sur:
<http://www.librapport.org/getpdf.php?download=84>
- [18] BONICA.J « *l'infirmière et la douleur* » disponible sur:
<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/douleur/pdf/upsacomp.pdf>

Comptes rendus de conférences:

- [19] VUILLE.M « *Quel sens revêt la douleur de l'accouchement ?* » Journée scientifique de Genève le 6 novembre 2006 ; 5 pages
- [20] ESTRYN-BEHAR M « *l'environnement de la naissance* » Annales médicales de Nancy et de Lorraine 1999 ; 125^{ème} année tome n°3 ; 128 pages ; p257 à 267
- [21] HAS « *préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Recommandations novembre 2005* » 46 pages

ANNEXES

ANNEXE I

Guide d'entretien

Entretien semi directif en maternité : recueil de données auprès de la patiente

En ce qui concerne les antécédents :

- Grossesses ou accouchements difficiles dans la famille ou chez des proches.
- Antécédents médicaux, chirurgicaux.
- Gestité.

En ce qui concerne la grossesse :

- Déroulement de la grossesse (hospitalisations, pathologies, vécu...).
- Participation à des séances de préparation à la naissance, si oui : types de préparation, informations sur le début de travail et sur les salles de pré travail de Bel air.
- Évènements douloureux ou difficiles vécus pendant la grossesse.

En ce qui concerne l'admission à l'hôpital :

- Date et heure de l'admission.
- Motif de l'admission.
- Si une ou des douleurs étaient présentes : types de douleurs (contractions utérines, douleur pelvienne...).
- La sage-femme ou le médecin ont-ils informé la patiente sur sa dilatation cervicale ? Si oui, quelle était la dilatation ?
- Après l'admission, service vers lequel la patiente a été dirigé.

En ce qui concerne la salle de pré travail :

A propos de l'admission :

- Date et heure d'arrivée.
- La sage-femme ou le médecin ont-ils informé la patiente sur sa dilatation cervicale ? Si oui, qu'elle était la dilatation ?
- Niveau de la présentation.

A propos de l'accueil :

- Accueil et explications données sur le fonctionnement de cette salle.
- Niveau de douleur à l'arrivée en salle de pré travail (EVA si réalisé). La douleur était elle due uniquement aux contractions utérines ?
- Angoisse présente ou non.
- Facteurs augmentant et diminuant la douleur selon la patiente.
- La douleur vécue correspondait elle à celle attendue ? Qualification de celle-ci.

A propos des séances de préparation à la naissance :

- Si la patiente a suivi des séances de préparation à la naissance :
 - mise en place des moyens permettant de diminuer la douleur, appris lors de ces séances pendant le début de travail.
 - bénéfiques.
- Pour les patientes ayant suivi ou non des séances de préparation à la naissance :
 - Informations données pour soulager la douleur à l'arrivée en salle de pré travail.
 - mise en application de ces explications.

A propos de l'accompagnement :

- Accompagnement par une personne proche :
 - qui était-elle ?
 - bénéfiques, inconvénients.
 - si la patiente n'était pas accompagnée, aurait elle aimé l'être ?

- Accompagnement par le personnel :
 - satisfaction.
 - attentes.
 - bénéfiques.

Evaluation de la salle de pré travail :

- Avantages, inconvénients.
- La douleur a-t-elle diminuée grâce à cette salle et la prise en charge proposée ? Niveau de douleur une fois dans cette salle.
- L'angoisse ressentie auparavant a-t-elle diminuée ou disparue grâce à cette salle?
- Évaluation de l'ambiance de cette salle. Eléments à améliorer.

En ce qui concerne la sortie de la salle de pré travail :

- Motif de sortie.
- Stade du travail.
- Souhait en ce qui concerne l'analgésie péridurale.

Etat civil :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Origine :

Profession :

Habitus :

Présence du père :

ANNEXE II

Le Journal Officiel Lois et Décrets

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES

Décret n°98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé

" Sous-section IV

" Conditions techniques de fonctionnement relatives à l'obstétrique, à la néonatalogie et à la réanimation néonatale

" Paragraphe 1

" L'unité d'obstétrique

"Art. D. 712-78. - Le secteur de naissance est composé notamment :

- " 1° Des locaux de prétravail ;
- " 2° Des locaux de travail ;
- " 3° Des locaux d'observation et de soins immédiats aux nouveau-nés ;
- " 4° D'au moins une salle d'intervention pour la chirurgie obstétricale.

"Art. D. 712-79. - Le secteur de naissance dispose d'au moins une salle de prétravail dotée des moyens permettant d'accueillir la parturiente, de préparer l'accouchement et de surveiller le début du travail. La salle de prétravail dispose du même équipement qu'une chambre d'hospitalisation. La salle de prétravail peut, en cas de nécessité, servir de salle de travail si elle est équipée en conséquence.

" Un arrêté du ministre chargé de la santé précise le nombre de salles de prétravail et de travail exigées en fonction de l'activité.

ANNEXE III

Photographies de la salle de pré-travail de Bel-air



ANNEXE IV

LES RECOMMANDATIONS GENERALES DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

*Conférence inter régionale sur la technologie appropriée à l'accouchement
Fortaleza Brésil, 22-26 Avril 1985*



Conférence organisée par le bureau régional de l'Europe et le bureau régional des Amériques de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) réunissant une soixantaine de participants.

Principales recommandations formulées :

1. Les ministères de la santé devraient établir des politiques spécifiquement axées sur l'introduction de la technologie dans les services de santé et sur les marchés commerciaux.
2. Les pays devraient se doter des moyens nécessaires à la réalisation d'enquêtes collectives visant à évaluer la technologie obstétricale.
- 3. La communauté dans son ensemble devrait être informée des diverses formes de soins liés à l'accouchement afin que chaque femme puisse opter pour celle qui lui convient le mieux.**
4. Les groupes féminins d'entraide ont une valeur intrinsèque dans la mesure où ils constituent des mécanismes de soutien social et de diffusion des connaissances, notamment eu égard à la naissance.
5. Les éventuels systèmes parallèles de soins périnataux (que représentent par exemple les accoucheuses traditionnelles) doivent cohabiter avec le système officiel, et leur collaboration doit être maintenue au bénéfice de la mère. De telles relations, si elles sont établies sans aucune tentative de domination d'un système sur l'autre, peuvent être très fructueuses.
6. La Formation en matière de soins à donner pendant l'accouchement devrait viser à faire mieux connaître les aspects sociaux, culturels, anthropologiques et éthiques de la question.
7. Il faudrait encourager la formation de sages-femmes ou d'accoucheuses traditionnelles qui seraient chargées des soins à dispenser en cas de grossesse normale, ainsi que pendant et après l'accouchement.
8. L'évaluation de la technologie devrait revêtir un caractère multidisciplinaire et relever de tous les types de prestataires de soins qui l'utilisent, des épidémiologistes, des spécialistes des sciences sociales ainsi que des autorités sanitaires. Il faudrait que les femmes visées par la technologie participent à la planification de son évaluation puis à l'évaluation et à la diffusion des résultats obtenus. Ces résultats devraient être communiqués à tous ceux qui ont permis de les obtenir, ainsi qu'aux collectivités au sein desquelles la recherche a été conduite.
9. Il faudrait diffuser auprès du public desservi par les hôpitaux des informations sur les pratiques en vigueur dans ces établissements en matière d'accouchement (taux de césariennes, par exemple).
- 10. Le bien-être psychologique de la mère doit être assuré non seulement par la présence d'une personne de son choix pendant l'accouchement, mais aussi par la possibilité de recevoir librement des visites au cours de la**

période postnatale.

11. Le nouveau-né doit toujours rester avec sa mère si l'état de santé de l'un et de l'autre le permet. Aucun examen ne justifie que l'on sépare un nouveau-né en bonne santé de sa mère.

12. L'allaitement au sein doit être immédiatement encouragé, avant même que la mère ne quitte la salle d'accouchement

13. Les pays dont les taux de mortalité périnatale sont parmi les plus faibles du monde ont des taux de césarienne inférieurs à 10. Il n'y a manifestement aucune raison pour que dans telle ou telle région géographique, plus de 10-15 % des accouchements soient pratiqués par césarienne.

14. Rien ne prouve qu'une césarienne soit nécessaire chez les femmes qui ont subi une césarienne segmentaire transversale. L'accouchement par voie basse chez les femmes qui ont déjà eu une césarienne devrait normalement être encouragé chaque fois que l'on dispose de l'infrastructure chirurgicale nécessaire en cas d'urgence.

15. Il n'est pas prouvé que le monitoring foetal de routine pendant l'accouchement ait un effet positif sur l'issue de la grossesse. On ne devrait avoir recours au monitoring électronique du fœtus que dans des cas médicaux soigneusement sélectionnés (lorsqu'il y a un risque élevé de mortalité périnatale) et lorsque le travail est provoqué. Les pays qui disposent d'appareils de monitoring fœtal et d'un personnel qualifié devraient chercher à déterminer quels sont les groupes de femmes enceintes susceptibles de bénéficier des techniques de surveillance électronique du fœtus. En l'absence de ces données, les services de santé nationaux devraient s'abstenir d'acheter de nouveaux appareils de monitoring.

16. Le rasage du pubis ou l'administration d'un lavement avant l'accouchement ne s'impose pas.

17. Les femmes enceintes ne devraient pas être couchées sur le dos pendant le travail ou l'accouchement. Il faudrait les encourager à déambuler pendant le travail et leur permettre de choisir librement la position qu'elles adopteront pour la délivrance.

18. Le recours systématique à l'épisiotomie ne se justifie pas. D'autres méthodes de protection du périnée devraient être étudiées et, le cas échéant, adoptées.

19. L'accouchement ne devrait pas être provoqué par commodité et il ne faudrait procéder au déclenchement artificiel du travail qu'en présence d'indications médicales précises. Aucune région géographique ne devrait enregistrer des taux de déclenchement artificiel du travail supérieurs à 10 %.

20. Au cours de l'accouchement, il faudrait éviter l'administration systématique d'analgésiques ou d'anesthésiques qui ne sont pas expressément requis pour traiter ou prévenir une complication.

21. La rupture artificielle des membranes n'est pas indispensable avant un stade avancé du travail. Aucune donnée scientifique ne justifie la rupture systématique des membranes par des moyens artificiels à un stade précoce de l'accouchement.

ANNEXE V

CHARTRE DES DROITS DE LA PARTURIENTE

Journal officiel des communautés européennes, 8 juillet 1988

Le parlement européen :

- A.** conscient des efforts que déploie la Commission des Communautés européennes en vue de contribuer à ce que la vie de la femme se déroule dans les meilleures conditions possibles,
- B.** considérant que la méthode d'accouchement et la préparation à l'événement font, dans beaucoup d'Etats membres, l'objet de débats,
- C.** considérant que la maternité doit être l'aboutissement d'un libre choix,
- D.** considérant que la diminution de la mortalité périnatale qui touche tous les enfants et les parturientes en Europe s'explique en grande partie, et entre autres raisons, par l'assistance pré- et postnatale, par le type de traitement appliqué lors de l'accouchement et par les soins dispensés aux nouveau-nés, grâce aux progrès de la médecine, à la spécialisation croissante des médecins et à la formation appropriée des accoucheuses,
- E.** faisant toutefois part des vives inquiétudes que lui cause la mortalité élevée - qui, dans certains Etats membres, est encore en hausse - due au syndrome de mort subite des nourrissons, les bébés de 2 à 6 mois sur tout ce pour ces raisons essentielles que, d'une part, le corps médical sait, aujourd'hui encore, peu de chose au sujet des causes de cette affection et que, d'autre part, la plupart des parents en ignorent tout, quand bien même il s'agit en l'espèce de la cause principale de la mortalité post- natale,
- F.** estimant que les facteurs psychologiques jouent un rôle important lors de l'accouchement, dans la mesure où ils créent un climat de tension particulière selon le pays et selon la situation professionnelle, sociale et économique de la femme et de sa famille,
- G.** considérant que les facteurs culturels jouent un rôle important lors de l'accouchement et sont le reflet de la manière dont la société accueille le nouveau-né comme l'un de ses nouveaux membres,
- H.** exigeant que soit dispensé le traitement approprié à la femme pendant sa grossesse et lors de son accouchement en fonction de ses besoins et de ses caractéristiques personnelles,
- I.** considérant que, même si la société a déployé des efforts considérables pour démystifier l'inquiétude au moment de l'accouchement, il semble persister un certain état psychologique de crainte ancestrale, qui s'explique par la persistance parallèle de risques pendant la grossesse et au moment de l'accouchement,
- J.** considérant en outre qu'il est dans l'intérêt, aussi bien de la femme que de la société en général, de résoudre les problèmes relatifs à la grossesse et à l'accouchement et de fournir à la femme une information complète et appropriée, qui lui permette de prendre ses propres décisions dans toutes les situations auxquelles elle est confrontée,
- K.** considérant qu'aucune intervention chirurgicale (césarienne) ne doit être pratiquée lors des accouchements en milieu hospitalier, sauf en cas d'absolue nécessité,

Le parlement européen :

- 1.** estime que l'accouchement ne peut se dérouler dans un climat de sérénité que lorsque la femme bénéficie d'une assistance appropriée de la part d'un personnel spécialisé, qu'elle choisisse d'accoucher en milieu hospitalier ou à domicile et lorsque les futurs pères et mères disposent d'une

information appropriée et que chacun peut accéder gratuitement à une assistance prénatale, sur les plans préventif, médical, psychologique et social;

2. souhaite qu'une information appropriée et complète soit largement diffusée dans les centres de consultation médicale et centres hospitaliers sur l'assistance sociale dont peuvent bénéficier les futures mères en détresse.
3. demande à la Commission de prendre de nouvelles initiatives en vue d'arrêter une directive qui alignerait, autant que faire se peut, les dispositions législatives nationales relatives aux facilités prévues pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et pour les parents sur les réglementations et les dispositions de l'Etat membre le plus avancé en la matière;
4. estime indispensable que les Etats membres procèdent en outre à une profonde révision et à un aménagement de l'ensemble de la législation relative à la femme pendant sa grossesse et lors de son accouchement, aussi bien en ce qui concerne les services sociaux que l'équipement des centres médicaux et les soins dispensés aux nouveau-nés ;
5. estime insuffisante l'initiative de la Commission d'élaborer un code de conduite en matière de protection sociale de la maternité et demande qu'une directive soit consacrée à ce sujet;
6. déplore le nombre sans cesse croissant de césariennes pratiquées dans la Communauté;
7. déplore que le taux d'allaitement au sein soit si peu élevé dans certains Etats membres de la Communauté;
8. souligne la nécessité de mettre en place des centres de santé pour les femmes (sur le modèle des "Well Women Centres " p.e.) afin que ces dernières puissent avoir accès aux consultations et à une bonne médecine préventive.
9. demande en outre, à la Commission d'élaborer une proposition relative à une charte des droits de la parturiente, applicable dans tous les pays de la CEE, qui permette à toute femme enceinte d'obtenir une fiche médicale et de pouvoir ainsi choisir le pays, le lieu géographique et le centre où elle veut être traitée. Cette fiche, reprenant les droits de la parturiente, devra en outre assurer à la femme les prestations, services et droits suivants:
 - une fiche obstétricale reprenant les données relatives à la grossesse et mise à la disposition de la femme et des personnes qui l'assisteront pendant et après la grossesse,
 - un diagnostic prénatal comprenant un test de floculation, une échographie et une amniocentèse gratuite et pratiquée sur une base volontaire, en accord avec la femme et conformément aux conseils du médecin,
 - la participation, avec le partenaire, à des cours de préparation à l'accouchement, afin de connaître le déroulement de la grossesse et de l'accouchement sur le plan physique, ainsi que les techniques et les méthodes en usage,
 - l'information, avant l'accouchement, au sujet des risques et des symptômes existants ainsi que des précautions et des médicaments à prendre - notamment ceux auxquels les services de santé assurent la gratuité -, ce en ce qui concerne les causes les plus importantes de mortalité postnatale, en général, et la mortalité due au syndrome de mort subite des nourrissons, en particulier,
 - le libre choix de l'hôpital et des modalités (position) de l'accouchement et de la façon d'allaiter et d'élever l'enfant,
 - l'assistance appropriée lorsque la femme opte pour l'accouchement à domicile en tenant compte de l'état psychique et physique de la parturiente et de l'enfant à naître ainsi que de l'environnement,
 - l'accouchement naturel, sans que l'accouchement soit accéléré ou retardé, si ce n'est pour des raisons absolument impérieuses et justifiées par l'état de la parturiente et de l'enfant à naître, le recours à la césarienne en cas d'absolue nécessité, la présence, si la parturiente le souhaite, d'une personne choisie parmi le couple, les parents ou les amis, avant, pendant et après l'accouchement, le droit pour la parturiente de décider conjointement avec le médecin, après avoir reçu une information détaillée à ce sujet, des thérapies et des traitements,
 - la possibilité pour la mère d'avoir son enfant à ses côtés pendant la période d'allaitement et de le nourrir selon ses propres exigences, plutôt qu'en fonction des horaires des hôpitaux,
 - le libre choix pour la parturiente de permettre d'utiliser son lait maternel pour d'autres nouveau-nés,
 - la possibilité pour les membres de la famille de rendre visite à la mère et au nouveau-né, sans compromettre pour autant les soins à dispenser au nouveau-né,

- le droit à une période de congé suffisante pendant l'allaitement pour la femme qui travaille et la mise en place généralisée d'un horaire flexible,
- l'installation de salles de pédiatrie dûment équipées et disposant d'un personnel compétent pour les prématurés, dans les maternités elles-mêmes,
- un livret médical qui permette à la femme enceinte de bénéficier de soins dans tous pays de la Communauté,
- certaines facilités, comme des interprètes pour les femmes enceintes allochtones, afin que ces dernières puissent bénéficier également des dispositions prévues ci-dessus.

10. demande aux Etats membres de laisser aux parturientes la faculté d'accoucher anonymement et, si nécessaire, d'inscrire les nouveau-nés à l'état civil sans qu'il soit fait mention des ascendants ou en tenant leur identité secrète;

11. invite les Etats membres à protéger la parturiente en déclarant irrecevables toute demande de saisie de l'habitation, des meubles et des biens personnels ou toutes autres mesures exécutoires y afférentes, dans un délai de huit,

12. demande en outre aux Etats membres d'adopter les mesures appropriées en vue de favoriser la nomination de femmes médecins et la formation d'accoucheuses en mesure de s'occuper des femmes pendant la grossesse lors de l'accouchement et dans la période qui suit,

b) de favoriser et de financer les recherches sur les causes de la stérilité chez la femme et chez l'homme, y compris les causes liées à l'environnement et à l'activité industrielle,

c) d'organiser des campagnes d'information pour attirer l'attention du public sur le danger de l'utilisation de médicaments pendant la grossesse,

d) de mettre en œuvre le programme AIM (informatique médicale avancée en Europe) en vertu duquel il convient de consulter les organisations de médecins et de patients en tant qu'utilisateurs et consommateurs,

e) de diffuser toute la réglementation existant au niveau communautaire, ainsi que toute proposition émanant des institutions de la Communauté, et plus particulièrement les résolutions adoptées par le Parlement européen sur l'harmonisation des législations des Etats membres relatives aux préparations pour les nouveau-nés et aux laits de substitution,

f) de représenter aux partenaires sociaux qu'ils sont tenus de respecter strictement la convention 103 de l'OIT sur la protection de la maternité dans le milieu professionnel, en général, et en ce qui concerne l'interdiction de licenciement et l'affectation des travailleuses enceintes ou allaitantes à des tâches appropriées à leur état, en particulier.

13. demande à la Commission de mener une étude approfondie sur les causes de la mortalité infantile et maternelle dans la Communauté, notamment sur la pauvreté, la mauvaise santé et l'état des logements, d'accorder, à cet égard, une attention particulière à la mortalité due au syndrome de mort subite des nourrissons ainsi qu'à l'état actuel de l'étiologie de cette affection de lui faire rapport sur ses conclusions en précisant ce qu'elle propose quant aux moyens de soutenir au mieux les recherches dans ce domaine

14. charge son président de transmettre la présente résolution à la commission et au Conseil, à l'OMS, au Conseil de l'Europe et aux gouvernements des Etats membres

ANNEXE VI

Classification OMS des pratiques utilisées pendant un accouchement normal

L'OMS distingue quatre catégories de pratiques courantes dans la conduite d'un accouchement normal, selon leur utilité, leur efficacité et leur nocivité.

Cette classification est le résultat de la réflexion et des débats du groupe de travail, et repose sur les meilleures preuves disponibles à l'époque (1997).

CATEGORIE A : Pratiques dont l'utilité peut être démontrée et qu'il convient d'encourager

-Plan individuel déterminant où et avec l'aide de qui l'accouchement se déroulera, établi avec la femme pendant la grossesse, et communiqué au mari/partenaire et, le cas échéant, à la famille.

-Evaluation des risques liés à la grossesse pendant les soins prénatals, et réévaluation à chaque contact avec le système de santé et au moment du premier contact avec le dispensateur de soins pendant le travail, et jusqu'à la fin du travail.

-Surveillance du bien-être physique et émotionnel de la femme pendant tout le travail et l'accouchement, et à l'issue du processus de la naissance.

-Boissons proposées à la parturiente pendant le travail et l'accouchement.

-Respect du choix éclairé de la femme quant au lieu de la naissance.

-Fourniture de soins pour le travail et l'accouchement au niveau le plus périphérique où l'accouchement soit possible et sûr et où la femme se sente en sécurité et en confiance.

-Respect du droit de la femme à l'intimité sur le lieu de l'accouchement.

-Soutien empathique des dispensateurs de soins pendant le travail et l'accouchement.

-Respect du choix fait par la femme des compagnons présents pendant le travail et l'accouchement.

-Fourniture aux femmes de toutes les informations et explications qu'elles souhaitent.

-Méthodes non traumatiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur pendant le travail comme des massages et des techniques de relaxation.

-Surveillance fœtale avec auscultation intermittente.

-Usage unique des matériels jetables et décontamination appropriée du matériel à usage multiple pendant tout le travail et l'accouchement

-Utilisation de gants pour le toucher vaginal, pendant l'expulsion du bébé et pour la manipulation du placenta.

-Liberté de choisir la position et de bouger pendant tout le travail.

-Encouragement à choisir une position autre que dorsale pendant le travail.

-Surveillance attentive de l'évolution du travail, par exemple au moyen du partogramme de l'OMS.

-Administration prophylactique d'ocytocine au troisième stade du travail chez les femmes présentant un risque d'hémorragie de la délivrance, ou qu'une spoliation sanguine même légère peut mettre en danger.

-Stérilité des instruments utilisés pour sectionner le cordon.

-Prévention de l'hypothermie du bébé.

-Contact dermique précoce entre la mère et l'enfant et encouragement à commencer l'allaitement au sein dans l'heure qui suit la naissance, conformément aux directives de l'OMS sur l'allaitement au sein.

-Examen systématique du placenta et des membranes.

CATEGORIE B : Pratiques qui sont à l'évidence nocives ou inefficaces et qu'il convient d'éliminer

CATEGORIE C : Pratiques sur lesquelles on ne dispose pas de preuves suffisantes pour les recommander fermement et qu'il convient d'utiliser avec précaution tandis que les recherches se poursuivent.

CATEGORIE D : Pratiques fréquemment utilisées à tort.

-Interdiction d'absorber aliments et liquides pendant le travail.

-Traitement de la douleur par des agents systémiques.

-Traitement de la douleur par l'analgésie épidurale.

-Monitoring électronique du fœtus.

-Port de masques et de gants stériles par la personne aidant à l'accouchement.

-Touchers vaginaux répétés ou fréquents, spécialement par plusieurs dispensateurs de soins.

-Accélération par l'ocytocine.

-Transfert systématique de la femme en travail dans une autre pièce au début du deuxième stade.

-Sondage de la vessie.

-Encouragement à pousser dès le diagnostic de dilatation complète ou presque complète du col, avant que la femme éprouve elle-même le besoin de pousser.

-Observance stricte d'une durée stipulée pour le deuxième stade du travail, une heure par exemple, si l'état de la mère et du fœtus est bon et si le travail progresse.

-Extraction instrumentale.

-Utilisation courante ou systématique de l'épisiotomie.

-Exploration manuelle de l'utérus après l'accouchement.

RESUME

L'objectif de ce mémoire est d'évaluer les critères de fonctionnement des salles de pré travail, au centre hospitalier régional de Thionville, par rapport à la gestion des douleurs du début de travail.

Pour réaliser cette évaluation, l'opinion des accouchées primipares a été recueillie en service de maternité. Le choix de la primiparité a été fait afin que les femmes ne puissent pas comparer les douleurs qu'elles viennent de vivre à celles vécues lors leurs accouchements précédents.

Il en ressort que la majorité des patientes a été satisfaite par ces salles ainsi que leur utilisation et l'accompagnement par le personnel. Elles leurs a permis une meilleure gestion des douleurs du début de travail.

Cependant, l'étude réalisée auprès des patientes a permis d'établir des propositions comme consacrer un temps particulier à l'accueil des parturientes, uniformiser les pratiques entre sages-femmes avec la coordination des médecins, améliorer les locaux et optimiser l'utilisation de ces salles de pré travail.

Celles-ci sont destinées aux professionnels afin d'améliorer ces salles et leur fonctionnement.