



HAL
open science

Intérêts de la méthode Bonapace, lors des séances de PNP et de l'accouchement

Marine Callet

► **To cite this version:**

Marine Callet. Intérêts de la méthode Bonapace, lors des séances de PNP et de l'accouchement : réalisation d'une étude sur 32 couples préparés par cette méthode à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Médecine humaine et pathologie. 2014. hal-02095633

HAL Id: hal-02095633

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02095633>

Submitted on 10 Apr 2019

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-memoires-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 de Lorraine

École de Sages-Femmes Albert Fruhinsholz

Nancy

*Intérêts de la méthode Bonapace, lors des séances de
PNP et de l'accouchement*

Réalisation d'une étude sur 32 couples préparés
par cette méthode à la Maternité Régionale
Universitaire de Nancy

Mémoire présenté et soutenu par

Mlle CALLET Marine

Directeur de mémoire : Mme GALLIOT Laurence

Sage-femme cadre enseignante

Expert : Mme SORO Rose-Anne

Sage-femme

Promotion 2014

Université de Lorraine

**École de Sages-Femmes Albert Fruhinsholz
Nancy**

*Intérêts de la méthode Bonapace, lors des séances de
PNP et de l'accouchement*

Réalisation d'une étude sur 32 couples préparés
par cette méthode à la Maternité Régionale
Universitaire de Nancy

Mémoire présenté et soutenu par
Mlle CALLET Marine

Directeur de mémoire : Mme GALLIOT Laurence

Sage-femme cadre enseignante

Expert : Mme SORO Rose-Anne

Sage-femme

Promotion 2014

REMERCIEMENTS

A Madame GALLIOT pour ses conseils et sa disponibilité.

A Madame SORO qui m'a permis de découvrir et de participer à la préparation à la naissance en couple et pour ses conseils tout au long de mon étude.

A tous les couples pour leur participation et leurs témoignages si enthousiastes et pertinents.

A mes parents, ma famille et mes ami(e)s pour leur aide, leur confiance et encouragements pendant mes études.

A mon fiancé pour sa présence, sa patience et son soutien si précieux.

SOMMAIRE

Sommaire	2
Préface	4
Introduction	5
Partie 1 : La Méthode Bonapace	7
1. La préparation à la naissance et à la parentalité	8
1.1. Les recommandations	8
1.2. La pratique de la PNP pour les couples	8
2. La douleur obstétricale	10
2.1. Physiologie et voies de la douleur	10
2.2. La douleur de l'accouchement	12
2.3. Le soulagement de la douleur	13
3. La méthode Bonapace	15
3.1. Origine de la méthode	15
3.2. Les principes de cette PNP	15
3.3. La stimulation non douloureuse	17
3.4. La stimulation douloureuse	18
3.5. Le conditionnement des centres supérieurs	19
3.6. La mobilisation	21
3.7. Résumé des trois mécanismes	22
3.8. Les études sur la méthode	22
4. La méthode en France	23
Partie 2 : Présentation de l'étude et des résultats	25
1. Schéma général de l'étude	26
1.1. Objectifs	26
1.2. Hypothèses	27
1.3. Population étudiée, échantillonnage	27
1.4. Description des données collectées	28
1.5. Déroulement de l'étude, calendrier et logistique	29
1.6. Aspects médico-légaux et réglementaires	30
2. Présentation des résultats	30
2.1. Résultats des questionnaires post séances	30
2.2. Résultats questionnaires post accouchement	34
Partie 3 : Synthèse et analyse des résultats	46
1. Analyse des résultats	47
1.1. Discussion des résultats	47
1.2. Les limites de l'étude	51
1.3. Les biais de l'étude	52

2. Les ouvertures de l'étude.....	53
2.1. Les différences entre les PNP	53
2.2. Une méthode pour tous	53
2.3. Différences liées à l'APD.....	53
3. Les propositions d'amélioration	54
3.1. Informations du contenu des séances	54
3.2. Application de la méthode en SDN.....	54
3.3. Nouvelles études	55
Conclusion.....	56
Bibliographie	58
Annexe 1.....	I
Annexe 2.....	II
Annexe 3.....	III
Annexe 4.....	IV
Annexe 5.....	V
Annexe 6.....	VI

PREFACE

Lors de mes stages en salle de naissance, j'ai remarqué la difficulté pour soulager la douleur des femmes en dehors de l'analgésie péridurale. Avant de pouvoir la proposer aux femmes, il se passe souvent un certain temps durant lequel la parturiente a besoin de soutien et j'avais le sentiment de connaître peu de moyens pour l'aider et soulager sa douleur. De plus, j'ai constaté que les pères se trouvaient généralement impuissants et démunis face à la douleur de leur compagne et je ne savais pas comment leur permettre de s'impliquer durant le travail.

Lors des stages de préparation à la naissance effectués en 1^{ère} année, j'ai été confrontée à une majorité de femmes se présentant au cours sans leur conjoint et cela me posait question. En effet pour moi ces cours devaient aider les couples à se préparer à la naissance de leur enfant et pour cela les parents devaient être présents tous les deux, ce qui ne me paraît pas facile dans les cours classiques.

Par la suite, au moment de choisir mon sujet de mémoire, j'ai cherché des techniques qui permettraient d'impliquer le père dans la grossesse et l'accouchement. J'ai découvert la méthode Bonapace qui était disponible pour les couples à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy (MRUN) et qui correspondait à mes attentes.

C'est pourquoi il m'a semblé intéressant de faire le point sur cette méthode à la MRUN, à propos de son efficacité, de la satisfaction des couples, de sa facilité d'application.

Introduction

La naissance d'un enfant est à priori un événement attendu et heureux dans la vie d'un couple, et c'est une étape importante que celui-ci doit franchir impliquant de nombreux changements et ajustements psychologiques et physiologiques. La préparation à la naissance peut permettre d'aider les couples à former une triade.

A l'heure actuelle, les femmes souhaitent donner une place au père en leur permettant d'être présent durant la grossesse ; de plus les couples veulent des informations sur la grossesse, l'accouchement, et désirent participer activement à la naissance de leur enfant. Ces demandes, sans cesse grandissantes, engendrent une recherche de l'humanisation de la naissance pour satisfaire les parents. Mais les couples ont-ils réellement le choix de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), de la gestion de la douleur, de la manière d'accoucher, de la place du père et, en tant que professionnels de la naissance, comment pouvons-nous répondre à toutes leurs attentes ?

Dans notre société la prévention et le soulagement de la douleur ont une place importante, avec comme principal outil l'analgésie péridurale (APD), cependant cette dernière ne fait pas l'unanimité. Il existe des techniques non pharmacologiques pour diminuer la douleur obstétricale et cela semble intéressant de chercher à mieux les exploiter.

Parmi celles-ci, on trouve l'acupuncture, l'homéopathie, l'aromathérapie et la méthode Bonapace appelée « préparation à la naissance en couple » en France, qui est une méthode associant de multiples solutions pour le soulagement de la douleur. C'est une technique de PNP mise en place en 1989 au Québec par Julie Bonapace qui consiste à préparer les couples à la gestion de la douleur de la parturiente durant le travail. Encore peu répandue en France alors qu'elle regroupe différentes techniques anciennes, elle est basée sur des notions de neurophysiologie de la douleur bien connues ainsi que sur certaines études scientifiques montrant une diminution de la douleur de 30% supplémentaires par rapport à une PNP classique. (1),(2)

Cette technique de PNP est enseignée aux couples qui le désirent à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Nous pouvons nous demander si cette méthode montre la même efficacité et les mêmes intérêts pour les couples à la MRUN que dans les études déjà réalisées précédemment au Canada et en France.

Pour répondre à ces questions, nous aborderons dans une première partie la préparation à la naissance, la physiologie de la douleur obstétricale, la méthode Bonapace, et enfin la situation de la méthode en France. Dans une seconde partie, nous interpréterons les résultats d'une étude que nous avons menée auprès des couples suivant la technique Bonapace à la MRUN. Cela nous permettra de savoir si cette méthode semble efficace en modulant la douleur, si les couples sont satisfaits de cette approche et de quelle manière ils ont appliqué les outils dispensés pendant les cours. Dans une dernière partie, une analyse des ressentis de l'accouchement, des points forts et faibles mis en évidence par les couples permettra de proposer des solutions afin d'adapter les cours à la demande des couples, à la maternité et éventuellement de former le personnel de salle de naissance (SDN) afin d'avoir une application optimale.

Partie 1 : La Méthode Bonapace

1. LA PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITE

Un suivi médical rigoureux, associé à une préparation à la naissance et à la parentalité structurée, contribue à l'amélioration de l'état de santé global des femmes enceintes et des nouveau-nés, et à la prévention des changements provoqués par la naissance chez la femme et le couple.

1.1. Les recommandations

Le code de la santé publique du 9 août 2004, définit ainsi le rôle de la sage-femme : « l'exercice de la profession de la sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse, et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement [...] ». (3) La préparation prénatale a un rôle à part entière dans notre pratique, mais elle se centre traditionnellement sur la prise en charge de la douleur. Cependant actuellement, grâce aux dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), en 2006, une approche plus globale de la femme et du couple est proposée aux futurs parents en favorisant leur participation active, en prenant en compte les désirs, les émotions et les perceptions de chaque couple, et enfin en humanisant plus la naissance. (4), (5) Il y a trente ans, on nommait les préparations « préparation psychoprophylactique obstétricale », puis il y a 10 ans « préparation à la naissance » et pour finir actuellement « préparation à la naissance et à la parentalité ». Le terme de parentalité est une notion récente, correspondant au processus maturatif qui est de devenir parent, de ce fait la PNP ne se limite pas à la préparation à l'accouchement mais s'élargit à l'accompagnement du passage à la fonction de parent. (6), (7)

1.2. La pratique de la PNP pour les couples

Les séances de PNP sont composées d'une partie théorique commune à toutes les préparations et d'une partie pratique qui varie en fonction du type de préparation choisie par le couple. Elles peuvent être réalisées individuellement ou en groupe, elles ont un contenu adapté au stade de la grossesse, aux besoins personnels et la pratique favorise la participation de la femme et du couple. Il faut savoir que dans de nombreux

endroits les séances de PNP sont en journée, ce qui exclue bien souvent la présence des futurs pères pendant les cours. En effet, ils ne peuvent pas forcément prendre des congés pour accompagner leur compagne, et souvent ils viennent uniquement le jour de la visite de la SDN. Ces horaires empêchent le couple de choisir s'il veut se présenter aux séances à deux, de ce fait les recommandations concernant la PNP ne sont pas complètement respectées.

L'efficacité de la PNP sur l'accouchement ainsi que les attentes des couples ont très peu été étudiées à l'heure d'aujourd'hui, cependant une étude de la SFER en 1999, montre que les couples préparés ont un meilleur vécu corporel, un sentiment plus important d'épanouissement, moins d'anxiété et enfin que la présence des pères à l'accouchement est plus fréquente ; elle a un rôle de contenant sécurisant. De plus dans cette étude il ressort que malgré un large choix de moyens ayant pour but de soulager la douleur des femmes, 80% des femmes veulent apprendre à supporter la douleur, mais la préparation ne répondrait qu'aux attentes de 65% d'entre-elles. En effet, la systématisation de la péridurale démotiverait les professionnels à proposer d'autres techniques malgré cette demande de la part des parturientes, parfois on entend même que la PNP est inutile avec l'APD.(8) Mais cette banalisation de la péridurale et la participation moins active de la femme ont des conséquences sur l'accouchement car les réflexes de poussées sont diminués par l'APD.(9)

De plus, une étude a été réalisée en Chine sur une méthode appelée « Bondura » qui met en évidence qu'être préparé réduit significativement la peur et de manière moins importante la perception de la douleur, ainsi les femmes se sentent plus performantes et matures face à leur jugement de la douleur.(10)

2. LA DOULEUR OBSTETRICALE

Un des objectifs de la méthode Bonapace est d'apprendre aux femmes à gérer leur douleur durant le travail et l'accouchement. La douleur est définie par l'IASP (11) comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en relation avec une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en termes évoquant une telle lésion ». Elle a un rôle dans la survie de l'organisme car elle lui permet de garder son intégrité physique, en réagissant aux agressions et en évitant l'affaiblissement du système immunitaire.

2.1. Physiologie et voies de la douleur

Une stimulation périphérique entraîne l'activation de fibres nerveuses qui transportent le message de la stimulation vers le cerveau qui va l'analyser et l'interpréter. Il existe différents types de fibres nerveuses qui ont chacune des caractéristiques propres. Les fibres A δ et C sont de petit calibre et leur vitesse de diffusion est de 0,5 m/s, elles captent les informations fortes telles que chimiques, nociceptives, thermiques,... ; les fibres A α et A β sont des fibres de gros calibre avec une vitesse de diffusion de 100 m/s, elles captent les informations fines comme la sensation tactile, le souffle chaud,... Le rôle de ces fibres est d'interpréter ces informations en tant que douleur. La méthode Bonapace est amenée à utiliser la différence entre ces fibres pour aider à la gestion de la douleur, qui est un mécanisme nécessaire pour que l'organisme se protège. (12)

2.1.1. Etape périphérique

Douleur durant le premier stade du travail

Cette première partie correspond à la dilatation cervicale et comprend la phase passive (dilatation cervicale) et la phase active (descente fœtale) du travail. A ce stade, c'est la distension du segment inférieur et du col qui est essentiellement responsable de la douleur, car les fibres sensibles sont plus nombreuses à ces deux niveaux et la dilatation du col entraîne une douleur viscérale par l'étirement du muscle lisse ; ainsi

plus la dilatation est avancée, plus la douleur est intense avec une différence significative entre avant et après 5cm.

Dans l'utérus et la région cervicale se trouvent des chémorécepteurs et mécanorécepteurs sensibles à l'étirement, à la pression et à la libération de médiateurs (prostaglandines) qui se produisent avec les contractions. Les fibres nociceptives (fibres C) cheminent avec les fibres sympathiques utérines vers le plexus hypogastrique puis se terminent au niveau de la corne postérieure en T10-L1. La douleur à ce stade sera prédominante dans le ventre ou le dos en fonction de la présentation fœtale. Le trajet que suit la douleur est typique d'une douleur reportée, correspondant aux surfaces du corps reliées aux mêmes segments nerveux que l'utérus, elle est localisée dans la paroi abdominale, la région lombaire et au-dessus du sacrum.

Douleur durant le deuxième stade du travail

Cette deuxième partie correspond à la phase d'expulsion, c'est la distension du plancher pelvien et de la filière génitale qui est responsable de cette douleur, cette dernière étant plus intense que celle ressentie durant la première phase. Les mécanorécepteurs et chémorécepteurs situés localement, donnent naissance au nerf honteux interne et ses branches qui vont se terminer au niveau de la corne postérieure de la moelle en S1-S5. La douleur est rapide et localisée principalement dans l'anus, la partie basse du sacrum, et les cuisses.

Il faut également noter que la localisation de la douleur est sujette à une grande variabilité interindividuelle, en effet quand 80% des femmes ressentent la douleur des contractions dans le ventre, 20% la ressentent dans le dos. (13),(14),(12) ,(15)

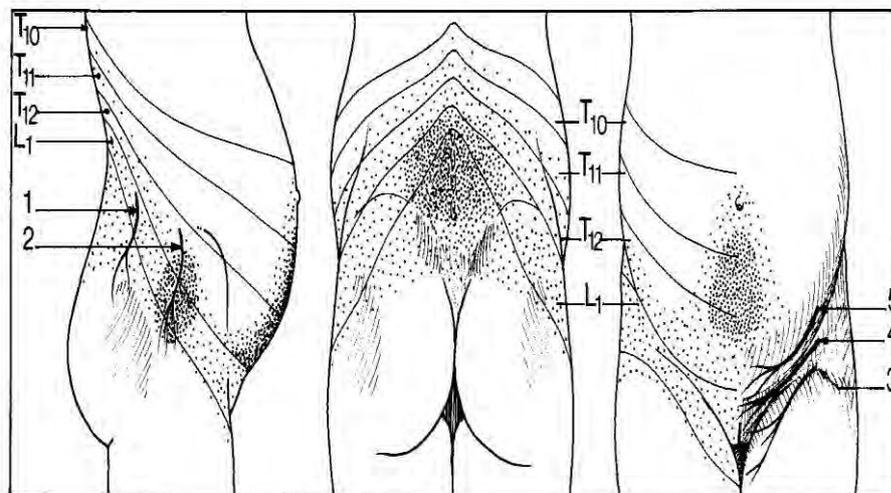


Illustration 1 : Les voies de la douleur (14)

2.1.2. Etape centrale

Après son entrée dans la corne postérieure de la moelle, le message nerveux sera transmis par les voies de la douleur vers les structures nerveuses supérieures afin de donner naissance à la perception et à la localisation douloureuse, aux réactions affectives, comportementales, neurovégétatives et endocriniennes. (14),(12)

2.2. La douleur de l'accouchement

La douleur de l'accouchement est des plus intenses, le Dr Melzack a contribué à sa description et à la connaissance de son intensité. Une douleur mal gérée, trop forte a un effet néfaste sur le moral et la satisfaction des parturientes, elle entraînerait un affaiblissement du système immunitaire. En effet la douleur aurait des conséquences immédiates d'une part sur la mère en augmentant les hormones du stress provoquant une HTA, une tachycardie, une hyperventilation, une acidose métabolique, une diminution de la libération d'O₂ au fœtus, d'autre part sur le fœtus avec une diminution du débit utéro placentaire, un risque de souffrance fœtale, par ailleurs elle peut entraîner une dyscinésie du travail. Elle aurait également des conséquences à long terme sur des syndromes dépressifs et des troubles sexuels.(14) Deux caractéristiques de l'accouchement sont potentiellement traumatisantes : l'extrême douleur et le sentiment de perte de contrôle. (16)

Le Dr Melzack a réalisé des travaux afin d'évaluer la douleur obstétricale, en la comparant à d'autres symptômes cliniques. Il a fait remplir des questionnaires appelés « McGill Pain Questionnaire » à des parturientes afin de mesurer leur douleur à différentes étapes de leur travail en utilisant des adjectifs exprimant une intensité croissante. Il en ressort que les scores pour la douleur de l'accouchement sont élevés tout en variant d'une femme à l'autre, en effet elle apparaît comme sévère ou extrêmement sévère pour 60% des primipares et 45% des multipares, et comme horrible pour 25% des primipares. De nombreux facteurs physiologiques et psychologiques peuvent faire varier l'intensité de la douleur comme la peur, l'anxiété, mais aussi la préparation à la naissance qui diminuerait la douleur de 0 à 30% chez la primipare. (16)

Evaluation : Intensité (Melzack Mac Gill Pain Questionnaire)

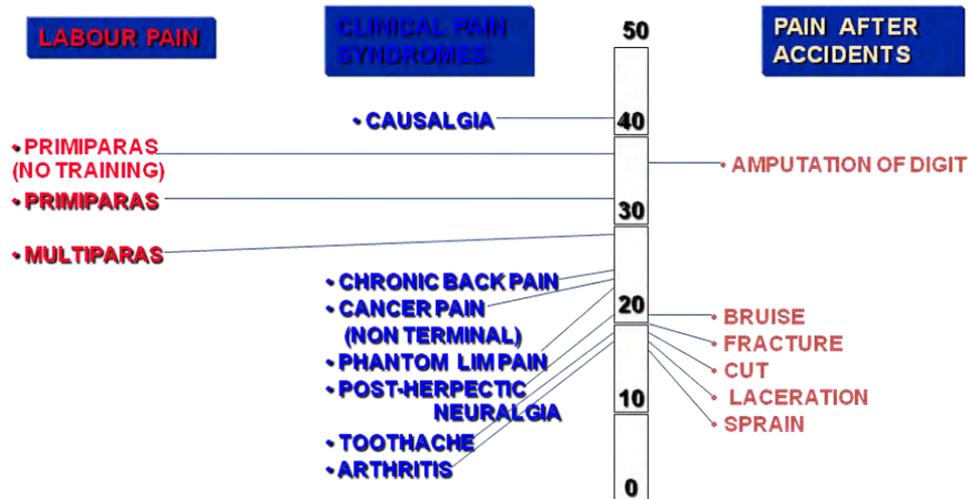


Illustration 2 : Comparaison de l'intensité de la douleur avec d'autres syndromes cliniques (39)

La douleur de l'accouchement doit être prise en compte car même si elle est variable d'une femme à l'autre elle reste parmi les plus intenses, ainsi le soulagement de la douleur est une part essentielle de la prise en charge de l'accouchement.

2.3. Le soulagement de la douleur

2.3.1. Historique du soulagement de la douleur

La seconde moitié du 20^{ème} siècle a vu l'obstétrique et l'intérêt porté à la douleur obstétricale se transformer et évoluer progressivement. En octobre 1951, le Dr LAMAZE réalise le premier accouchement avec une méthode appelée « l'accouchement sans douleur (ASD) » qui provient d'un médecin de l'URSS. C'est une méthode qui a pour but de déconditionner les patientes par un enseignement du fonctionnement de leur corps, des séances de préparation physique et respiratoire afin de détourner les parturientes de leurs contractions. Puis dans les années 60 cette technique fut contestée par peur que l'on ne fasse que cacher l'expression de la douleur ; elle sera remplacée par une méthode appelée « psychoprophylaxie obstétricale (PO) », qui tient compte de la physiologie et du vécu de chaque patiente. Dans les années 1970, on assiste au

développement de l'analgésie péridurale qui a été inventée en 1901 en France. En effet, l'APD fait disparaître la notion d'effort pour les femmes, à partir de là, l'utilisation de l'ASD diminue avec en contre partie une augmentation de l'utilisation de l'APD. En 1980 l'ASD et la PO disparaissent pour ne laisser que la PNP comme moyen non pharmacologique pour la gestion psycho-sociologique et l'APD comme moyen pharmacologique de soulagement de la douleur.

La pose d'une indication d'APD est autorisée aux sages-femmes depuis juillet 1992 et elle a été remboursée par la sécurité sociale à compter de 1994. En France, la prise en charge de la douleur par l'APD a nettement augmenté en passant de 74,9% en 2003 à 81,4% en 2010.(17) Les effets de la péridurale sur la réduction de la douleur sont documentés, elle réduirait, dans des conditions idéales, 100% de la douleur dans 85% des cas. Cependant l'administration de la péridurale durant le travail et l'accouchement peut entraîner des interventions médicales, comme par exemple, l'augmentation d'utilisation d'ocytocine, les épisiotomies par une absence de la sensation de poussée et les extractions instrumentales. Les conséquences peuvent également être, le ralentissement de la descente fœtale, la diminution de la mobilisation de la femme ainsi que sa motivation et sa capacité à expulser, l'augmentation de la durée de la phase expulsive.(18),(19),(20),(21) Mais, en parallèle de l'APD, se développent des méthodes complémentaires et alternatives pour aider les femmes à gérer leur douleur. Elles sont encore peu utilisées en France (1,1%) alors que dans certains pays elles sont pratiquées couramment dans les maternités. En effet en Allemagne l'homéopathie, l'acupuncture, et l'aromathérapie sont disponibles respectivement dans 93, 97 et 77 % des maternités, en Norvège et au Danemark l'acupuncture est la méthode alternative à la douleur la plus utilisée en SDN. (17)

En résumé, il faut limiter au maximum cette douleur que ce soit par des moyens pharmacologiques ou non pharmacologiques, ces derniers sont nombreux et souvent existants depuis des millénaires. Leur finalité est de diminuer la douleur de l'accouchement afin de la rendre supportable, de bien vivre les contractions et de profiter des temps de repos entre les contractions. Ainsi chaque méthode a des avantages, des inconvénients et des limites connues scientifiquement et à considérer pour appréhender ces méthodes en tant que complémentaires. (22),(23)

3. LA METHODE BONAPACE

3.1. Origine de la méthode

Julie Bonapace est une formatrice canadienne dans le domaine de la préparation à la naissance et de la périnatalité depuis les années 1990. Elle est responsable de la rédaction de la ligne directrice sur le soulagement de la douleur de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), qui paraîtra en 2014. Comme chercheuse, elle collabore régulièrement à des études scientifiques sur la périnatalité et la douleur.

Maître en éducation avec une vaste expérience, elle est également diplômée en sciences et en travail social. De par son expérience à titre de médiatrice familiale et des diverses études qu'elle a menées, elle a constaté le taux important de divorce dans l'année qui suit la naissance d'un enfant, ce qui l'a convaincu de l'importance d'inclure et de valoriser le père pendant la grossesse et l'accouchement afin de prévenir les tensions pouvant apparaître dans le couple après la naissance d'un enfant. En effet les changements occasionnés par la naissance d'un enfant sont des facteurs de stress et de discordance reconnus comme à l'origine de certains divorces. (24)

En 1989, elle élabore une méthode non pharmacologique portant son nom pour réduire la douleur de l'accouchement. Depuis ce temps, elle anime des ateliers et des formations à travers le monde pour les professionnels de la santé afin d'aider les couples à vivre harmonieusement et physiologiquement la naissance de leur enfant. (25),(26),(1)

3.2. Les principes de cette PNP

Au-delà de l'expérience professionnelle de Julie Bonapace, la méthode est née d'une collaboration avec le CLSC au Québec, et avec le Dr Serge Marchand, neurophysiologiste spécialiste de la douleur. C'est une méthode innovante et ancienne à la fois, qui associe de la relaxation, de la respiration, de l'hypnose, de la sophrologie, des massages, de l'acupression et les positions de Bernadette de Gasquet.(27)

3.2.1. Les objectifs de la méthode

Cette préparation à la naissance vise à augmenter les aptitudes des couples dans la gestion du stress, à faire de l'accouchement une expérience satisfaisante et structurante. Elle a trois objectifs principaux qui sont la diminution de la douleur durant le travail et l'accouchement par une méthode non pharmacologique, la participation active du père durant cette étape de la naissance et la diminution des interventions médicales liées à la mauvaise gestion de la douleur. La participation du père dans le soulagement de la douleur est un moyen pour le valoriser en lui donnant un rôle actif. Pour répondre à ces objectifs, elle met en évidence quatre postulats : (26),(1),(21)

- L'accouchement est un événement intense, en effet comme on a pu le voir de nombreuses recherches mettent en évidence l'intensité de la douleur liée à l'accouchement, ainsi il est essentiel que le couple ait une idée de la douleur afin de s'y préparer.
- Le corps dispose de mécanismes endogènes pour soulager la douleur, de ce fait trois de ces mécanismes sont enseignés ; la théorie du portillon, le contrôle inhibiteur diffus nociceptif ou la stimulation des zones gâchettes, et enfin le conditionnement des centres nerveux supérieurs (décrit plus loin dans l'exposé). (28),(29)
- Une préparation adéquate aide à soulager la douleur, ainsi l'apprentissage des différentes techniques de soulagement de la douleur par le père et la mère est impératif durant des séances de préparation à la naissance.
- La pharmacologie doit venir suppléer et compléter la méthode si le soulagement est insuffisant, en effet l'important est la satisfaction du vécu de la naissance à deux.

3.2.2. La reconnaissance

Cette méthode, peu connue du grand public comme du monde médical en France, est pourtant reconnue au Canada par la société des obstétriciens et des gynécologues (SOGC). Elle est indiquée principalement dans le cas des femmes voulant tenter un accouchement physiologique sans péridurale ou au moins en retardant le moment de la pose. De plus, elle est entrée dans le plan de périnatalité de 2008-2018 du Canada dans le but de limiter le nombre de péridurales et les interventions médicales lors des accouchements.(30) En effet, en retardant le moment de l'utilisation de la

péridurale les chances de vivre un accouchement naturel et d'avoir une plus grande satisfaction du couple sont augmentées.

Nous allons maintenant présenter les trois mécanismes utilisés par Julie Bonapace afin de moduler la douleur des femmes et d'impliquer les pères durant l'accouchement.

3.3. La stimulation non douloureuse

Ce mécanisme qui consiste à « flatter le bobo », provient de la théorie du portillon ou gate control du Dr Melzack et du Dr Wall de 1965 qui a pour but de maîtriser le message nociceptif. (16)

Il existe deux types de messages : le message douleur véhiculé par les fibres A δ et C et le message douceur véhiculé par les fibres A α et A β . La théorie du portillon explique que si les deux messages sont envoyés en simultanée alors ils vont se mélanger et se diluer entraînant une atténuation voire un blocage partiel du message douleur. Il en ressort que la réalisation d'un massage léger sur une zone douloureuse, tel que le dos, l'abdomen ou les cuisses chez la femme enceinte, active les grosses fibres qui viennent inhiber les petites fibres qui transmettent la nociception et ainsi provoque une modulation de la douleur par soulagement et apaisement.

Dans le cas particulier de la grossesse et de l'accouchement l'effleurage de zones douloureuses sera effectué afin de soulager les tensions et réduire la douleur. Durant le travail cette technique sera utilisée entre deux contractions afin de détendre la maman pour mieux la préparer à la prochaine contraction. De plus ces massages qui agissent sur la douleur ont un impact également sur le déroulement du travail et l'expulsion.(16),(28),(12) Dans la méthode de Julie Bonapace, nous trouvons le massage du sacrum, de la hanche ou du piriforme.

3.4. La stimulation douloureuse

Ce mécanisme, appelé « stimulation des zones gâchettes » a été élaboré par le Dr Bars et fait appel à l'inhibition diffuse des stimulations nociceptives. Cette technique consiste à provoquer une douleur hors des zones douloureuses en effectuant des stimulations profondes sur des points précis d'acupression. Ceci permet la sécrétion d'endorphine (une morphine endogène présente dans l'organisme) dans tout le corps sauf la zone gâchette afin de ne laisser comme sensation douloureuse que la zone stimulée. Le but est de créer une douleur contrôlée ailleurs pour inhiber partiellement la première car le cerveau va se consacrer sur le deuxième site douloureux. (28),(2)

L'acupression, également appelé digito-puncture représente l'art du toucher, c'est un mode thérapeutique qui fait partie du terme générique d'acupuncture et qui a toute sa place dans la médecine traditionnelle chinoise. C'est une opération manuelle effectuée sur des points déterminés de la surface cutanée afin de régulariser la fonction des organes et tissus internes. Selon cette science le corps est parcouru par quatorze circuits énergétiques appelés méridiens qui sont chacun associés à un organe du corps (qui leur donne leur nom et lettre) et sur lesquels on trouve des points (qui correspondent à des nombres) où l'on peut mobiliser cette énergie. Ces points d'acupuncture sont caractérisés par leur nom, leur localisation, leurs effets et leurs indications. C'est une méthode simple, non douloureuse, non agressive, efficace et bien acceptée par les patientes. Leurs indications en obstétrique sont multiples à la fois pendant la grossesse pour répondre à divers troubles, se préparer à la naissance, pendant l'accouchement pour les douleurs liées à la parturition, pour des hémorragies de la délivrance ou encore en post partum. Plusieurs de ces points ont fait leurs preuves lors d'études cliniques et biologiques ainsi leurs effets ne peuvent pas être niés scientifiquement.(31),(32) Debra Betts acupuncteur, depuis 1982, n'a jamais cessé de promouvoir l'utilisation de l'acupression pendant l'accouchement. Ainsi en 1995, elle réalise une étude sur 74 femmes à qui elle a enseigné les techniques de digito-puncture. A l'accouchement 88% d'entre elles ont essayé d'utiliser l'acupression et parmi celles-ci, 86% ont réussi à réduire efficacement la douleur lorsqu'elles ont accouché ; 66% qualifiant cette technique de 'fantastique', 'excellente'.(33) C'est pour soulager la douleur que l'acupuncture a été utilisée en premier en Occident.

3.4.1. Application des massages

La plupart des points sont relativement faciles à localiser et correspondent à des zones réflexes, ils se trouvent tous dans un creux, leur stimulation provoque une sensation d'engourdissement ou de décharge électrique, ils doivent être localisés et massés à tour de rôle de chaque côté du corps. Pour avoir un bénéfice maximum de l'acupressure, il est indispensable de l'utiliser aussi tôt que possible au cours de travail. L'activation des points est réalisée dans le but de moduler la douleur pendant le travail et l'accouchement, tout le long d'une contraction mais également pour profiter des bienfaits de la médecine chinoise en favorisant la régularisation des contractions, la dilatation du col et la descente de bébé. Les femmes et leur entourage doivent sans cesse changer de points au cours du travail afin de trouver ceux qui sont les plus utiles au fur et à mesure que le travail progresse. Il est important que les personnes qui aident la femme comprennent qu'il ne s'agit pas d'un massage, mais d'une pression réelle et forte sur une zone spécifique.

La parturiente, et le personnel qui l'entoure, sentiront si l'acupressure apporte un soulagement effectif et, dans le cas contraire, auront recours aux autres possibilités complémentaires comme l'APD. Il ne faut pas négliger le fait que les accouchements ne se déroulent pas toujours de manière physiologique et que la médecine et la pharmacologie jouent un rôle important chez un certain nombre de femmes qui accouchent.

Les points de digito-puncture peuvent avoir un effet sur le déroulement du travail et ainsi ne doivent pas être stimulés durant la grossesse sauf par un spécialiste. La stimulation douloureuse des points module la douleur pour tout le corps sauf pour la zone stimulée, on retrouve ces points dans les ouvrages concernant la méthode de Julie Bonapace et dans l'annexe 1 de ce mémoire.(34),(35),(33)

3.5. Le conditionnement des centres supérieurs

Ce dernier mécanisme de modulation de la douleur consiste en un contrôle de la pensée, il joue un rôle prédominant dans la perception et l'interprétation de la douleur. Il s'appuie sur la notion de contrôle de la douleur dans les centres supérieurs du cerveau, ce contrôle est lui fondé sur le fait que la personnalité d'un individu est un ensemble somato-psychique. Dans les centres supérieurs, les messages nociceptifs

établissent des liens directs et indirects vers d'autres régions cérébrales associées à la mémoire et aux émotions ; les images et messages qui s'y trouvent influent sur la manière dont l'individu va percevoir la douleur.

La méthode de préparation nécessite de bien informer les femmes sur les mécanismes de la douleur et de son évolution au cours du travail et de l'accouchement afin de limiter les angoisses et les images négatives. En effet, comprendre ce qui se passe lors de la naissance, la répétition d'un modèle positif (techniques de respiration) et de pensées positives (je suis calme et j'ai confiance) pour diriger l'attention lors de la douleur sont des façons de mettre ce modèle à profit. Avec la méthode Bonapace, les couples apprennent des éléments clés dans la modulation de la douleur qui sont la respiration, la relaxation et la visualisation ou imagerie mentale et ainsi apprennent à désamorcer le cycle peur-tension-douleur. Cette technique nécessite un entraînement de leur part, principalement de la mère, puisque c'est elle qui va devoir le faire le jour « J », mais le père sera important par son soutien et sa connaissance des mécanismes.(2),(28),(21)

3.5.1. Les respirations

Pour bien vivre son accouchement, il faut maîtriser la technique respiratoire et le positionnement du corps pendant l'accouchement en ayant pratiqué des exercices durant la grossesse. En effet, la respiration est un excellent moyen pour maîtriser toute situation de stress intense, car elle oxygène l'organisme, favorise la détente et dévie la concentration de l'élément stressant pour maintenir un environnement positif. Dans la respiration, le rôle du père est important en tant que coach respiratoire, afin d'aider sa compagne à se concentrer sur sa respiration et non sur ses contractions. L'objectif de la respiration à l'accouchement est de gérer le stress, de profiter des périodes de repos, d'apprendre à gérer ses émotions, sa douleur, se détendre, expulser efficacement le bébé et favoriser la participation de l'accompagnateur.(25),(34)

3.5.2. L'imagerie mentale

L'imagerie mentale joue un rôle important dans la modulation de la douleur, elle va permettre de prendre conscience des modèles liés à la douleur qui se sont construits depuis l'enfance et la création de nouvelles réponses. De plus, elle permet de se préparer psychologiquement à la naissance en se fixant des objectifs et en développant des moyens pour les atteindre. Pour aider à la préparation mentale il faut que les couples

comprennent les mécanismes de l'accouchement, et de gestion de la douleur. Il va falloir que les couples développent une image et des messages positifs de la naissance comme « je vais bien et je suis calme » ou « à l'accouchement je vais utiliser les respirations et je vais réussir à gérer ma douleur ». De plus, elle va permettre aux couples de vivre la naissance à deux et bien sûr à moduler la douleur. L'imagerie mentale peut comporter un scénario complet ou juste une scène particulière.(34)

L'imagerie mentale ressemble à la visualisation, mais dans la visualisation nous suggérons aux personnes des images et scénarios, alors que dans l'imagerie mentale se sont elles qui se construisent leurs images. Tous deux permettent une reprogrammation de l'imaginaire que l'on retrouve dans la sophrologie.

3.5.3. La relaxation

Le stress peut avoir un rôle stimulant mais pour cela il faut le désamorcer régulièrement sinon il aura l'effet inverse en réduisant la qualité de vie et en nous épuisant. Le repos et la relaxation assurent un bien-être physique et mental, relâchent les tensions du corps et préparent à la pratique de l'imagerie mentale. La femme doit apprendre des techniques de relaxation afin de désamorcer rapidement les tensions ; L'accompagnant dans la relaxation a pour rôle de rappeler à la femme de se détendre et de laisser passer la douleur.(34)

3.6. La mobilisation

La pratique de différentes positions pendant le travail augmente l'efficacité des contractions et ces positions jouent un rôle différent en fonction des étapes du travail et ainsi peuvent modifier la durée du travail. Les positions vont varier d'une femme à l'autre et de même elles vont varier chez une même femme en fonction du stade du travail. Plus les femmes vont expérimenter des postures pendant la grossesse en prenant conscience des sensations, plus elles seront créatives et à l'aise pendant l'accouchement. Beaucoup de ces positions sont proposées par Bernadette de Gasquet dans son livre « bien-être et maternité » et sont issues des postures de yoga.(23)

Cependant dans toutes les postures il faut faire attention à ne pas cambrer le dos en basculant le bassin, à ne pas tasser le dos, à penser à s'étirer vers le haut, à garder le ventre dans le vide pour faciliter la bonne position du bébé et diminuer la douleur, et enfin il faut faciliter la bascule du bassin et les changements de position.(33) Des propositions de positions se trouvent dans l'annexe 1.

3.7. Résumé des trois mécanismes

Illustration 3 : Tableau des mécanismes de modulation de la douleur

Mécanisme recherché	Mécanisme activé	Type de stimulation	Moment d'utilisation	Effets produits
La théorie du portillon « flatter le bobo »	inhibition des fibres nociceptives => dilution du message douleur	Non douloureuse : effleurage	Pendant la grossesse et entre deux contractions	Agit sur la zone stimulée pendant la stimulation
Le CIDN « zones gâchettes »	Sécrétion d'endorphines	Douloureux, points d'acupression	Pendant les contractions	Agit sur tout le corps sauf sur la zone gâchette pendant la stimulation
Le contrôle des centres supérieurs « détourner l'attention »	Modèle positif et pensées positives	Stimulation de la pensée (respiration, relaxation, visualisation)	Pendant les contractions et la grossesse	Pendant tout la durée de la contraction

3.8. Les études sur la méthode

Cette méthode fondée sur les principes de la neurophysiologie de la douleur a été validée par des recherches scientifiques et évaluée scientifiquement par une étude appelée « Evaluation of the Bonapace Method : A specific educational intervention to reduce pain during childbirth » de 1997 à 1999 au Québec au sujet de son impact sur la perception de la douleur. Cette étude prospective a été réalisée par Julie Bonapace et Serge Marchand entre autres et s'est déroulée dans cinq centres hospitaliers du Canada pratiquant la méthode. Ils ont pris en compte 28 femmes qui ont été réparties en deux groupes, c'est à dire 14 femmes étant préparées par la méthode Bonapace, et 14 femmes ayant suivies une préparation classique. L'étude a révélé que la méthode Bonapace diminue la douleur de près de 30% de plus que les autres préparations classiques

auxquelles elle a été comparée et une diminution de 50 % par rapport à la population générale.(36) Ce constat est considérable par l'importance de la réduction de la douleur avec un moyen non pharmacologique et donc sans effets secondaires sur la femme ou l'enfant. En 2009, à Montréal une équipe de chercheurs a entamé une nouvelle étude rétrospective cette fois-ci visant à mesurer l'impact de cette méthode sur les interventions médicales, mais les résultats ne sont pas encore publiés.(37),(21) En 2004, une étudiante sage-femme de Nancy a également étudié son impact sur la perception de la douleur au sein de la clinique « arc-en-ciel » d'Epinal. Elle a réalisé son étude sur 22 couples ayant suivi la méthode Bonapace et 22 couples ayant suivi une PNP classique soit 44 couples au total. Son échantillon était composé de primipares et de multipares ayant eu un accouchement physiologique. Il en est ressorti une diminution importante de la douleur et une pose de péridurale retardée principalement chez les multipares, et une plus grande difficulté à soulager la douleur de manière autonome dans la phase active du travail. (12)

4. LA METHODE EN FRANCE

Les séances prénatales abordent classiquement les habitudes de vie, l'hygiène alimentaire, la grossesse, l'accouchement, l'après naissance avec les soins du nouveau-né et la prise en charge de la femme, le retour à la maison. Mais en fait peu de programmes se consacrent à la douleur et à son soulagement de manière naturelle ainsi qu'à la place du père pendant les cours et l'accouchement. Pourtant des recherches montrent qu'une préparation adéquate a des effets positifs sur le couple, et qu'une femme qui gère sa douleur consommera moins de médicaments et sera plus avertie favorisant ainsi l'échange avec l'enfant.(25),(34) De plus, les méthodes de préparation impliquant le père facilitent une communication dans le couple durant la grossesse mais également après la naissance, ce qui va permettre d'améliorer le lien père-mère-enfant et donc l'atmosphère autour de l'enfant.(1)

En France, Julie Bonapace forme les sages-femmes à la méthode de « PNP en couple » depuis 1999. Cependant en 2011, il n'y avait que 200 sages-femmes formatrices accréditées.(2) Les couples vont apprendre à gérer la douleur de manière autonome mais si les sages-femmes ne sont pas formées à cette méthode en SDN, le

couple se sentira seul et ne vivra pas forcément cet événement de manière idéale. De ce fait, les résultats des études menées au Québec sur cette méthode, ne sont peut-être pas aussi satisfaisants en France. La méthode Bonapace, basée sur une approche endogène peu invasive, constitue une alternative à l'APD. En effet cette méthode n'est pas parfaite et lorsqu'elle ne s'avère plus suffisante, le recours aux techniques pharmacologiques est nécessaire afin de ne pas provoquer des effets indésirables sur la mère et l'enfant. C'est par une approche graduelle des soins que les femmes pourront bénéficier des avantages de chaque méthode pour soulager leur douleur à l'accouchement.(22),(27)

A la MRUN, maternité de type 3 en région Lorraine, une sage-femme s'est formée à la méthode Bonapace et l'a mise en place en mars 2012. C'est la seule sage-femme de la maternité formée à cette technique qui est plus souvent appelée « préparation à la naissance en couple ». Elle est dédiée à toutes les femmes et aux couples mais plus particulièrement aux femmes ne désirant pas l'APD en première intention. Afin que les futurs parents puissent venir à deux, les cours sont donnés à la MRUN le lundi et jeudi soir, ou le vendredi en fin de journée. Le père apprend à réaliser des massages doux et d'autres douloureux. Les principes de la respiration et de la relaxation ainsi que les positions possibles à effectuer durant le travail sont également inspirées de Bernadette de Gasquet et de l'imagerie mentale. Pour compléter ces cours de PNP et afin de rendre l'application des outils plus faciles pour les couples, un support de travail leur est donné. En effet durant la séance sur les points d'acupression, un squelette sur lequel ils peuvent écrire et placer les points est distribué ainsi qu'une feuille avec les positions possibles durant le travail (voir annexe 1).

D'après les informations ci-dessus, concernant l'intérêt général de la méthode pour le couple avant, pendant et après la naissance, le soulagement de la douleur et l'implication active du père mais également les limites d'application et de bénéfice, nous sommes en mesure de se demander si en France, la méthode Bonapace pourrait être appliquée en alternative à l'APD, au moins pour soulager une partie du travail. Est-elle une solution pour avoir une approche plus globale de la naissance et du couple ainsi que pour répondre aux attentes des femmes pour le soulagement de la douleur ? Est-elle facilement applicable en France en SDN, dans les centres où elle est enseignée, comme à la MRUN par exemple ? Les couples sont-ils satisfaits de ce genre de préparation où le père a un rôle plus actif ?

Partie 2 : présentation de l'étude et des résultats

1. SCHEMA GENERAL DE L'ETUDE

Nous avons réalisé une étude observationnelle longitudinale descriptive, par le biais d'une enquête de satisfaction auprès des couples participants à la PNP en couple à la MRUN. Pour cela, nous avons choisi d'étudier uniquement les couples suivant la méthode Bonapace, contrairement aux études de J.Bonapace(36) et de Mlle SA Net(12). En effet, nous ne souhaitons pas réaliser une comparaison entre les méthodes classiques et la méthode Bonapace, mais bien un état des lieux de cette dernière à la MRUN. En effet, comme les cours ont débuté en mars 2012 à la MRUN, il est important de mesurer l'intérêt de la méthode et son impact sur les couples.

La problématique de mon mémoire est d'évaluer l'intérêt et l'efficacité de cette technique pour les couples à la MRUN.

1.1. Objectifs

Mon premier objectif est de mesurer le niveau de satisfaction des mères et des pères vis-à-vis de la méthode à la fin des séances et après l'accouchement, afin de pouvoir faire ressortir les points forts et faibles de la technique à la MRUN.

Mon deuxième objectif, complémentaire du premier, est de comparer la satisfaction et le ressenti de l'accouchement à l'intérieur du couple. Pour cela chaque membre du couple a un questionnaire lui correspondant.

Mon troisième objectif est de mesurer l'efficacité de la méthode sur la diminution de la douleur obstétricale pendant le travail grâce à l'utilisation d'une échelle d'évaluation de la douleur lors de l'application des outils enseignés.

Mon dernier objectif est d'évaluer à travers les questionnaires « après la naissance », la possibilité d'application de la méthode en SDN, afin de voir comment l'adapter et la rendre plus applicable à la MRUN. En effet, le développement de cette méthode permettrait de procurer un meilleur bien-être des couples et d'optimiser le soulagement efficace de la douleur des parturientes afin de les satisfaire pleinement.

1.2. Hypothèses

Mes hypothèses sont :

- Les deux membres du couple apprécient cette participation active face à la douleur, et la présence du père pendant les séances et l'accouchement.
- Ils ont réussi à mettre en pratique certains outils de la méthode.
- La méthode n'est pas connue en SDN, et les couples sont peu accompagnés
- Les outils ont aidé à gérer la douleur pendant le travail, voire à retarder le moment de la pose d'APD.
- Le couple est satisfait de l'accouchement, quelque soit son déroulement.
- Le couple a l'impression d'avoir vécu la naissance à deux, et d'en avoir été acteur.
- La méthode Bonapace a diminué le nombre d'extraction instrumentale.

1.3. Population étudiée, échantillonnage

L'étude a porté sur les couples suivant la méthode Bonapace à la MRUN. Les pères et les mères participant au cours ont été interrogés par l'intermédiaire de questionnaires.

La première partie des questionnaires a été transmise et remplie à la dernière séance de PNP, il y a un questionnaire pour les mères et un pour les pères. Ils concernaient la satisfaction par rapport aux séances suivies.

La deuxième partie des questionnaires a été complétée par les couples après l'accouchement. Ils concernaient l'utilisation de la méthode, son efficacité et la satisfaction à l'accouchement.

L'échantillonnage : Les groupes de PNP sont composés de 3-4 couples et suivent 6 séances. Il y a d'une part un groupe ayant 2 séances par semaine soit un changement de groupe toutes les 3 semaines et d'autre part un groupe ayant 1 séance par semaine soit un nouveau groupe toutes les 6 semaines. L'étude a porté sur les couples participants aux séances de décembre 2012 à fin août-début septembre 2013, ce qui donne un échantillon de 32 couples. Cependant un couple a eu une césarienne programmée et n'a donc pas été inclue dans la partie post-accouchement, ce qui donne un

effectif de 31 couples. Nous avons réalisé un questionnaire-test sur 6 couples au mois de décembre 2012 qui a semblé clair et n'a pas nécessité de correction, nous les avons donc inclus dans notre étude.

1.4. Description des données collectées

Grâce aux deux questionnaires destinés aux mères, nous avons souhaité évaluer la qualité de la préparation en couple à la MRUN de leur point de vue.

- 1^{er} questionnaire (annexe n°2) : nous avons voulu connaître, si les femmes avaient déjà participé à d'autres méthodes de PNP et ainsi savoir si elles avaient noté des différences, de quelles manières avaient-elles eu l'information de la méthode, pour quelles raisons l'avaient-elles choisie, si cette dernière a répondu à leurs attentes et si elles pensaient pouvoir la mettre en pratique.
- 2^{ème} questionnaire (annexe n°3) : nous avons souhaité connaître, si les mères avaient pu mettre en place des outils de la méthode pendant le travail et si cela avait soulagé la douleur, si elles désiraient l'APD et si elles en avaient bénéficiée, et à quel moment ; si elles étaient satisfaites de leur accouchement et enfin si elles étaient satisfaites du rôle du père.
- Nous avons mis en relation ces questionnaires afin de comparer l'impression des mères sur la méthode avant et après l'accouchement et d'observer une éventuelle évolution.
- Les femmes ayant eu une césarienne programmée, n'ont pas pu appliquer la méthode au moment de l'accouchement ainsi nous avons utilisé uniquement les questionnaires post séances. En effet, ceux-ci permettent d'avoir un avis sur la préparation à la naissance.

Grâce aux deux questionnaires destinés aux pères, nous avons souhaité évaluer la qualité de la préparation en couple à la MRUN de leur point de vue.

- 1^{er} questionnaire (annexe n°4) : nous avons voulu connaître, si les pères, avaient déjà participé à des séances de PNP et si oui, quelles étaient les différences qu'ils avaient remarquées, comment avaient-ils reçu l'information et pourquoi avaient-ils choisi cette méthode, en étaient-ils satisfaits, s'étaient-ils sentis impliqués, et pensaient-ils pouvoir aider leur femme lors de l'accouchement.

- 2^{ème} questionnaire (annexe n°5) : nous avons souhaité connaître, si les pères avaient appliqué des outils de la méthode pendant le travail et s'ils pensaient que cela avait soulagé la douleur de leur compagne, s'ils étaient satisfaits de leur rôle lors de l'accouchement.
- Nous avons mis en relation ces questionnaires afin de comparer l'impression des pères sur la méthode avant et après l'accouchement et observer une éventuelle évolution.

Chaque couple avait un numéro d'anonymat qui était noté sur les questionnaires, cela nous a permis de mettre en relation les réponses des mères et celles des pères afin de pouvoir comparer le ressenti des couples pour une même situation.

1.5. Déroulement de l'étude, calendrier et logistique

Après avoir fini les questionnaires, ils ont été relus et vérifiés. Puis, après leur validation par les instances concernées, nous nous sommes assurées de la faisabilité et de la compréhension des questionnaires, en les testant avec un premier groupe de 6 couples ayant suivi la méthode Bonapace à la MRUN au mois de décembre 2012. Dès janvier 2013, nous avons commencé la distribution de nos questionnaires aux couples suivant la méthode Bonapace. La première partie des questionnaires a été distribuée jusque fin juillet 2013, afin que ces couples puissent répondre à la deuxième partie avant novembre 2013.

Les 4 questionnaires ont été remis aux couples lors de la dernière séance de PNP après recueil des consentements écrits qui comportaient le numéro de téléphone de la personne et la date de l'accouchement prévue. Les 2 questionnaires concernant la préparation à la naissance ont été récupérés à la fin de la dernière séance et les 2 autres ont été remplis par contact téléphonique après la naissance. Ces derniers ont été distribués en avance afin que les couples puissent prendre connaissance des questions pour mieux y répondre après l'accouchement.

Dès le recueil de données terminé, nous avons commencé l'analyse des questionnaires, dont les données ont été rassemblées sous forme de tableaux et analysées grâce au logiciel de statistique « Epi info7 ». Nous avons présenté les résultats sous forme de graphique statistique, puis commencé la rédaction de l'analyse et la discussion de résultats.

1.6. Aspects médico-légaux et réglementaires

Tous les questionnaires étaient anonymes, ils ont été distribués avec un consentement (annexe n°6) que chaque membre du couple participant à l'étude avait rempli en notant son numéro de téléphone afin de pouvoir être contacté après la naissance. Nous avons fait valider le consentement et les questionnaires par un interne d'épidémiologie, par l'experte et la directrice du mémoire. Une fois validés, nous les avons présentés à la cadre du service de PNP, qui a accepté leur diffusion. Puis, les questionnaires ont été distribués. Bien entendu nous sommes tenus au secret professionnel, au maintien de l'anonymat et aucune des informations que nous avons lues ne sera divulguée.

2. PRESENTATION DES RESULTATS

2.1. Résultats des questionnaires post séances

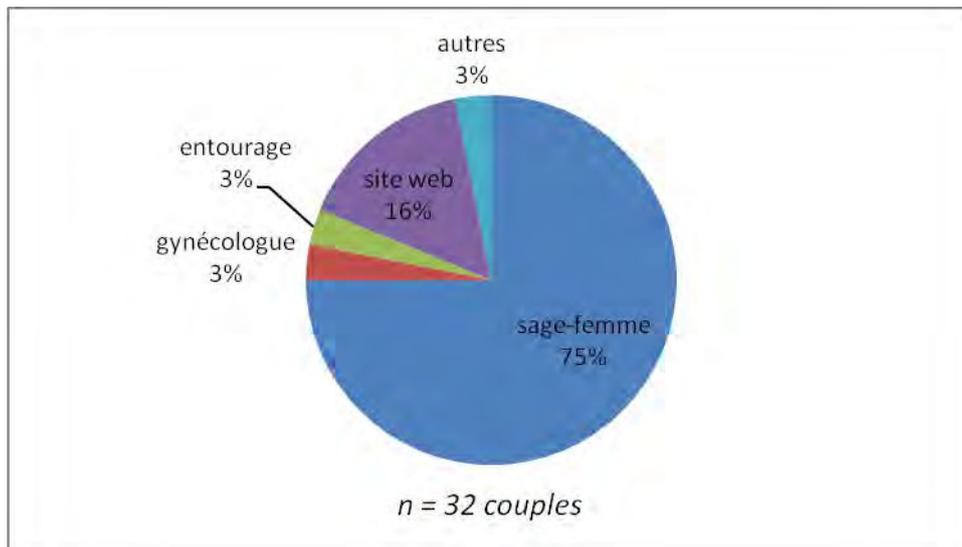
2.1.1. La population

- a. L'étude comprend pour les femmes 29 primipares et 3 deuxième pares, et pour les hommes 27 primipères, 4 pères ayant déjà 1 enfant et 1 père ayant deux enfants. Ces chiffres correspondent aux questionnaires post-séances car une primipare avait une césarienne programmée et donc l'effectif en post-accouchement descend à 28 primipares soit 31 couples au total.
- b. La moyenne d'âge des mères est de 30,9 ans avec la médiane à 32 ans, un minimum de 22 ans et un maximum de 41 ans.
La moyenne d'âge des pères est de 32,06 ans avec une médiane à 33 ans, un minimum de 24 ans et un maximum de 40 ans.
- c. Dans l'étude 26 couples ont suivi les 6 séances proposées, 4 en ont suivi 5 et 2 en ont suivi 4 ; cette différence est due à un accouchement avant la fin des séances.

2.1.2. Les expériences antérieures de PNP

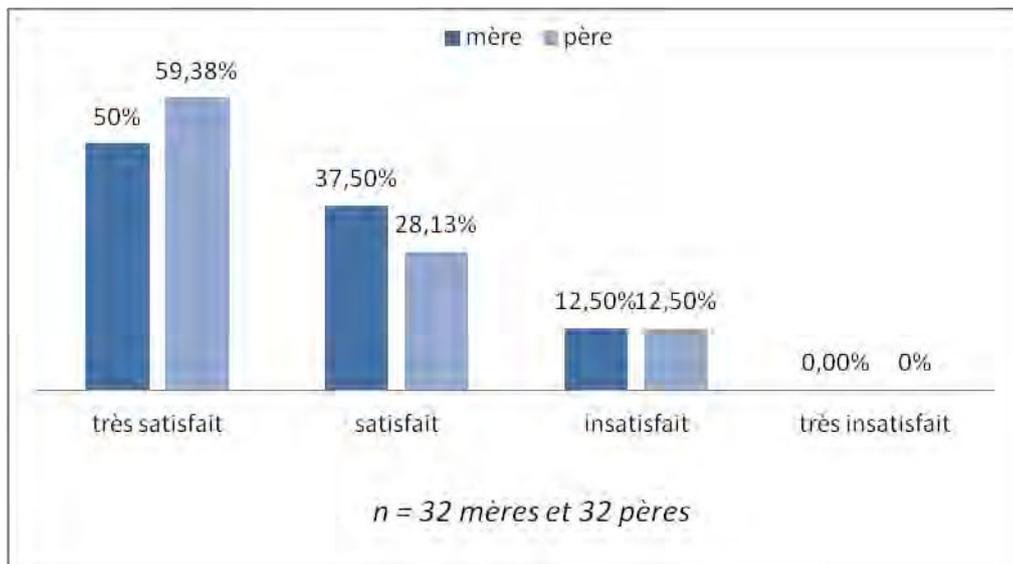
- a. Les 3 multipares de l'étude avaient déjà suivi des séances de PNP pour les grossesses antérieures dont une qui avait pratiquée de l'hypnose. Les 3 ont remarqué des différences.
- b. Sur 5 pères ayant déjà eu des enfants, seul 1 père avait déjà participé à des séances de PNP et ce père a constaté des différences.

2.1.3. Découverte et choix de la méthode



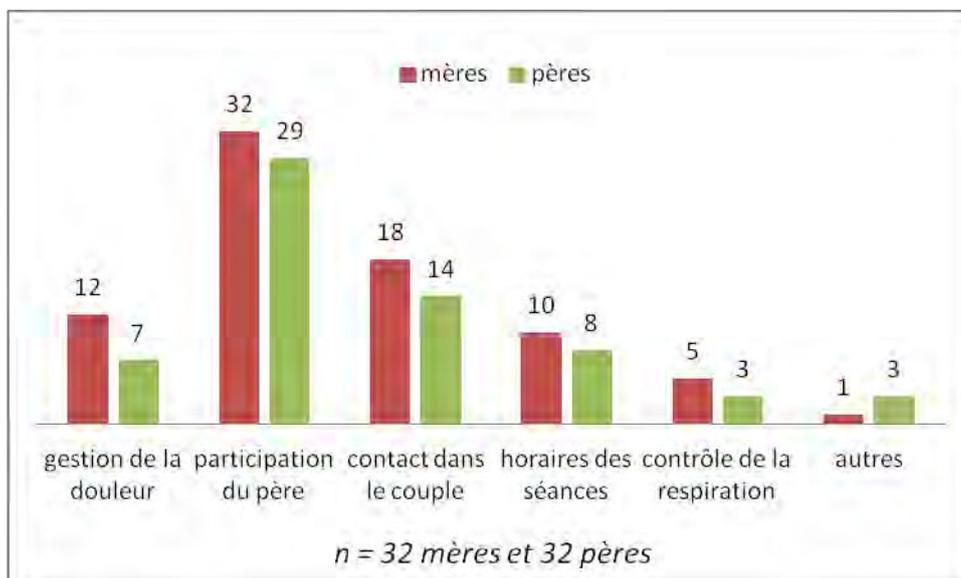
Graphique 1 : Découverte de la méthode par les couples

Sur ce graphique, nous remarquons que les $\frac{3}{4}$ des couples ont reçu une information par une sage-femme (soit qui les suivait soit qui les avait conseillés au point info), ensuite 16% des couples ont connu la méthode grâce au site web de la maternité. Les pourcentages de couple ayant reçu une information par leur gynécologue, entourage ou autres sont minimes.



Graphique 2 : Qualité de l'information concernant les séances

Lorsque les couples sont insatisfaits cela porte sur les explications qui manquent de détails concernant le contenu des séances.

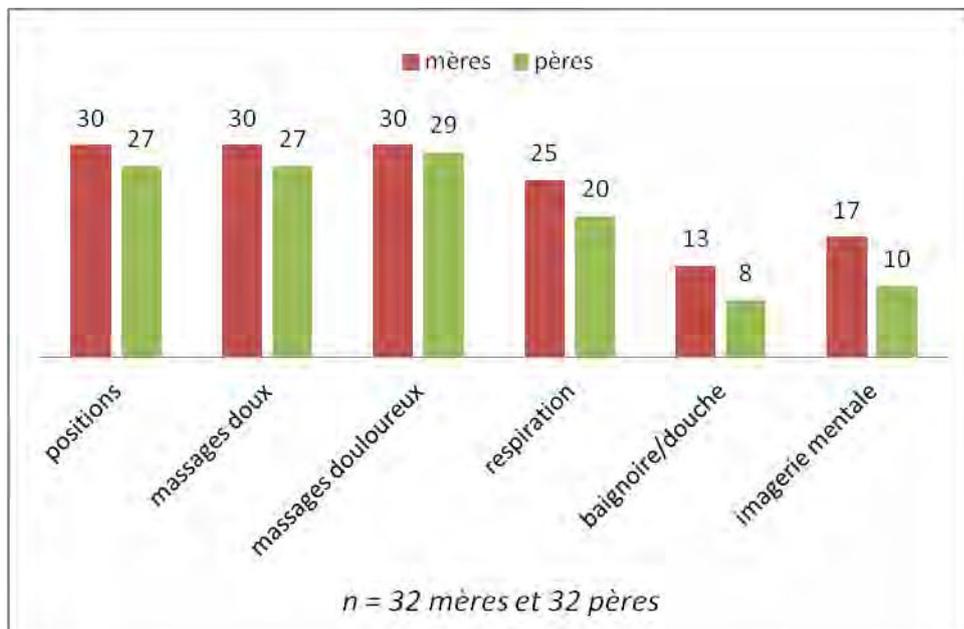


Graphique 3 : Motifs des choix pour cette PNP

Les autres motifs évoquées par les couples sont : faire plaisir à la maman et donner un rôle actif au père le jour J.

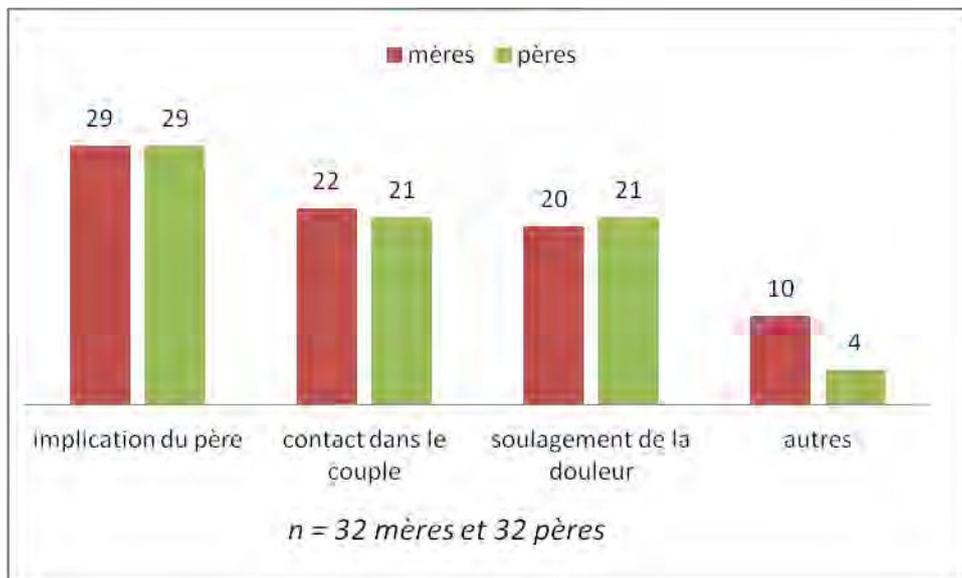
2.1.4. Point de vue des couples vis à vis de la PNP

- a. Dans mon étude 100% des parturientes se sont senties accompagnées par leur conjoint, et 100% des pères se sont sentis impliqués dans les séances de PNP.
- b. 100% des mères et pères avaient l'intention d'utiliser certains outils enseignés durant les séances de PNP. Nous voyons dans le graphique ci-dessous les outils envisagés.



Graphique 4 : Outils envisagés par les pères et par les mères

- c. Lorsque nous interrogeons les couples sur leur satisfaction vis-à-vis de la PNP, nous avons 27 mères et pères très satisfaits et 5 mères et pères satisfaits. Aucun père et aucune mère ne sont insatisfaits. Les graphiques ci-dessous montrent les motifs de satisfaction.



Graphique 5 : Motifs de satisfaction des couples vis-à-vis de la PNP

Les autres motifs de satisfaction des mères se portent sur la qualité des informations données sur l'accouchement, les réponses concrètes, la diminution de la peur et de l'appréhension, la proportion importante d'exercice et d'application de la théorie.

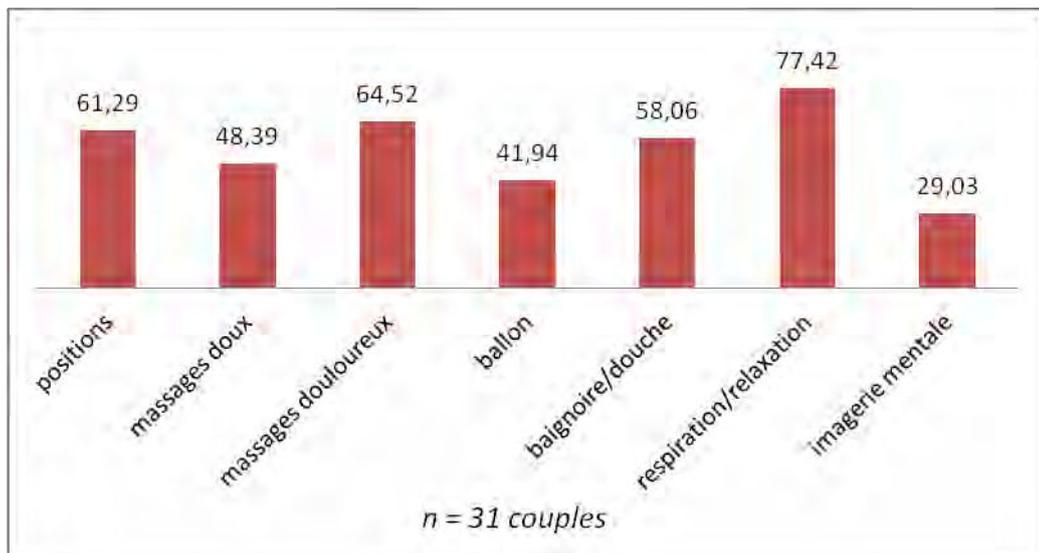
Les autres motifs de satisfaction des pères en ce qui concerne les séances de PNP sont d'avoir appris les mécanismes de l'accouchement, d'avoir amélioré leurs connaissances en général et les enseignements apportés.

2.2. Résultats des questionnaires post accouchement

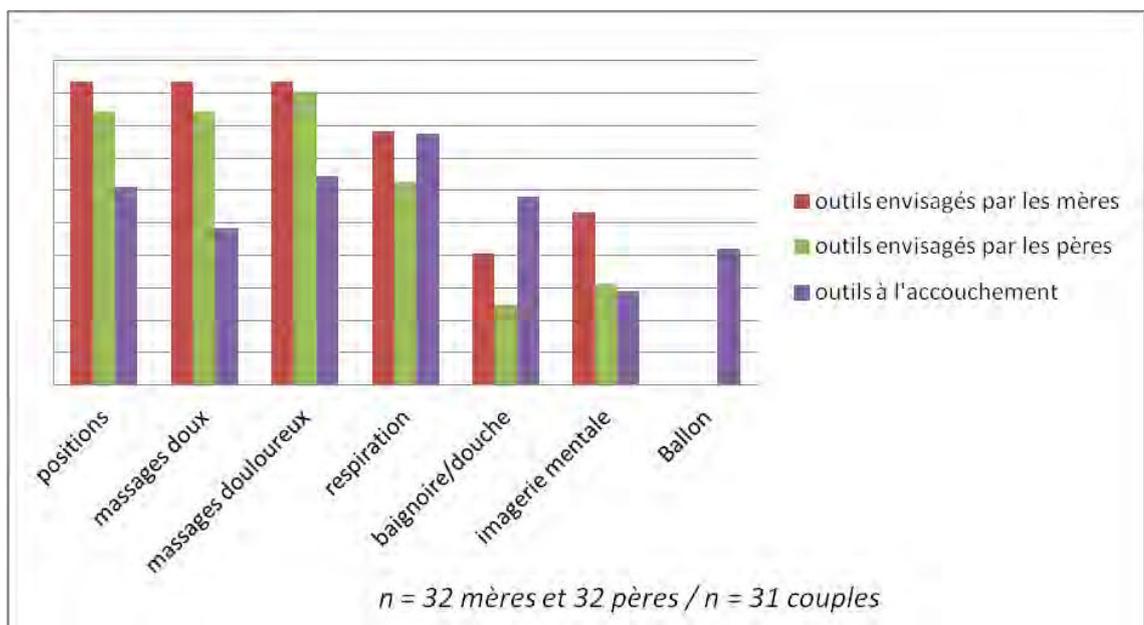
2.2.1. Utilisation des outils pendant l'accouchement

a. Il y a 100% des couples qui ont utilisé les outils enseignés pendant les séances.

Dans le graphique ci-dessous nous trouvons ces outils



Graphique 6 : Les outils de la méthode utilisés



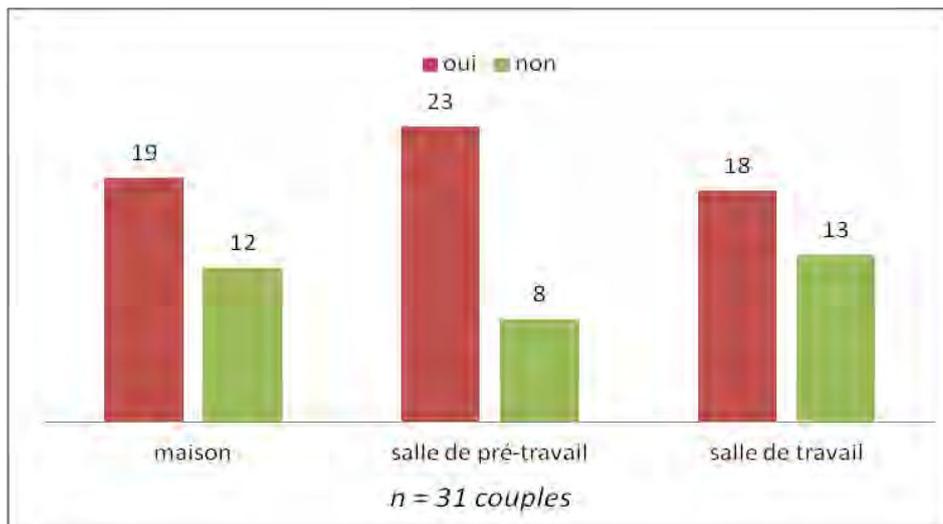
Graphique 7 : Comparaison des outils envisagés et ceux utilisés

Le ballon apparait uniquement dans les outils utilisés bien qu'il fasse parti des positions, afin d'évaluer la possibilité d'utilisation en SDN il a fallu le mettre dans une case à part.



Graphique 8 : Fréquence des points utilisés par les couples

Les points les plus utilisés sont les points sacrés (plus de 50% des couples les ont utilisés), le piriforme (environ 1/3 des couples) et les autres points non présents dans la méthode initiale mais que la sage-femme enseigne aux couples dont VB21, R1 et V60 (un peu plus d'1/3 des couples).



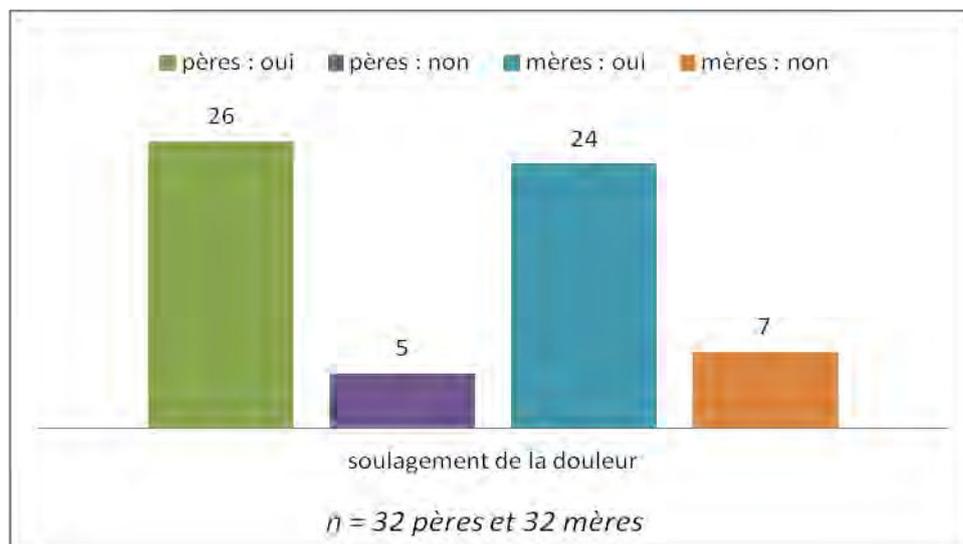
Graphique 9 : Lieux d'utilisation des outils

23 couples ont utilisé les outils en salle de pré-travail, 19 couples les ont utilisés à la maison et 18 couples les ont utilisés en salle d'accouchement.

2.2.2. Présence du personnel de la SDN

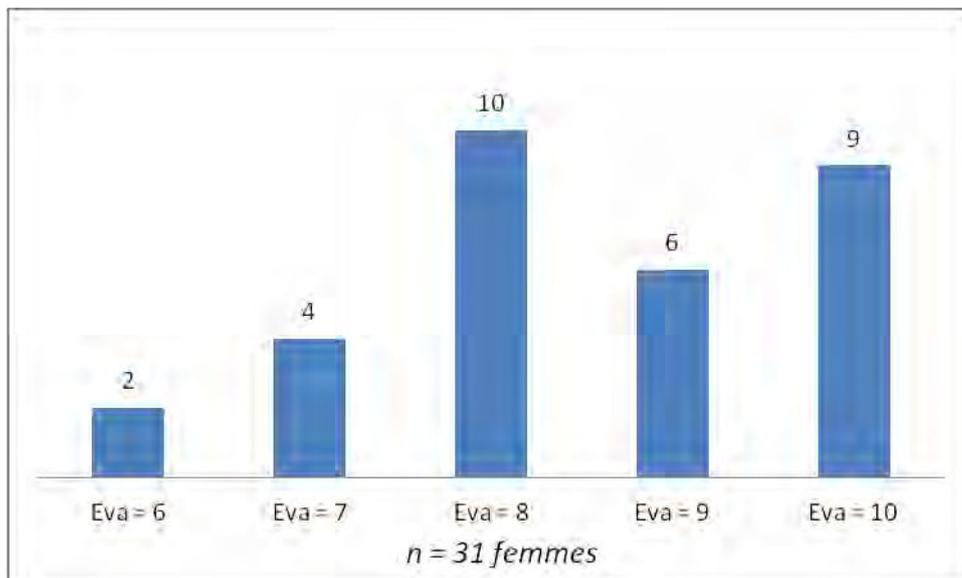
- a. Sur 31 couples, 20 nous ont rapporté que la sage-femme ne connaissait pas cette PNP, et 11 nous ont dit que la sage-femme qui les avait pris en charge connaissait cette méthode.
- b. Sur 31 couples, il y en a 17 qui ont été accompagnés par le personnel en utilisant certaines techniques et outils durant le travail. Les outils proposés ont été les positions, la respiration, la douche et le ballon.

2.2.3. Soulagement de la douleur

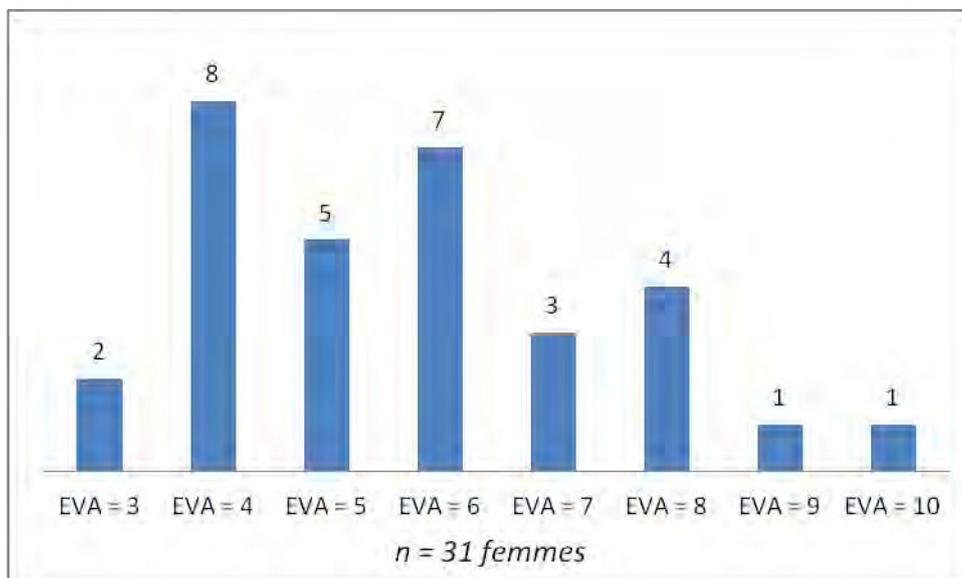


Graphique 10 : Perception du soulagement de la douleur

A la question « avez-vous constaté un soulagement de la douleur avec l'utilisation des outils » 26 pères et 24 mères ont répondu oui ; 5 pères et 7 mères n'ont pas vu de différence.



Graphique 11 : Niveaux de la douleur des femmes sans utiliser les outils



Graphique 12 : Niveaux de la douleur des femmes en utilisant les outils

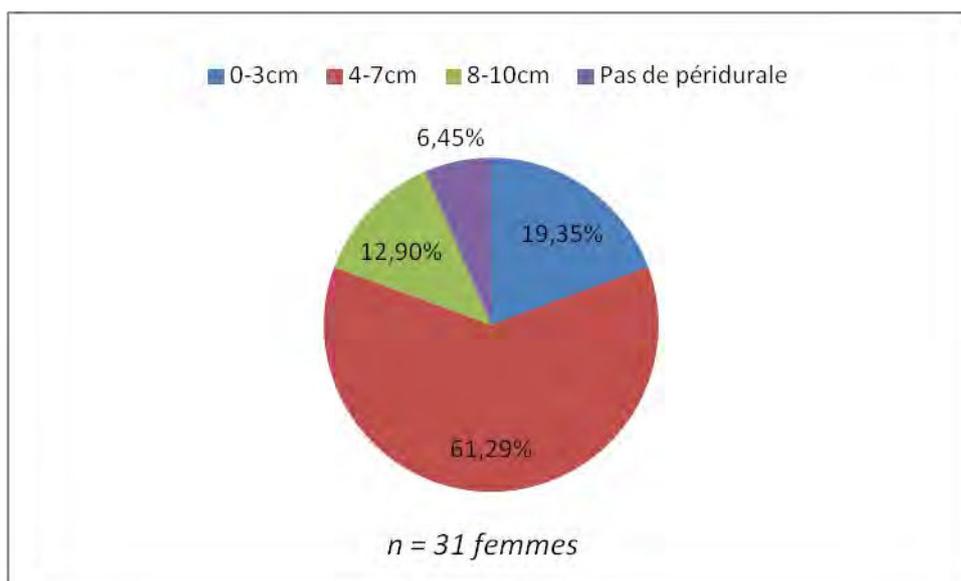
Tableaux 1 et 2 : Evaluation de la douleur moyenne des femmes

EVA estimée par les femmes sans utiliser les outils		EVA estimée par les femmes en utilisant les outils	
Moyenne	8,5	Moyenne	5,7
Médiane	8	Médiane	6
Minimum	6	Minimum	3
Maximum	10	Maximum	10

En moyenne ces tableaux montrent qu'en utilisant les outils il y a une diminution de la douleur de 30% de plus que sans utiliser les outils.

2.2.4. Soulagement par la prise d'APD

- a. Sur 31 femmes, 5 ne voulaient pas prendre d'APD, 25 en voulaient et 1 ne savait pas. Au final, pendant le travail, 2 femmes n'en ont pas bénéficiée (1 primipare et 1 multipare) et 29 femmes l'ont demandée et l'ont eue.
- b. Les 5 patientes, qui ne voulaient pas d'APD, en ont quand même eue. Les 2 patientes n'en ayant pas eue en voulaient une au départ mais elles ont réussi à supporter la douleur grâce aux outils de la méthode. Et enfin les 15 autres patientes voulant l'APD l'ont eue.



Graphique 13 : Moment de la pose d'APD en fonction de la dilatation

c. Dans l'étude il y a 3 multipares :

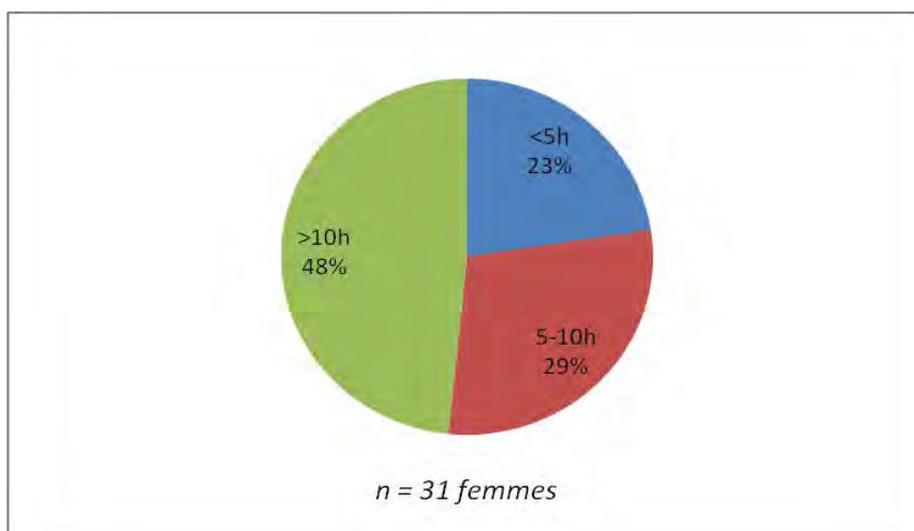
Une n'a pas pris d'APD, une l'a demandée à 8-10cm et une à 4-7cm

Dans l'étude il y a 28 primipares :

Une n'a pas pris d'APD, trois l'ont demandée à 8-10cm, dix-huit à 4-7cm et six à 0-3cm

Les différences ne sont pas significatives par manque de données mais nous pouvons toutefois mettre en évidence le nombre important de parturientes (25) qui n'ont demandé une APD qu'une fois le travail en phase active.

2.2.5. Durée du travail



Graphique 14 : Durée du travail

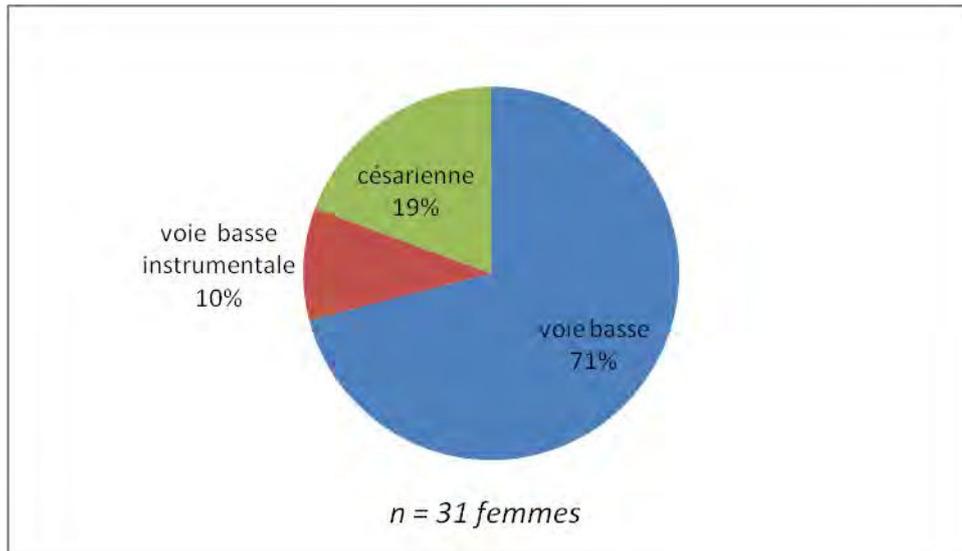
Dans la durée du travail nous pouvons séparer les primipares et les multipares :

Travail <5h : 2 multipares et 5 primipares

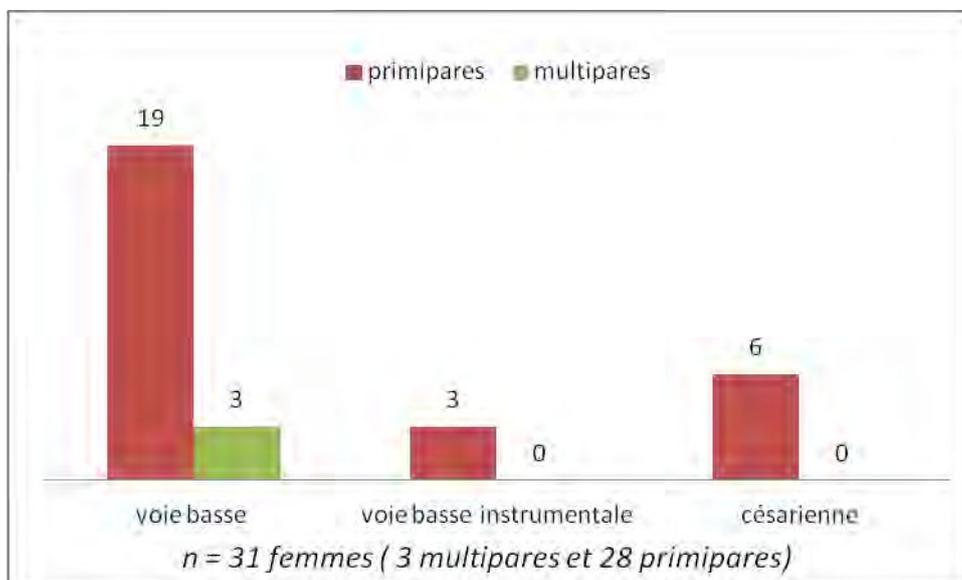
Travail entre 5h et 10h : 1 multipare et 8 primipares

Travail >10h : 15 primipares

2.2.6. Mode d'accouchement

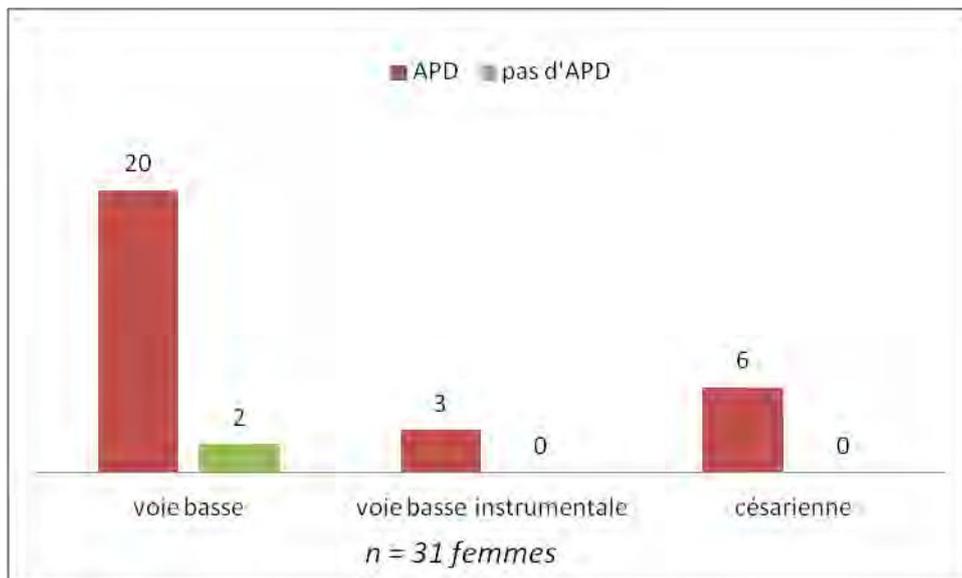


Graphique 15 : Voie d'accouchement



Graphique 16 : Mode d'accouchement en fonction de la parité

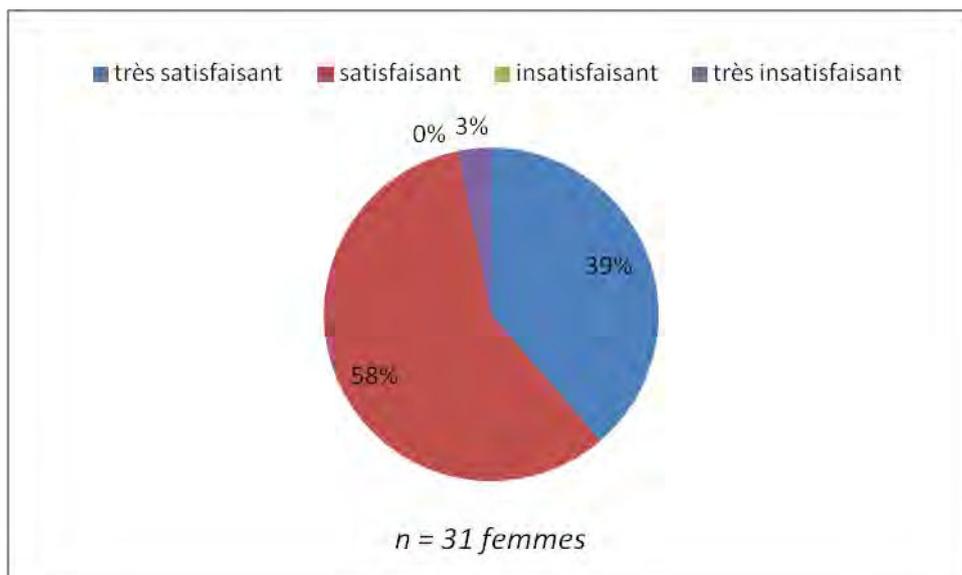
Cette comparaison donne une tendance mais n'est pas significative par manque de données.



Graphique 17 : Comparaison mode d'accouchement en fonction de la présence d'APD

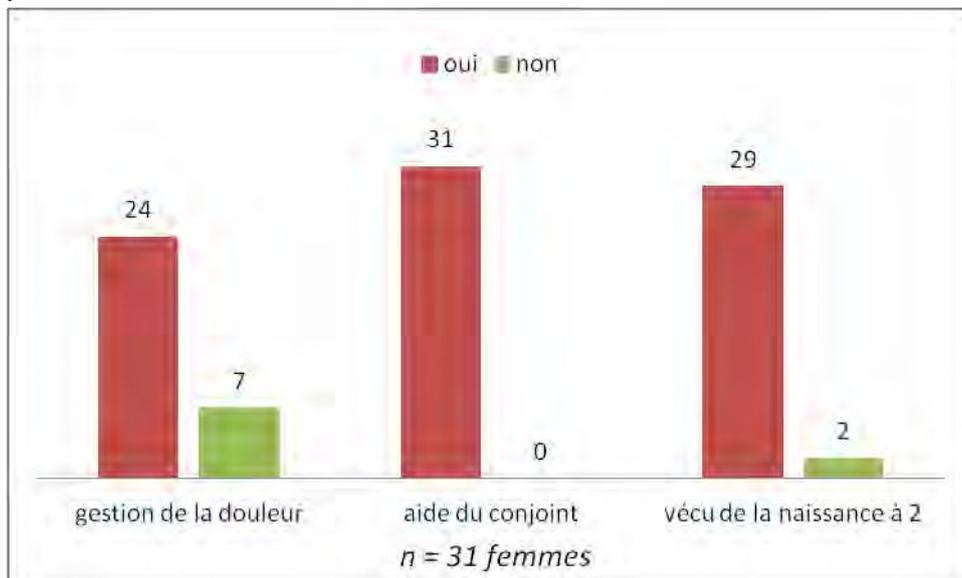
Les 2 patientes n'ayant pas d'APD ont accouché par voie basse simple, alors que sur 29 patientes ayant l'APD, 20 ont accouché par voie basse simple, 3 par voie basse instrumentale et 6 par césarienne, mais ces différences ne sont pas significatives par manque de données.

2.2.7. Evaluation des impressions de l'accouchement par les femmes



Graphique 18 : Ressenti des femmes sur leur accouchement

On retrouve plus de la moitié des femmes qui sont satisfaites de leur accouchement et plus d'1/3 très satisfaites

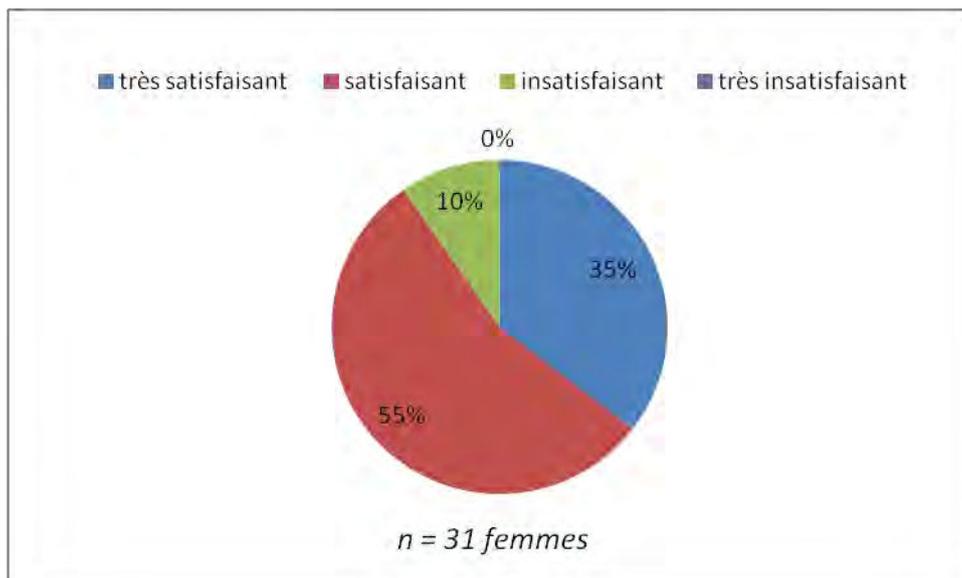


Graphique 19 : Evaluation de la méthode par les mères.

24 femmes ont eu le sentiment de pouvoir gérer leur douleur durant le travail.

Les 31 patientes se sont senties aidées par leur conjoint.

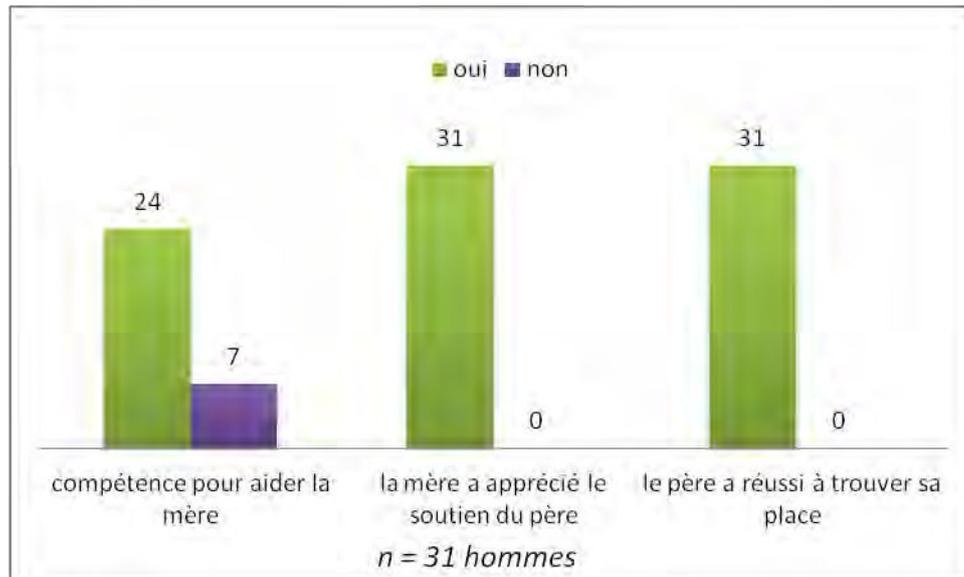
29 femmes ont eu l'impression de vivre cette naissance à deux, les 2 patientes qui n'ont pas eu ce sentiment ont eu une césarienne, ainsi elles ont mal vécu le fait d'être séparé de leur conjoint au moment de la naissance.



Graphique 20 : Niveaux de satisfaction des femmes pour la méthode « le jour J »

Pour finir il y a 100% des mères qui conseillent cette méthode à l'avenir à d'autres couples. Les raisons qu'elles évoquent sont : la préparation à deux pour la naissance de leur enfant, l'implication du père et enfin la diminution de la douleur constatée au moins au début du travail.

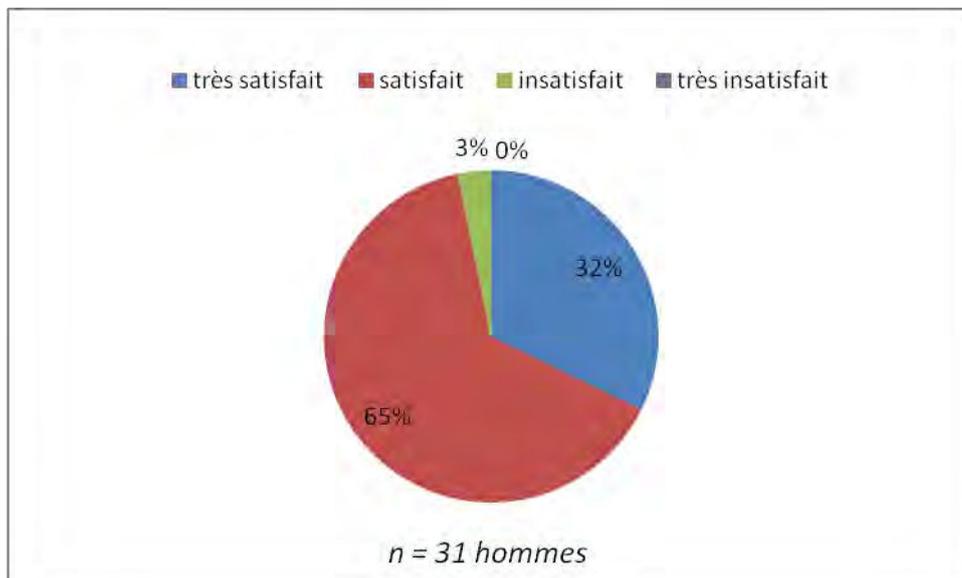
2.2.8. Evaluation des impressions sur l'accouchement par les hommes



Graphique 21 : Intérêts de la méthode d'après les pères

Lorsqu'il s'agit de parler de la compétence des pères pour aider leur femme et soulager sa douleur, il y a 24 pères qui se sont sentis compétents et 7 pères qui ne se sont pas sentis compétents.

En ce qui concerne leur sentiment vis-à-vis du soutien apporté à leur compagne, 100% des pères pensent qu'il a été apprécié par leur compagne. Et enfin il y a 100% des pères qui ont trouvé leur place pendant la naissance de leur enfant.



Graphique 22 : Niveau de satisfaction des hommes vis-à-vis de la méthode « le jour J »

A la fin de l'étude nous retrouvons 100% des pères qui conseilleraient cette méthode car elle leur a permis d'être moins perdus le jour J, et leur a permis d'être impliqué dans la grossesse de leur compagne et la naissance de leur enfant.

Partie 3 : Synthèse et analyse des résultats

Dans cette troisième et dernière partie, nous réaliserons tout d'abord une discussion sur les résultats en fonction de nos hypothèses de départ, les limites et les biais de l'étude. Ensuite, nous analyserons les ouvertures que les résultats ont apportées. Pour finir, suite à cette mise en évidence de certains résultats, nous proposerons des solutions pour rendre l'utilisation de cette méthode optimale pour le bien-être des couples.

1. ANALYSE DES RESULTATS

1.1. Discussion des résultats

1.1.1. Les satisfactions du couples vis-à-vis de la méthode

Nous pouvons mettre en évidence une satisfaction totale des couples en ce qui concerne l'implication du conjoint à la fois durant les séances de PNP et le jour de l'accouchement. Nous pouvons aussi faire ressortir que ce soutien apporté par les pères est apprécié par toutes les mères de notre étude. Ces constatations suivent celles de l'étude de Mlle Sa Net(12) sur la satisfaction des couples.

Cette méthode a été créée, entre autre, pour permettre aux couples de se préparer pour la naissance à deux et leur donner des outils pour soulager la douleur liée à l'accouchement. Lorsque nous observons les motifs de satisfaction des couples l'implication du père ressort en premier puis vient le contact dans le couple ainsi que les moyens de soulagement de la douleur et enfin la diminution de l'appréhension. Ces constats de satisfaction vont dans le sens des motivations de J.Bonapace pour la création de sa PNP.

Enfin nous pouvons constater une grande satisfaction des couples en ce qui concerne la méthode Bonapace le jour de l'accouchement avec 90% de mères au moins satisfaites et 97% de pères. Et aucun couple n'est très insatisfait de cette méthode le jour « J », cela montre leur ressenti positif en général vis-à-vis de cette PNP.

1.1.2. L'utilisation des outils à l'accouchement

Dans notre étude tous les couples ont réussi à mettre en place des outils pendant le travail, ce qui montre une facilité d'application de la méthode et donc une accessibilité pour tous les couples.

Nous pouvons mettre en évidence une différence entre les outils envisagés et les outils utilisés à l'accouchement. En effet les couples envisageaient en grande majorité d'utiliser les outils spécifiques à la méthode tels que les massages doux, les points d'acupression et l'imagerie mentale, et moins les outils tels que la respiration ou la douche. En réalité les couples ont utilisé en priorité la respiration puis la douche, les points d'acupression et le ballon. L'efficacité de la respiration lors du travail est retrouvée dans l'étude de Mlle Sa Net qui montre que la respiration est l'outil le plus utilisé à la fois entre et pendant les contractions.(12)

Les massages les plus utilisés sont les points sacrés utilisés en tant que massage doux et points d'acupression, le point GI4, le point VB21 et VB30. Ces constats correspondent à ceux de Mlle Sa Net (12) qui faisait ressortir qu'entre les contractions le massage du sacrum est le plus efficace, et que pendant les contractions il s'agit du point GI4.

1.1.3. La méthode Bonapace en SDN

A travers les questionnaires nous avons mis en évidence une absence de connaissance de la méthode par le personnel de la SDN et du pré-travail. De même il en ressort une insuffisance dans l'accompagnement des couples pour soulager la douleur de la mère. En effet plus de la moitié des couples ne s'est pas senti accompagné par le personnel, néanmoins pour les autres couples l'accompagnement est passé par les positions, la douche et la respiration. Aucune sage-femme n'a pu aider les couples par les massages car aucune de celles de SDN de la MRUN n'est formée à cette méthode alternative de l'APD contrairement à l'étude réalisée au Canada par J.Bonapace et réalisée à Epinal par Mlle S.Net (12).

1.1.4. Gestion de la douleur

Lors de l'utilisation des outils, 24 pères et 26 mères ont constaté une diminution de la douleur ce qui montre une certaine uniformité dans les couples en ce qui concerne les constats de soulagement.

Lorsque nous avons interrogé les femmes sur leur sentiment de gestion de la douleur, il est ressorti que 24 femmes ont eu l'impression d'avoir réussi à gérer leur douleur, et que 7 femmes n'ont pas eu cette impression. Toutefois les femmes ayant ou non réussi à gérer leur douleur ont précisé qu'elles ont réussi à gérer la douleur au début du travail mais qu'après un certain seuil de douleur les outils de la méthode n'étaient plus suffisants. Les femmes ayant eu un déclenchement soulignent également la difficulté à mettre en place les outils lorsque le déclenchement dure plusieurs jours du fait de l'intensité plus forte des contractions. Ce constat de gestion de la douleur jusqu'à un certain point rejoint celui de l'étude de Mlle Sa Net(12) ; 9 mères sur 22 ayant évoqué le même sentiment que dans notre étude, et 6 mères avaient l'impression d'avoir souvent géré la douleur, ce qui rejoint également nos résultats.

Les pères se sont sentis en grande majorité (24 pères /31) compétents pour soulager la douleur de leur compagne, ce qui rejoint le constat précédent et qui permet également de montrer l'importance de leur rôle actif durant l'accouchement pour le bien des mères et pour leur implication personnelle dans la naissance de leur enfant.

1.1.5. Perception de la douleur

Dans notre étude, il ressort que la douleur moyenne pendant le travail en utilisant les outils est diminuée de 30% par rapport à la douleur moyenne sans utiliser les outils. Le score de douleur sans les outils est semblable à celui évoqué par une patiente n'ayant pas suivi cette méthode de PNP. Ceci est favorable car nous constatons une efficacité se rapprochant de celle de l'étude de J.Bonapace au Canada(36).

De même si nous observons l'amplitude de la douleur nous remarquons très bien que l'EVA la plus basse sans les outils est de 6 c'est-à-dire supérieur au seuil de douleur tolérable pour ne pas mettre de traitement (EVA=4) et un pic pour les EVA =8 et 10. Lors de l'utilisation des outils nous avons des EVA qui vont de 3 à 10 avec un pic pour les EVA=4(douleur tolérable sans traitement) puis les EVA=6. Cette diminution du seuil de la douleur par le simple fait d'utiliser les outils de la méthode est

comparable à celle mis en avant par Mlle Sa Net dans son étude (12) qui comparait la douleur avant la stimulation d'une zone gâchette et après stimulation.

1.1.6. Recours à l'APD

Dans notre étude nous retrouvons 93% des parturientes qui ont eu recours à l'APD, donc notre hypothèse, qui était que la méthode Bonapace diminue le nombre d'APD, est invalidée car la fréquence moyenne à la MRUN est de 89,93% en 2013 (sur les accouchements voie basse) et de 84,14% en 2012 (38). Cela montre un nombre important d'APD dans notre population qui peut s'expliquer par la proportion très élevée de primipares, qui n'est pas représentative de la population moyenne à la MRUN et également par le manque de données de notre étude.

Cependant, nous pouvons être satisfaits du moment auquel les patientes ont eu recours à l'APD qui est pour 74% en phase active c'est-à-dire après 4 cm, dont 13% entre 8 et 10 cm. En effet ce constat est concordant avec l'étude de Mlle Sa Net qui avait montré une majorité de pose d'APD entre 5 et 6 cm pour le groupe Bonapace contre une majorité entre 3 et 4 cm et aucune au-delà de 6cm pour le groupe témoin. Ces comparaisons doivent être modérées du fait de la différence de maternité dans laquelle les études ont été réalisées.

1.1.7. Impact de la méthode sur les extractions instrumentales

Notre hypothèse était que la méthode Bonapace limite la fréquence des accouchements instrumentalisés, cette hypothèse ne peut être entièrement validée et surtout généralisée. En effet, nous avons 19% de césarienne alors qu'à la MRUN le pourcentage est de 22,9% en 2013 et 21,8% en 2012 (38), ceci montre une légère diminution de la fréquence des césariennes mais ceci n'est pas significatif du fait du manque de données. De même nous n'avons que 10% d'accouchement voie basse instrumentalisé alors qu'à la MRUN la fréquence est de 17,9 % en 2013 et 18,4% en 2012 (38), ce qui montre une nette diminution par rapport au statistique de la maternité mais par manque de données nous ne pouvons pas généraliser. Nous constatons aussi que les deux parturientes n'ayant pas eu recours à l'APD ont eu un accouchement par voie basse simple mais ce constat ne peut être exploitable du fait du manque de données dans la catégorie accouchement sans péridurale.

1.1.8. Représentation de l'accouchement

Dans nos hypothèses nous émettions le fait que les femmes seraient satisfaites de leur accouchement quelque soit le mode d'accouchement. Cette hypothèse est validée car aucun couple n'est insatisfait ou très insatisfait alors que nous avons des femmes ayant eu une césarienne ou un accouchement assisté. Cela met en évidence le vécu positif de l'accouchement que J.Bonapace recherche afin de favoriser, d'un point de vue psychologique le postpartum.

De même nous supposons que les couples avaient réellement vécu cette naissance à deux, cette hypothèse est validée pour les mères car 29 d'entre-elles ont eu ce sentiment. Les 2 femmes n'ayant pas eu l'impression de vivre la naissance à deux, ont eu une césarienne et regrettent l'impossibilité d'être accompagnées au bloc opératoire par leur conjoint car elles se sont senties seules et abandonnées. L'hypothèse est également validée par les pères car tous ont su trouver leur place pendant le travail et l'accouchement.

1.2. Les limites de l'étude

Dans notre étude nous avons 32 couples ayant répondu aux questionnaires post séances et 31 couples en post accouchement. Ce nombre est équivalent aux études déjà réalisées mais semble insuffisant pour pouvoir généraliser nos résultats.

De même dans notre étude nous retrouvons un déséquilibre entre les primipares et les multipares, avec en plus un manque de données pour la catégorie « multipares », ce qui ne nous permet pas d'avoir des comparaisons significatives entre ces deux groupes par rapport à la durée du travail, la voie d'accouchement ou encore l'APD.

Il n'existe à l'heure actuelle que 2 études concernant l'impact de cette méthode sur la douleur et la participation du père, et une étude encore en cours qui tente de prouver ses effets sur la diminution des extractions instrumentales. De ce fait nous avons un manque d'éléments sur lesquels s'appuyer pour affirmer et comparer nos résultats. De plus notre étude ne compare pas deux groupes de population comme dans les études existantes mais réalise un état des lieux de la méthode à la MRUN ce qui entraîne une différence dans la comparaison des résultats.

Enfin, le manque de formation du personnel de SDN et du secteur anténatal entraîne un moins bon accompagnement des couples le jour de l'accouchement. Ceci

diffère des 2 études existantes qui ont été réalisées dans des centres où les sages-femmes étaient formées au moins pour soutenir les couples qui étaient plus ou moins autonomes. Cette nuance peut expliquer des différences de résultats quant aux pourcentages d'APD, aux outils utilisés et leurs efficacités.

1.3. Les biais de l'étude

Le premier biais de notre étude est le choix de cette PNP, en effet nous avons uniquement des couples ayant choisi cette PNP. Nous pouvons supposer que dans ces couples tous les pères désiraient s'investir dans la grossesse et l'accouchement donc nos résultats en ce qui concerne les attentes des couples peuvent s'avérer faussés. Nous pouvons également penser qu'ils partaient dans l'optique d'éviter l'APD par des moyens non pharmacologiques et donc leur état d'esprit n'était pas forcément le même qu'un couple pris au hasard dans la population. Ces éléments nous empêchent de généraliser nos résultats à la population générale, même si nous pouvons nuancer car cette méthode est accessible à tous et facile d'utilisation, de ce fait tous les couples accompagnés pourraient utiliser ces outils pour diminuer la douleur. Le seul facteur qui reste un réel biais est le désir de participation active du père.

Le deuxième biais est la perception de la douleur, en effet ceci est une évaluation subjective car le niveau de douleur évalué par une personne peut être très différent pour une autre personne face à la même douleur. Ainsi il faut interpréter l'EVA avec parcimonie même si dans notre étude cette douleur est comparée chez une seule personne à deux périodes différentes et donc diminue ce biais.

Le dernier biais est dû aux limites de notre étude, les comparaisons réalisées entre la parité et la durée du travail, la parité et l'APD, L'APD et la voie d'accouchement ne sont pas significatives et le manque de données dans certaines catégories est un biais important de nos résultats.

2. LES OUVERTURES DE L'ETUDE

2.1. Les différences entre les PNP

Grâce à nos questionnaires, nous avons mis en évidence des différences entre ce type de préparation de PNP et les PNP classiques ou autres dans lesquelles le père n'est pas toujours présent. Les mères ont insisté sur l'implication du père, le plaisir de se préparer à deux pour cet événement, l'utilité pour l'accouchement, les explications détaillées concernant l'accouchement et la douleur qui permet de diminuer l'appréhension à l'approche du « jour J ». Les pères soulignent déjà la présence des autres pères, le rôle actif qui leur est donné pour aider leur compagne et se préparer à la naissance par la connaissance du déroulement d'un accouchement.

2.2. Une méthode pour tous

A travers nos résultats, nous pouvons mettre en évidence que cette méthode est accessible à tous les couples pour plusieurs raisons : les horaires adaptés à tous les couples et surtout aux pères qui travaillent, une mise en pratique des outils pendant les séances du fait des groupes restreints, une facilité d'application le jour de l'accouchement avec 100% des couples de l'étude ayant utilisé des outils, et enfin un large choix d'outils pour soulager la douleur. De plus les couples ont très souvent choisi cette méthode pour la participation du père, ce qui montre une véritable demande de certains couples de se préparer ensemble à la naissance de leur enfant.

2.3. Différences liées à l'APD

Nous pouvons émettre des hypothèses quant aux différences dues à la péridurale sur le mode d'accouchement, car dans notre étude les deux patientes ayant accouchées sans APD ont eu un accouchement voie basse simple alors que dans la catégorie accouchement avec APD nous avons les 3 voies d'accouchement. Cette différence est intéressante à souligner mais nous manquons de données dans la catégorie sans APD pour affirmer que ce serait un facteur favorable pour éviter les extractions instrumentales comme aimerait le montrer l'étude de M-J Bédard à Montréal.(37)

Le grand nombre d'APD dans notre étude ne nous permet pas de voir l'impact sur la durée du travail, et de voir si une pose d'APD, seulement en phase active, permet de diminuer le temps de travail. Toutefois notre étude tend à dire que le temps de travail pour la moitié de l'échantillon est inférieur à 10h pour un échantillon ayant 29 primipares pour 3 multipares.

3. LES PROPOSITIONS D'AMELIORATION

3.1. Informations du contenu des séances

Dans notre étude nous avons mis en avant que les patientes sont informées en très grande majorité par les sages-femmes qui assurent leur suivi de grossesse ou par les sages-femmes qui inscrivent les patientes dans les groupes de PNP. Nous pouvons souligner que certains couples ont choisi cette méthode uniquement parce que c'était en couple et non pour les objectifs de cette technique qu'ils ne connaissaient pas, cela peut être dû à un manque d'explications. Il faudrait que le personnel qui inscrit les femmes dans les séances de PNP connaisse mieux le contenu afin de mieux orienter les patientes. De même au départ, cette PNP n'était pas inscrite sur le site internet de la maternité ce qui ne permettait pas de connaître cette PNP et son contenu exact.

3.2. Application de la méthode en SDN

La première amélioration que nous pourrions proposer en SDN porterait sur le matériel mis à disposition des couples. En effet pour favoriser certaines positions durant le travail, la présence d'un ballon par salle pourrait être envisageable, voire des galettes utilisables après la pose d'APD quand la femme est allongée, pour continuer à favoriser la mobilisation. L'utilisation facile des douches lorsque les femmes sont en pré-travail est un point très important, mais il semblerait que l'utilisation de la baignoire n'est pas facilement proposée alors qu'elle pourrait être très bénéfique pour des femmes qui ne désirent pas d'APD précocement dans le travail. Nous pourrions également envisager des huiles des massages disponibles pour les couples en SDN afin de leur permettre de mettre en application les outils et en même temps accélérer le travail comme cela se voit dans d'autres maternités. Ces petits moyens peu coûteux pourraient

aider les couples à atténuer la douleur de début de travail de manière non pharmacologique.

La deuxième amélioration serait au niveau de la formation du personnel de la SDN et du pré-travail, en effet les résultats ne pourraient qu'être améliorés avec un personnel sachant accompagner les couples dans le soulagement de la douleur non pharmacologique. En effet, J.Bonapace précise bien l'importance du soutien des couples malgré l'autonomie recherchée et donnée durant les séances. Une simple présentation de la méthode au personnel serait très bénéfique pour les couples préparés. En effet nous pourrions espérer atteindre les 50% de diminution de la douleur qu'obtient J. Bonapace dans son enquête par rapport à la population générale au lieu des 30% comme dans notre étude.

3.3. Nouvelles études

Lors de l'interprétation de certains de nos résultats, nous avons pu mettre en évidence un certain manque de données. En effet nous avons un échantillon de 32 couples à la fin des séances et de 31 couples après l'accouchement, de plus dans cet échantillon nous avons 29 primipares et seulement 3 multipares. Cette différence dans la population ne permet pas de faire des comparaisons entre les groupes. De même nous n'avons que deux femmes n'ayant pas pris d'APD, ceci limite également la possibilité de comparaison entre un groupe avec péridurale et un groupe sans péridurale.

Cela nous amène à penser qu'il serait pertinent, soit de prolonger l'étude afin d'avoir un échantillon plus important avec une répartition équitable dans les différents groupes, soit de recommencer à distance une autre étude. Ceci nous permettrait d'avoir des résultats plus représentatifs de la population et donc plus facilement extrapolables.

J. Bonapace continue ses recherches sur la méthode et assure une mise à jour des connaissances des formateurs régulièrement, c'est pourquoi cette méthode est en constante évolution. Ces éléments peuvent ainsi inciter à réévaluer à distance la méthode afin d'évaluer si les modifications apportées par J.Bonapace entraînent des changements sur l'application et l'efficacité de la méthode.

Conclusion

La naissance d'un enfant est un événement intense dans la vie d'un couple, la méthode Bonapace est une préparation à la naissance novatrice qui a pour objectif principal l'atténuation de la douleur et la participation active du père durant la grossesse et lors de l'accouchement.

L'étude réalisée auprès des couples ayant suivi cette préparation à la naissance et à la parentalité permet les conclusions suivantes :

Premièrement, les mères sont très satisfaites de leur accouchement quelque soit son déroulement, de leur capacité à gérer leur douleur, du soutien de leur conjoint et d'avoir réellement vécu cette naissance à deux. Les pères sont également très satisfaits d'avoir eu un rôle actif, d'avoir pu agir pour diminuer la douleur de leur compagne. Cette reconnaissance des pères par les mères mais aussi par eux-mêmes facilite les liens père-mère et père-mère-bébé, et donc la transition vers la parentalité que J.Bonapace recherchait.

Deuxièmement, la méthode Bonapace semble être efficace pour diminuer l'intensité de la douleur de 30% toutes parités confondues, et permettre de repousser le moment de la pose d'APD en phase active du travail, lorsque les méthodes non pharmacologiques ne suffisent plus et que l'APD a toute sa place.

Troisièmement, le manque d'accompagnement le jour de l'accouchement limite l'efficacité de la méthode et le bénéfice de tous les effets positifs de celle-ci.

Ces constats rejoignent ceux de J.Bonapace qui lui ont permis de créer cette méthode et de l'évaluer dans des maternités au Canada et de Mlle S.Net qui a évalué la méthode dans la maternité d'Epinal, en France. Ces constats sont encourageants car même si les conditions d'application de la méthode ne sont pas idéales, nous avons des résultats plutôt satisfaisants et cohérents avec nos attentes.

Toutefois les limites liées au manque de données de notre étude ne permettent pas de généraliser nos résultats à toutes les populations ayant suivi cette PNP. Il serait pertinent de refaire une étude avec un échantillon de couple plus important et une répartition équitable de la parité afin d'avoir des résultats plus représentatifs.

A l'heure de la discussion sur les maisons de naissance, et des accouchements physiologiques sans APD, il semble intéressant d'étudier toutes les alternatives naturelles et efficaces pour soulager la douleur obstétricale. L'intérêt que présente l'apport de ces pratiques dans notre métier paraît légitime afin de donner aux couples la possibilité de pratiquer cette méthode à tout moment du travail et de profiter pleinement de ces effets bénéfiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bonapace J. Accoucher en douceur, quand le père s'en mêle. Les dossiers de l'obstétrique. 2000 mai;(283):27–31.
2. Roy I. La méthode Bonapace , une approche non pharmacologique pour gérer la douleur de l'accouchement. Les dossiers de l'obstétrique. 2011 Mar;(402):14–6.
3. code de santé publique. Loi n°2004-806, article L4151-1 Sep 8, 2004.
4. HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. [cited 2012 Dec 14]. Available from:
http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
5. HAS. Recommandations, préparation à la naissance et à la parentalité, fiche synthèse novembre 2005. La revue sage-femme. 2006 mai;5(2):84–7.
6. Kolly-Weiss B. Préparation à la parentalité, une question de bon sens ou de compétence? Profession sage-femme. 2012 fevrier;(182):36–8.
7. Arcangeli MT, Pagot-Phorose E. Préparation à la naissance et à la parentalité. Traité d'obstétrique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2010. 91–4.
8. Association Sages-Femmes et Recherches. Chapitre 5 : Les préparations : étude de l'impact de la préparation à la naissance sur la grossesse et l'accouchement. Se préparer : à l'accouchement, à la naissance, à la parentalité. Paris (62 rue du Faubourg-Poissonnière, 75010): ELPEA; 2006; 308–11.
9. Reynes H. Les nouveaux horizons de la préparation à l'accouchement et à la naissance. Les dossiers de l'obstétrique. 2011 juin; (405):24–8.
10. Ip W-Y, SK Tang C, B Goggins W. an educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. Journal of clinical nursing. n°8 ed. 2009;2125–35.
11. Définition de la douleur. IASP : International Association for the Study of Pain.
12. Sa N. Papa avec maman et moi, un bébé à deux [mémoire]. [Ecole de sage-femme de NANCY]: de lorraine; 2005.
13. Thiebaugeorges o. La douleur d'accouchement et ses conséquences materno-foetales. Annales médicales de Nancy et de Lorraine. 1999;38(3):67–70.
14. Vial F. La douleur obstétricale. Ecole de sage femme de Nancy (3ème année); 2012.

15. Bonapace J. Comprendre la méthode bonapace. québec;
16. Melzack R, Wall P. Pain mechanisms: a new theory. *Science*. 1965 Nov 19;150(3699):971–9.
17. Chantry A., Boillot E, Dupont C. Efficacité et sécurité des méthodes alternatives à l’analgésie péridurale pendant le travail. *Revue de médecine périnatale*. 2012;(4):206–13.
18. Lidec F extrait de mémoire. 1950-2000 : la douleur de la parturition et sa prise en charge. *Les dossiers de l’obstétrique*. 2012 juillet;(417):6–9.
19. George J, Birman C. Cinquantième anniversaire de l’accouchement sans douleur. *Les dossiers de l’obstétrique*. 2003 Sep;(319):5–9.
20. Tourné C-E. La douleur de l’accouchement pour qui ? Pour quoi? (1^{ère} partie). *Les dossiers de l’obstétrique*. 2005 juillet;(340):8–10.
21. Bonapace J. Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace [Internet]. [cited 2012 Dec 17]. Available from: www.bonapace.com
22. Bonapace J, Nils C. Une approche graduelle pour le soulagement de la douleur obstétricale. *Les dossiers de l’obstétrique*. 2012 juin;(416):12–8.
23. Gasquet B de. *Bien-être et maternité*. Paris: A. Michel; 2009.
24. Flipo C. Les papas impliqués avec la méthode bonapace. *Tama*. 2011 aout;(6):20.
25. Bonapace J. *Du cœur au ventre: la méthode Bonapace de préparation à la naissance*. Rouyn-Noranda, Québec: Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue; 1997.
26. Bonapace J. La méthode bonapace, accoucher sans stress. *Enfanter le monde* [Internet]. québec; 2010. Available from: http://www.aspq.org/documents/file/26-11-10_10h20_bonapace_methode-bonapace_franreduite.pdf
27. Bloncheton D. Accouchement, zoom sur les méthodes antidouleur : la méthode bonapace “la préparation neuropsychologique”. *Psycho enfants*. (40):3–4.
28. Papin L. La méthode Bonapace, faire participer le père et diminuer la douleur. *Le médecin du Québec*. 1999 Mar;34(3).
29. Teissiere E, Suarez B. *Naître : de l’idéal de l’accouchement à la réalité de la naissance, la douleur*. Montpellier: Sauramps médical; 2008.
30. Roy I. Accoucher sans médicaments. *Enfants Québec*. 2011 Mar;33–4.
31. Faltot D, Jussenboven K. Le massage chinois ou digito-puncture. *Les dossiers de l’obstétrique*. 1999 Jan;(268):9–14.

32. Bouschbacher J-M. Place de l'accupuncture dans le traitement de la douleur de l'accouchement. Annales médicales de Nancy et de Lorraine. 1998;38(3):75–8.
33. Betts D. Accupressure, Favoriser un travail naturel et impliquer son partenaire [Internet]. accupressure. Available from:
<http://acupuncture.rhizome.net.nz/Downloads/Acupressure%20-%20French.pdf>
34. Bonapace J. Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace. Montréal: Éditions de l'Homme; 2009.
35. Lavigueur J. [CD-Rom] Accoucher en douceur avec la méthode Bonapace, José Lavigueur présente la méthode bonapace.
36. Bonapace J, Paul-Savoie E, Gaumont I, Marchand S. Evaluation of the Bonapace Method: A specific educational intervention to reduce pain during childbirth [Internet] [thèse]. [Rouyn-Noranda, Québec]: université du québec en Abitibi-témiscamingue; 1995. Available from:
<http://www.bonapace.com/fichiers/articledouleur.pdf>
37. Bédard M-J, Cyr M, Monnier P. Evaluation de l'impact d'une méthode innovante de préparation à l'accouchement (méthode Bonapace) sur les interventions médicales lors de l'accouchement [protocole de recherche]. [Montréal CHUM]: université de montréal; 2009.
38. DIM de la MRUN: département des informations médicales, consulté le 19/11/13.

Illustrations

14. Vial F. La douleur obstétricale. Ecole de sage femme de Nancy (3ème année); 2012.
39. Melzack R. Labour pain as a model of acute pain. Pain, 1993, 53, 117-120
 - Page de garde :
https://fr.123rf.com/photo_16200804_silhouette-d-39-un-couple-contexte-de-la-femme-enceinte-et-son-mari.html, consulté le 17 déc 2013
 - Annexe 1 :
 - Squelettes utilisés pour placer les points d'acupression :
<http://www.wesco-eshop.fr/27187020-poster-biface-le-squelette-et-le-crane.html>
 - Les positions d'accouchement:
Poster, positions for laboring out of bed

Références

- Van de poll M-T. Y-a-t-il encore une place pour les préparations à la naissance? Lesquelles? Les dossiers de l'obstétrique. 2001 Jan;(290):35–6.
- Bonhomme-Boterel S. La naissance d'un enfant peut-on s'y préparer à deux? Les dossiers de l'obstétrique. 2001 décembre;(300):14–6.
- Cel T. La préparation à l'accouchement. Les dossiers de l'obstétrique. 2011 Jan;(400):4–10.
- Benhamou d, Mercier f. Approche actuelle de la PEC de la douleur. Annales médicales de Nancy et de Lorraine. 1999;38(3):63–5.
- -Seccia A. les peurs de la grossesse et de l'accouchement; 1er volet. Les dossiers de l'obstétrique. 2011 Jan;(400):35–9.
- -Tchoungui elizabeth. J'ai peur d'avoir mal en accouchant. [Emission] les maternelles. france: france 5;
- Soulier G. Le massage prénatal. Les dossiers de l'obstétrique. 1987 Oct;(144):170–2.
- Fehrenbach L. Enceinte et en forme. VIGOT. 2008 : 66-75
- Faitg R. Prise en charge globale de la naissance. Profession sage-femme. 2006;(152):29–35.
- Bourque C. L'utilisation et l'enseignement de la méthode bonapace en périnatalité. quebec; 2008. Available from: <http://aeesicq.org/pdf/bonapace.pdf>
- Bonhomme-Boterel S. Un bébé à deux, la préparation à la naissance de la famille [Internet]. [cited 2012 Dec 17]. Available from: www.bebea2.com
- Champagne M, Verduyck J-C. Peut-on parler de couple enceint? Les dossiers de l'obstétrique. 2005 Sep;(341):26–9.
- Chapitre 3: la préparation des pères. Se préparer : à l'accouchement, à la naissance, à la parentalité. Paris (62 rue du Faubourg-Poissonnière, 75010): ELPEA; 2006. 208–14.
- Crué E. la présence du père à l'accouchement? Profession sage-femme. 1994 avril; (4):34.
- Girard L. Le père que peut-il nous apprendre? Les dossiers de l'obstétrique. 2008 mai;(371):21–7.

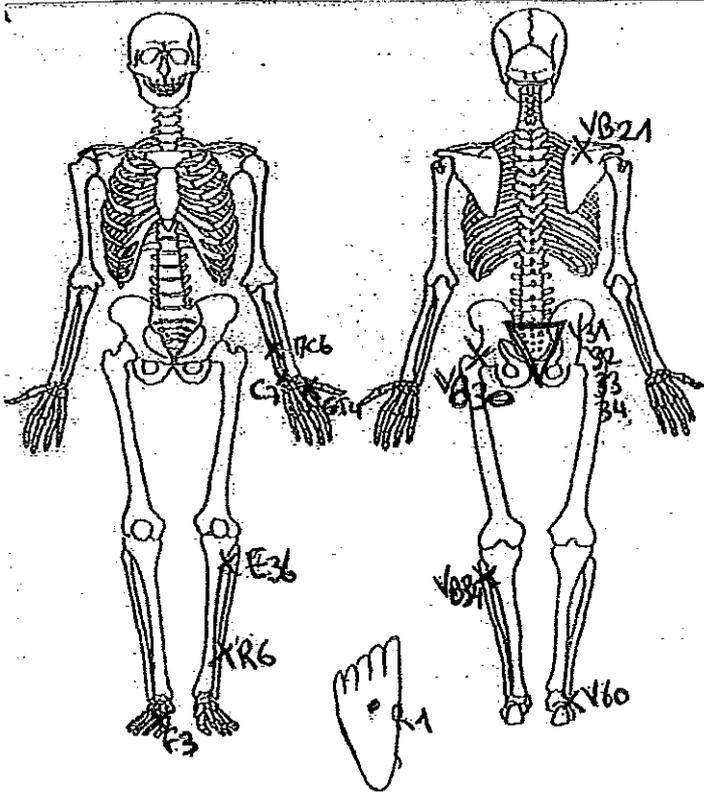
TABLE DES MATIERES

Sommaire	2
Préface	4
Introduction	5
Partie 1 : La Méthode Bonapace	7
1. La préparation à la naissance et à la parentalité	8
1.1. Les recommandations	8
1.2. La pratique de la PNP pour les couples	8
2. La douleur obstétricale	10
2.1. Physiologie et voies de la douleur	10
2.1.1. Etape périphérique	10
Douleur durant le premier stade du travail	10
Douleur durant le deuxième stade du travail	11
2.1.2. Etape centrale	12
2.2. La douleur de l'accouchement	12
2.3. Le soulagement de la douleur	13
2.3.1. Historique du soulagement de la douleur	13
3. La méthode bonapace	15
3.1. Origine de la méthode	15
3.2. Les principes de cette PNP	15
3.2.1. Les objectifs de la méthode	16
3.2.2. La reconnaissance	16
3.3. La stimulation non douloureuse	17
3.4. La stimulation douloureuse	18
3.4.1. Application des massages	19
3.5. Le conditionnement des centres supérieurs	19
3.5.1. Les respirations	20
3.5.2. L'imagerie mentale	20
3.5.3. La relaxation	21
3.6. La mobilisation	21
3.7. Résumé des trois mécanismes	22
3.8. Les études sur la méthode	22
4. La méthode en France	23
Partie 2 : Présentation de l'étude et des résultats	25
1. Schéma général de l'étude	26
1.1. Objectifs	26
1.2. Hypothèses	27
1.3. Population étudiée, échantillonnage	27
1.4. Description des données collectées	28
1.5. Déroulement de l'étude, calendrier et logistique	29
1.6. Aspects médico-légaux et réglementaires	30
2. Présentation des résultats	30
2.1. Résultats des questionnaires post séances	30

2.1.1.	La population	30
2.1.2.	Les expériences antérieures de PNP	31
2.1.3.	Découverte et choix de la méthode	31
2.1.4.	Point de vue des couples vis à vis de la PNP	33
2.2.	Résultats des questionnaires post accouchement	34
2.2.1.	Utilisation des outils pendant l'accouchement.....	34
2.2.2.	Présence du personnel de la SDN	37
2.2.3.	Soulagement de la douleur	37
2.2.4.	Soulagement par la prise d'APD.....	39
2.2.5.	Durée du travail.....	40
2.2.6.	Mode d'accouchement	41
2.2.7.	Evaluation des impressions de l'accouchement par les femmes.....	42
2.2.8.	Evaluation des impressions sur l'accouchement par les hommes.....	44
Partie 3 : Synthèse et analyse des résultats.....		46
1.	Analyse des résultats	47
1.1.	Discussion des résultats	47
1.1.1.	Les satisfactions du couples vis-à-vis de la méthode.....	47
1.1.2.	L'utilisation des outils à l'accouchement.....	48
1.1.3.	La méthode Bonapace en SDN	48
1.1.4.	Gestion de la douleur	49
1.1.5.	Perception de la douleur.....	49
1.1.6.	Recours à l'APD	50
1.1.7.	Impact de la méthode sur les extractions instrumentales.....	50
1.1.8.	Représentation de l'accouchement.....	51
1.2.	Les limites de l'étude	51
1.3.	Les biais de l'étude.....	52
2.	Les ouvertures de l'étude.....	53
2.1.	Les différences entre les PNP	53
2.2.	Une méthode pour tous	53
2.3.	Différences liées à l'APD.....	53
3.	Les propositions d'amélioration	54
3.1.	Informations du contenu des séances.....	54
3.2.	Application de la méthode en SDN.....	54
3.3.	Nouvelles études	55
Conclusion.....		56
Bibliographie		58
Annexe 1.....		I
Annexe 2.....		II
Annexe 3.....		III
Annexe 4.....		IV
Annexe 5.....		V
Annexe 6.....		VI

ANNEXE 1

ACUPRESSION



Rappel : Pressions douloureuses pendant les contractions
Massages doux entre les contractions

VB30 (piriforme) : Tension dans le bas du dos

Les points sacrés (V31-32-33-34) : Les plus importants pour soulager la douleur

VB21 : Fatigue, descente de bébé, favorise les 2 phases du travail, pendant l'allaitement

MC6 : Nausées, vomissements, anxiété, stress, faire une pression continue

C7 : Anxiété, stress, nervosité, impatience, concentration, préoccupations, équilibre émotionnel

GI4 : Régulariser les CU, soulager la douleur, colère, irritabilité, fatigue, descente de bébé

VB34 : Fatigue

E36 : Fatigue, redonner de la vitalité

Rate 6 : Travail long, difficile, dilatation cervicale, renforce les CU, tranchées utérines (post-partum)

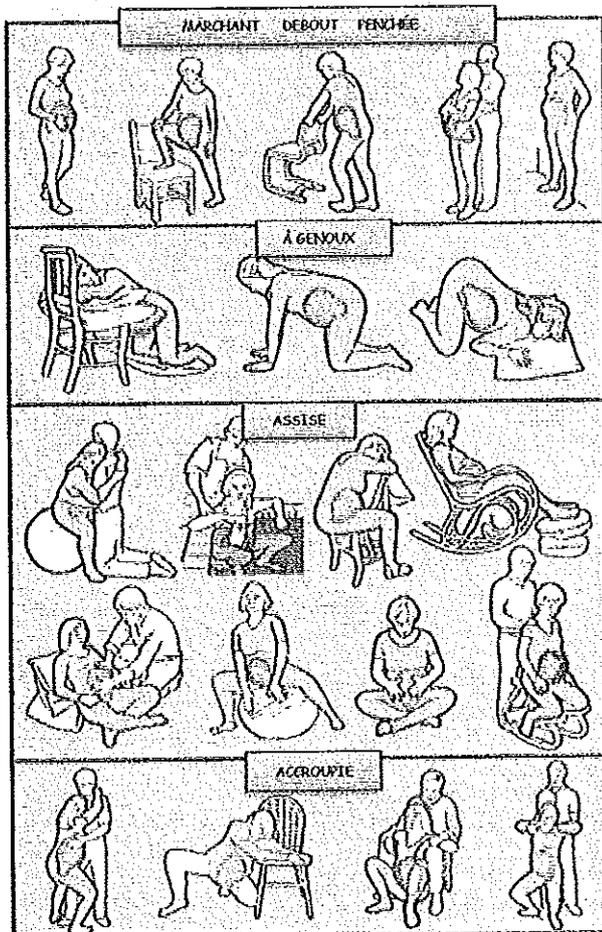
V60 : Soulage les douleurs intenses

F3 : Régulariser les CU et le travail, douleurs violentes, crampes aux jambes et aux mollets

R1 : Effets apaisants à tout moment du travail

V60 + R6 : Utiliser en simultané lorsque bébé est en position postérieure

LES POSITIONS PENDANT LE TRAVAIL



A retenir pour le travail

La verticalité accélère le travail.

La pesanteur facilite la descente du bébé.

La suspension libre le bassin et le périnée.

Le mouvement du bassin permet bébé au

un engagement optimal.

La décambreur permet à la tête du bébé de mieux passer.

L'ouverture du bassin est plus grande en position genoux ouverts.

S'allonger sur les dos ralentit le travail.

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE N°1 « POST SEANCES » POUR LES MERES

Participant n°

1. **Nombre d'enfants :**

2. **Age :**

3. **Nombre de séances suivies :**

4. **Si, vous avez déjà des enfants, aviez-vous suivi des préparations à la naissance pour les autres grossesses :**

Oui

Non

5. **Si oui, avez-vous vu des différences entre cette préparation et les autres :**

Oui

Non

Si oui, lesquelles :

6. **Comment avez-vous été informé de cette préparation en couple :**

Sage-femme Gynécologue Entourage Site internet Autres :

7. **L'information sur cette préparation vous a semblé :**

Très satisfaisante Satisfaisante Insatisfaisante Très insatisfaisante

Observations :

8. **Pourquoi avez-vous choisi ce type de méthode :**

Gestion de la douleur Participation du père Contact dans le couple
 Horaires des séances Contrôle de la respiration Autres :

9. **Vous êtes-vous sentie accompagnée par votre conjoint pendant les séances :**

Oui

Non

10. **Etes-vous prête à appliquer certains outils montrés pendant les séances :**

Oui

Non

Si oui, lesquels :

- Les positions Les massages doux Les massages douloureux
 La respiration La baignoire/douche La visualisation/imagerie mentale

11. Quel est votre niveau de satisfaction sur la préparation à la naissance en couple :

- Très satisfaisant Satisfaisant Insatisfaisant Très insatisfaisant

12. Votre satisfaction se porte sur :

- L'implication du père Le contact dans le couple Le soulagement de la douleur
 Autres :

Remarques :

ANNEXE 3

QUESTIONNAIRE N°1 « POST SEANCES » POUR LES PERES

Participant n°

1. Nombre d'enfants :

2. Age :

3. Nombre de séances suivies:

4. Si, vous avez déjà des enfants, avez-vous suivi des préparations à la naissance pour les autres grossesses :

Oui

Non

5. Si oui, avez-vous vu des différences entre cette préparation et les autres :

Oui

Non

Si oui, lesquelles :

6. Comment avez-vous été informé de cette préparation en couple :

Sage-femme Gynécologue Entourage Site internet Autres :

7. L'information sur cette préparation vous a semblé :

Très satisfaisante Satisfaisante Insatisfaisante Très insatisfaisante

Observations :

8. Pourquoi avez-vous choisi ce type de méthode :

Gestion de la douleur Participation du père Contact dans le couple
 Horaires des séances Contrôle de la respiration Autres :

9. Avez-vous eu le sentiment d'être impliqué et utile dans cette méthode en couple :

Oui

Non

10. Etes-vous prêt à mettre en place quelques outils pour accompagner votre femme :

Oui

Non

Si oui, lesquels :

- Les positions Les massages doux Les massages douloureux
 La respiration La baignoire/douche La visualisation/imagerie mentale

11. Quel est votre niveau de satisfaction sur la préparation à la naissance en couple :

- Très satisfaisant Satisfaisant Insatisfaisant Très insatisfaisant

12. Votre satisfaction se porte sur :

- L'implication du père Le contact dans le couple Le soulagement de la douleur
 Autres :

Remarques :

ANNEXE 4

QUESTIONNAIRE N°2 « APRES LA NAISSANCE » POUR LES MERES

Participant n°

1. Avez-vous mis en pratique certains outils de la méthode :

Oui Non

Si oui, lesquels :

- Les positions Les massages doux Les massages douloureux Le ballon
 La Baignoire/douche La respiration/relaxation La visualisation/imagerie mentale

2. Quels sont les points d'acu-pression que vous avez utilisés :

- VB30 (piriforme) GI4 F3 Rate6 C7
 V31-32-33-34 (trous sacrés) VB34 E36 Autres :

3. A quel(s) moment(s) avez-vous utilisé ces outils :

- A la maison En salle de pré-travail En salle d'accouchement

4. Le personnel de la salle de naissance connaissait-il cette méthode :

Oui Non

5. Le personnel vous a-t-il accompagné et aidé à appliquer certains outils :

Oui Non

Si oui, de quelle(s) manière(s) :

- Les positions Les massages doux Les massages douloureux La respiration
 Le ballon La baignoire La visualisation/imagerie mentale

6. Lors de l'utilisation des outils avez-vous constaté un soulagement de la douleur :

Oui Non

7. Pouvez- vous estimer votre douleur pendant le travail sur une échelle de 0 à 10 :

Sans utiliser les outils de la méthode :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ANNEXE 5

QUESTIONNAIRE N°2 « APRES LA NAISSANCE » POUR LES PERES

Participant n°

1. Avez-vous mis en pratique ou avez-vous pu aider à réaliser certains outils de la méthode :

Oui

Non

Si oui, lesquels :

Les positions Les massages doux Les massages douloureux Le ballon

La baignoire/douche La respiration/relaxation La visualisation/imagerie mentale

2. Quels sont les points d'acupuncture que vous avez utilisés :

VB30 (piriforme) GI4 F3 Rate6 C7

V31-32-33-34 (trous sacrés) VB34 E36 Autres :

3. A quel(s) moment(s) avez vous utilisé ces outils :

A la maison

En salle de pré-travail

En salle d'accouchement

4. Le personnel de la salle de naissance connaissait-il cette méthode :

Oui

Non

5. Le personnel vous a-t-il accompagné et aidé à appliquer certains outils :

Oui

Non

Si oui, de quelle(s) manière(s) :

Les positions Les massages doux Les massages douloureux La respiration

Le ballon La baignoire La visualisation/imagerie mentale

6. Lors de l'utilisation des outils avez-vous constaté un soulagement de la douleur de votre compagne:

Oui

Non

7. Vous êtes-vous senti compétent pour soulager votre compagne pendant le travail :

Oui

Non

8. Avez-vous eu le sentiment que votre compagne a appréciée votre soutien :

Oui

Non

9. Avez-vous trouvé votre place pendant le travail, eu le sentiment d'être impliqué :

Oui

Non

10. Quel est votre niveau de satisfaction vis à vis de cette méthode le « jour J » :

Très satisfaisant

Satisfaisant

Insatisfaisant

Très insatisfaisant

11. Conseillerez-vous, à l'avenir, cette préparation à la naissance :

Oui

Non

Remarques :

ANNEXE 6

<p style="text-align: center;">INVITATION A PARTICIPER A UNE ENQUETE POUR UN MEMOIRE DE FIN D'ETUDE DE SAGE-FEMME</p>
--

TITRE : La méthode Bonapace à la Maternité Régionale de Nancy

***Par Marine CALLET étudiante sage-femme, soutenue par Rose SORO sage-femme de
préparation à la naissance***

- L'accompagnement vers la naissance par la méthode Bonapace, mis en place depuis le début de l'année 2012 à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy, a déjà été évalué scientifiquement par Mme Julie BONAPACE au QUEBEC où cette méthode fait ses preuves depuis 20 ans.

- Je réalise mon étude sur cette technique de préparation à la naissance afin de mesurer la satisfaction et le ressenti des mères et des pères l'ayant suivie à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Votre participation à cette enquête permettra de mettre en évidence les points forts et les points faibles de cette préparation et ainsi peut-être l'améliorer pour un meilleur bien-être des couples.

- Si vous êtes intéressés pour participer, deux questionnaires anonymes vous seront remis. Le premier sera à remplir à l'issue des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ; je vous contacterai par téléphone après la naissance afin de compléter le second.

- Votre participation à cette enquête est entièrement libre, volontaire et, à tout moment, vous pouvez l'interrompre. Votre consentement par écrit est demandé.

Si vous souhaitez d'autres renseignements, vous pouvez me joindre :

Mlle CALLET Marine, tel : 06/85/78/40/12 ou courriel : marine.callet57@orange.fr
Ecole de sages-femmes, 10 rue du Dr Heydenreich 54042 NANCY ; tel : 03/83/34/43/22

Je vous remercie de votre coopération

CONSENTEMENT

Mme ou M a bien pris connaissance des informations concernant l'enquête pour le mémoire de Mlle CALLET Marine et accepte d'y participer en remplissant deux questionnaires anonymes.

Numéro de téléphone :

Naissance prévue le :

Fait à :

le :

Signature du participant :

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes A.Fruhinsholz

Mémoire de fin d'études de sage-femme de CALLET MARINE - Année 2014

Intérêts de la méthode Bonapace, lors des séances de PNP et de l'accouchement

Directeur de mémoire : GALLIOT Laurence sage-femme cadre enseignante

Experte : SORO Rose-Anne sage-femme

Résumé en Français

La méthode Bonapace est une PNP réalisée en couple, elle a débuté en 2012 à la MRUN et il nous a semblé intéressant de l'évaluer.

Objectifs : Mesurer la satisfaction des couples vis-à-vis de la méthode, évaluer son efficacité sur la diminution de la douleur obstétricale et enfin observer la possibilité d'application en salle d'accouchement à la MRUN.

Matériels et méthodes : L'étude a été réalisée sur 32 couples, ayant suivi cette PNP, par l'intermédiaire de questionnaires remplis à la fin des séances et après l'accouchement.

Résultats : Notre étude a mis en évidence la satisfaction des couples face au rôle actif des pères et au vécu de la naissance à deux, l'efficacité sur la diminution de la douleur des parturientes, avec une atténuation qui s'élève à 30% grâce aux outils. L'importance de l'accompagnement des couples en SDN pendant le travail a également été montrée.

Conclusion : Toutefois les limites liées au manque de données de notre étude ne permettent pas de généraliser nos résultats mais l'intérêt que présente cette pratique dans notre métier paraît légitime afin de donner aux couples la possibilité de pratiquer cette méthode.

Mots clés : Méthode Bonapace, PNP en couple, acupression, effleurage, imagerie mentale.

Summary in english

The Bonapace method is a PNP realized as a couple. It started in 2012 at the « MRUN » and it seemed interesting to us to evaluate this method.

Purpose: Measure the satisfaction of couples confronted to this method, evaluate its efficiency on decreasing obstetric pain and finally observe a possible application in the delivery room at the MRUN.

Materials and methods: The study was realised on 32 couples, who followed this PNP. We used questionnaires at the end of the session and after birth.

Results: Our study showed the satisfaction of couples considering the active part of the father in the delivery process and the feeling of being two people giving birth, the efficiency of decreasing the parturients pain, with an easing reaching 30%. The importance of supporting couples in « SDN » during labour has also been shown.

Conclusion: However, the missing data on our study doesn't allow us to generalize our results but the interest of this method in our job, seems legitimate so couples have the possibility to practice this method.

Keywords : Bonapace Method , preparation for birth and parenthood couple , acupressure, gate controle, mental imaging,