



HAL
open science

Les sages-femmes et la prise en charge de la douleur des parturientes en maisons de naissance en 2018-2019 en France : étude épidémiologique, observationnelle, qualitative, descriptive, multicentrique par entretiens semi-directifs auprès des sages-femmes exerçant en Maisons de naissance en France en 2018-2019

Ophélie Jacquél

► **To cite this version:**

Ophélie Jacquél. Les sages-femmes et la prise en charge de la douleur des parturientes en maisons de naissance en 2018-2019 en France : étude épidémiologique, observationnelle, qualitative, descriptive, multicentrique par entretiens semi-directifs auprès des sages-femmes exerçant en Maisons de naissance en France en 2018-2019. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-04342710

HAL Id: hal-04342710

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04342710v1>

Submitted on 13 Dec 2023

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

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



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 de METZ

**Les sages-femmes et la prise en charge de la douleur des
parturientes en maisons de naissance en 2018-2019 en
France.**

Etude épidémiologique, observationnelle, qualitative, descriptive,
multicentrique par entretiens semi-directifs auprès des sages-femmes
exerçant en Maisons de naissance en France en 2018-2019.

Mémoire présenté et soutenu par :

Ophélie JACQUEL

Née le 16 Février 1995

Directeur de mémoire : Emeline PEERS, Sage-Femme Enseignante

Expert de mémoire : Floriane STAUFFER OBRECHT, Sage-Femme

Promotion 2015 – 2019

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de METZ

**Les sages-femmes et la prise en charge de la douleur des
parturientes en maisons de naissance en 2018-2019 en
France.**

Etude épidémiologique, observationnelle, qualitative, descriptive,
multicentrique par entretiens semi-directifs auprès des sages-femmes
exerçant en maisons de naissance en France en 2018-2019.

Mémoire présenté et soutenu par :

Ophélie JACQUEL

Née le 16 Février 1995

Directeur de mémoire : Emeline PEERS, Sage-Femme Enseignante

Expert de mémoire : Floriane STAUFFER OBRECHT, Sage-Femme

Promotion 2015 – 2019

REMERCIEMENTS

Je souhaiterais remercier :

Mme Peers, ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité, sa patience et ses nombreux conseils.

Mme Stauffer Obrecht, mon expert de mémoire.

Les sages-femmes des maisons de naissance qui ont accepté de participer à mon étude et qui ont pris le temps de répondre à mes questions.

Ma famille, mes amis et mon copain, pour leur amour et leur soutien continu tout au long de mes études

SIGLAIRE

ARS : Agence Régionale de Santé

APD : anesthésie péridurale

ANSFL : association nationale des sages-femmes libérales

ASD : accouchement sans douleur

CU : contraction utérine

DPC : développement professionnel continu

DU : diplôme universitaire

EN : échelle numérique

EVA : échelle visuelle analogique

EVS : échelle verbale simple

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : hypertension artérielle

IM : intramusculaire

IV : intraveineux

MDN : maison de naissance

OMS : organisation mondiale de la santé

RCF : rythme cardiaque fœtal

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
PREMIERE PARTIE : CONTEXTE	10
1 LA DOULEUR EN OBSTETRIQUE :	11
1.1 DEFINITION :	11
1.2 PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DOULEUR :	11
1.3 EVALUATION DE LA DOULEUR :	12
1.3.1 Echelle Visuelle Analogique (EVA) :	13
1.3.2 Echelle Numérique (EN) :	13
1.3.3 Echelle Verbale Simple (EVS) :	14
1.4 PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN OBSTETRIQUE	14
1.4.1 Prise en charge médicamenteuse.....	14
1.4.2 Prise en charge non médicamenteuse :	16
2 MDN : UN NOUVEAU PROJET POUR UNE PRISE EN CHARGE MOINS MEDICALISEE :	19
2.1 LES SAGES-FEMMES SE MOBILISENT POUR HUMANISER LES ACCOUCHEMENTS :	19
2.2 DEFINITION DE LA MDN :	19
2.3 LE RÔLE DE LA SAGE-FEMME EN MDN :	20
DEUXIEME PARTIE : METHODE ET RESULTATS	21
1 MATERIELS ET METHODES :	22
1.1 PROBLEMATIQUE :	22
1.2 OBJECTIFS :	22
1.3 HYPOTHESES :	22
1.4 CRITERES DE JUGEMENT :	22
1.5 SCHEMA D'ETUDE :	23
1.5.1 Type d'étude :	23
1.5.2 Outils de l'enquête.....	23
1.5.3 Déroulement de l'étude :	23
1.5.4 Population étudiée :	24
1.6 ASPECT LOGISTIQUES :	24
1.6.1 Recueil et exploitation des données :	24
1.6.2 Aspects éthiques et réglementaires :	24
1.7 BIAIS, DIFFICULTES RENCONTREES :	24
2 PRESENTATION DES RESULTATS :	25
2.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION DE L'ETUDE :	25
2.1.1 Année d'obtention du diplôme :	25
2.1.2 Diplômes universitaires et formations	26

2.1.3	Parcours professionnel :	26
2.1.4	Pourquoi exercer en MDN :	27
2.2	NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS DANS LES MDN :	27
2.3	PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR :	28
2.3.1	Les moyens utilisés pour soulager la douleur	28
2.3.2	Préparation à la naissance	29
2.3.3	Satisfaction des parturientes :	30
2.4	PROFIL DES PARTURIENTES :	30
2.4.1	Motivations :	30
2.4.2	Projet de naissance :	31
2.4.3	Suivi des parturientes :	31
2.4.4	Parité :	31
2.4.5	Transfert :	31
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION.....		33
1 ANALYSE DES RESULTATS ET CONFRONTATION AVEC LES RECOMMANDATIONS ET LA REGLEMENTATION DES MDN		34
1.1	LES SAGES-FEMMES DE MDN :	34
1.1.1	Statut et organisation :	34
1.1.2	Parcours professionnel	35
1.1.3	Diplômes et formations complémentaires	36
1.1.4	Les limites de la prise en charge en MDN :	36
1.2	ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTES :	37
1.2.1	En Anténatal :	37
1.2.2	Prise en charge de la douleur :	39
2	DISCUSSION :	41
3	CRITIQUE DE LA METHODOLOGIE/DIFFICULTES RENCONTREES :	42
3.1	FAIBLESSES DE L'ETUDE :	42
3.2	FORCE DE L'ETUDE :	42
4	PROPOSITIONS :	43
CONCLUSION		44
ANNEXES		49
ANNEXE I : QUESTIONNAIRE DE MC GILL SUR LA DOULEUR.....		50
ANNEXE II : LEGISLATION CONCERNANT L'EXPERIMENTATION DES MAISONS DE NAISSANCES.....		51
ANNEXE III : GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECT		53
ANNEXE IV : RECOMMANDATION DE LA HAS « SUIVI ET ORIENTATION DES FEMMES ENCEINTES EN FONCTION DES SITUATIONS A RISQUE IDENTIFIEES »		55

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Depuis toujours, la douleur est au cœur de l'expérience de la naissance, ce moment si précieux dans la vie d'une femme. Dans la Genèse, déjà, il en est fait mention : « *Tu enfanteras dans la douleur* » [1]. Les femmes subissent depuis le poids de cette malédiction. Toutefois, est-ce vraiment une fatalité ?

Au dix-huitième siècle, l'apparition des premières anesthésies chimiques avec le protoxyde d'azote ou le chloroforme modifient cette vérité [2]. Puis l'apparition de l'anesthésie péridurale (APD) va se généraliser à presque toutes les naissances, à tel point qu'il est même difficile pour la plupart des femmes enceintes et même pour certains professionnels de la périnatalité d'imaginer une naissance sans.

Dans le milieu médical, souvent considéré comme dur et froid, la sage-femme est perçue comme un professionnel apportant une dimension humaine, affective, même intuitive précieuse à la future mère et à sa famille. Cependant, au cours de mes stages j'ai pu observer que les sages-femmes n'ont quasiment plus à se préoccuper de la douleur des femmes. Elles n'ont plus autant besoin d'être auprès de leurs patientes. Elles peuvent ainsi prendre en charge plusieurs parturientes à la fois.

Au fil des décennies, la naissance s'est transformée en un acte médical de plus en plus technique. Cependant, certaines femmes rejettent de plus en plus cette hyper-médicalisation de l'accouchement et expriment le souhait de retrouver des méthodes plus douces, plus respectueuses de la nature et de leurs singularités.

Devant la forte demande des usagers mais aussi des professionnels de la périnatalité, une expérimentation a été autorisée par la loi du 6 décembre 2013 et le décret du 30 juillet 2015 fixant les conditions de l'expérimentation des « Maisons de naissance »(MDN)[3]. Ce sont des structures autonomes qui, sous la responsabilité exclusive de sages-femmes, accueillent les femmes enceintes dans une approche personnalisée du suivi de grossesse jusqu'à leur accouchement, dès lors que celles-ci sont désireuses d'avoir un accouchement physiologique, moins médicalisé et qu'elles ne présentent aucun facteur de risque connu.

Or j'ai constaté pendant mes études, que certains professionnels exprimaient leur incompréhension face au souhait d'accoucher sans APD et qu'ils se sentaient démunis face à la douleur de ces parturientes. Avec l'arrivée des MDN en France, la sage-femme va pouvoir seule, s'occuper de ces patientes dans une autonomie totale. Comment vont-elles faire face aux demandes de leur patientes ?

La problématique a été la suivante : **En quoi les sages-femmes exerçant en MDN disposent-elles de moyens pour prendre en charge la douleur de leurs parturientes ?**

L'objectif principal de cette étude a été de faire un état des lieux sur la prise en charge de la douleur des parturientes dans un contexte de travail sans péridurale en MDN en 2018-2019 en France. Dans les objectifs secondaires ont été décrits, les méthodes utilisées pour soulager la douleur

des parturientes ainsi que leur efficacité. Ensuite, l'intérêt des diplômes universitaires (DU) et/ ou formations complémentaires pour la prise en charge de la douleur des parturientes en MDN a été recherché. Et enfin l'intérêt d'une préparation à la naissance et à la parentalité en amont de l'accouchement a été évalué.

Dans un premier temps, j'exposerai le cadre théorique de la douleur, des différentes modalités de prise en charge puis j'aborderais l'expérimentation des MDN. Dans un deuxième temps, je présenterai l'étude basée sur des entretiens semi-dirigés et menée auprès de sages-femmes exerçant en MDN en France pour identifier les différents moyens et méthodes utilisés dans la prise en charge de la douleur des parturientes. Enfin, dans la dernière partie, j'analyserai les résultats de l'étude et évaluerai le rôle des sages-femmes dans le projet des MDN. Ainsi, il sera possible de confirmer ou non les hypothèses émises en les confrontant aux données de la littérature.

PREMIERE PARTIE : CONTEXTE

1 LA DOULEUR EN OBSTETRIQUE :

1.1 DEFINITION :

La douleur selon l'International Association for the Study of Pain (IASP) se définit comme : « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes* » [4, 5]. La douleur est subjective puisqu'elle repose avant tout sur le ressenti du patient. Mais il s'agit aussi d'une notion personnelle intégrant un vécu, un environnement et une culture. Elle est donc difficile à quantifier et à qualifier. De plus, elle n'est pas systématiquement liée à une lésion, ce qui complexifie encore son étude.

La conception de la douleur de l'accouchement provient de l'héritage que nous ont transmis nos ancêtres. En effet, la naissance est chargée d'une grande symbolique : Dieu a dit à la femme (Genèse, verset 16) : « *Je multiplierai ta souffrance et ta plainte : tu enfanteras des fils dans la douleur, ton désir se portera vers ton mari, et lui te dominera* » [1].

Aujourd'hui, grâce à la médecine et aux avancées scientifiques, le rapport à la douleur s'est transformé avec l'évolution des mentalités et des sensibilités. La douleur de l'accouchement est expliquée par la physiologie, elle est ancrée dans le corps et non pas dans le psychisme. Même si certains facteurs influencent la douleur comme la peur ou l'histoire personnelle. C'est pourquoi, la prise en charge de la douleur en obstétrique doit non seulement soulager la douleur physique mais aussi prendre en compte la personnalité, les désirs et les besoins de la patiente.

1.2 PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DOULEUR :

La transmission douloureuse est un phénomène complexe impliquant des mécanismes physiopathologiques où trois étapes vont se succéder :

- Élaboration d'un influx nerveux douloureux au niveau d'un nocicepteur et transmission du message dans la fibre nerveuse périphérique.
- Relais et modulation de l'influx douloureux au niveau de la corne dorsale de la moelle épinière (transmission de l'influx, blocage ou amplification, convergence des différents influx).
- Intégration du message au niveau du cerveau qui le transforme en message conscient: sensation douloureuse avec une composante sensori-discriminative (intensité, localisation, durée du stimulus nociceptif), et une composante émotionnelle et affective désagréable [6, 7].

Il existe différents types de douleurs qui peuvent être distingués selon les mécanismes physiologiques mis en jeu :

- La douleur nociceptive (ou inflammatoire) : elle est due à une stimulation persistante et excessive des récepteurs périphériques de la douleur : les nocicepteurs. Ce sont les douleurs les plus répandues. Elles peuvent être aiguës ou chroniques. On les rencontre de façon courante (coups, brûlures, fractures...).
- La douleur neuropathique : elle est due à la destruction ou compression des nerfs ou des lésions du système nerveux central.
- la douleur psychogène : elle est vécue et ressentie comme toutes les autres, mais elle est générée par le psychisme. On ne retrouve pas de causes organiques mais un tableau de facteurs psychologiques pouvant expliquer les douleurs physiques [8, 9].

L'accouchement est défini par l'ensemble des événements qui concourent à la naissance d'un nouveau-né et à l'expulsion des annexes (membranes et placenta). La contraction utérine (CU) est la force motrice qui permet, au cours de l'accouchement, la dilatation du col utérin et la progression du mobile fœtal dans la filière génitale. Elle est principalement responsable des douleurs pendant le travail. Il faut également citer l'étirement et la distension de l'utérus et des tissus adjacents. La douleur de l'accouchement est une douleur nociceptive aiguë et somatique mettant en jeu des voies nerveuses périphériques spécifiques. Cette douleur est d'intensité variable. Augmentant progressivement pendant le travail, elle est maximale à l'expulsion. La douleur est transmise et perçue généralement dans le bas du ventre et bas du dos. Elle peut descendre jusque dans les cuisses ou encore être décrite comme une douleur osseuse au niveau du bassin [10, 11].

1.3 EVALUATION DE LA DOULEUR :

Le Docteur Melzack, psychologue de l'Université de McGill, a révolutionné l'étude et le traitement de la douleur au début des années 1960. Il a réalisé des travaux afin d'évaluer la douleur obstétricale et notamment la douleur de l'accouchement. Il a élaboré l'un des outils de mesure de la douleur parmi les plus puissants encore en usage aujourd'hui : le Questionnaire de McGill sur la douleur [Annexe I], qui permet aux patients de décrire avec précision le type de douleurs qu'ils ressentent et leur intensité. Ce questionnaire a été traduit en 20 langues et fait figure de référence dans le monde entier [12].

Il a utilisé cet outil sur les parturientes afin de mesurer leur douleur à différentes étapes de leur travail. Il a comparé la douleur de l'accouchement à d'autres symptômes cliniques en utilisant des adjectifs exprimant une intensité croissante. Il en est ressorti que les scores pour la douleur de l'accouchement sont élevés, tout en variant d'une femme à l'autre. En effet, elle est apparue comme sévère, ou extrêmement sévère, pour 60% des primipares et 45% des multipares, et comme horrible pour 25% des primipares [12]. De nombreux facteurs physiologiques et psychologiques ont pu faire varier l'intensité de la douleur comme la peur, l'anxiété, mais aussi la préparation à la naissance qui aurait diminué la douleur de 0 à 30% chez la primipare [13].

Les travaux du docteur Melzack ont également mis en évidence qu'une douleur mal gérée, trop forte a un effet néfaste sur le moral et la satisfaction des parturientes. Elle entrainerait un affaiblissement du système immunitaire, en effet la douleur aurait des conséquences immédiates [12] :

- D'une part sur la mère avec une augmentation du taux des hormones du stress. Ce qui provoquerait une hypertension artérielle (HTA), une tachycardie, une hyperventilation, une acidose métabolique, une diminution de la libération d'oxygène au fœtus ;
- D'autre part sur le fœtus avec une diminution du débit utéro placentaire et un risque de souffrance fœtale ;
- Par ailleurs, sur le déroulement du travail avec une possible dyscinésie du travail.

Elle aurait également des conséquences à long terme avec l'apparition de syndromes dépressifs et de troubles sexuels.

L'évaluation de la douleur est une étape essentielle avant la mise en œuvre d'un traitement antalgique. Cette évaluation dépend de la présence ou non d'un contact verbal avec le patient : auto-évaluation (échelles unidimensionnelles, questionnaires) ou hétéro-évaluation (échelles comportementales).

Il existe trois principales méthodes pour évaluer la douleur chez l'adulte.

1.3.1 Echelle Visuelle Analogique (EVA) :

C'est une échelle d'auto-évaluation. Elle est sensible, reproductible, fiable et validée aussi bien dans les situations de douleur aiguë que de douleur chronique. Elle doit être utilisée en priorité, lorsque c'est possible [14].

L'EVA se présente sous la forme d'une réglette, en plastique de dix centimètres, graduée en millimètres, qui peut être présentée au patient horizontalement ou verticalement. Sur la face présentée au patient, se trouve un curseur qu'il mobilise le long d'une ligne droite dont l'une des extrémités correspond à « *Absence de douleur* », et l'autre à « *Douleur maximale imaginable* ». La position du curseur mobilisé par le patient permet de lire l'intensité de la douleur, qui est mesurée en mm.

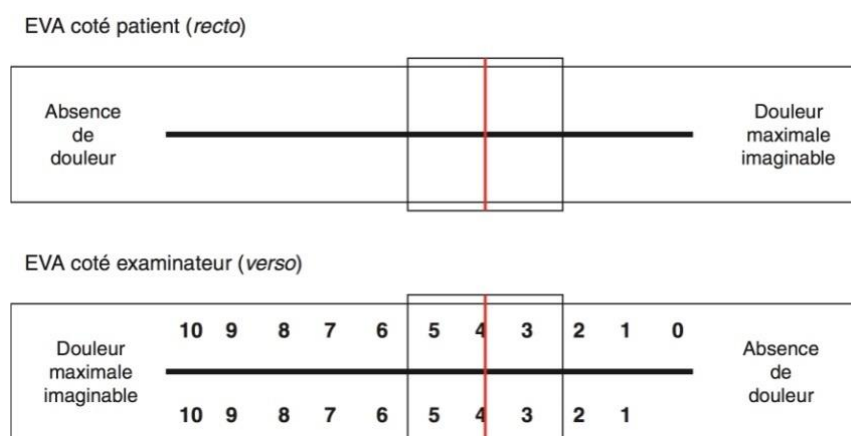


Figure 1 : Echelle visuelle analogique de la douleur. Disponible sur : <http://www.brainberry.fr/mesure-douleur/>

1.3.2 Echelle Numérique (EN) :

C'est une échelle d'auto-évaluation valable pour tout type de douleur. L'EN peut être présentée sous forme écrite ou orale.

Dans sa forme orale le soignant demande au patient d'évaluer l'intensité de la douleur au moment présent, sur une échelle virtuelle allant de zéro à dix, zéro étant l'absence de douleur et dix la douleur maximum imaginable. Les consignes doivent être claires et neutres.

Dans sa forme écrite, l'EN comprend onze chiffres alignés verticalement ou horizontalement, compris entre zéro (« *Douleur absente* »), et dix (« *Douleur maximale imaginable* »). Elle est présentée au patient, qui entoure ou désigne le chiffre correspondant à l'intensité de sa douleur.

L'échelle numérique est moins sensible et moins précise que l'EVA [15].

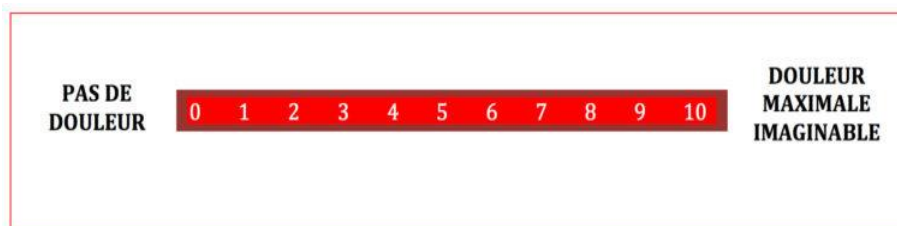


Figure 2 : Echelle numérique de la douleur. Disponible sur : <http://www.brainberry.fr/mesure-douleur/>

1.3.3 Echelle Verbale Simple (EVS) :

C'est une échelle d'auto-évaluation dite « *catégorielle* ». C'est une variante de L'EN.

L'EVS peut être présentée sous forme écrite ou orale. Dans sa forme orale, le soignant demande au patient de choisir, parmi les mots suivants, celui étant le plus approprié à sa douleur : « *pas de douleur* », « *douleur faible* », « *douleur modérée* », « *douleur intense* », « *douleur extrêmement intense* ». Dans sa forme écrite, le soignant présente au patient les qualificatifs, et celui-ci entoure ou désigne celui qui correspond à l'intensité de sa douleur [16].

Pour préciser l'importance de votre douleur répondez en entourant la réponse correcte pour chacun des 3 types de douleur :

Douleur Au moment présent	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur habituelle Depuis les 8 derniers jours	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense
Douleur la plus intense Depuis les huit derniers jours	0 absente	1 faible	2 modérée	3 intense	4 extrêmement intense

Figure 3 : Echelle verbale simplifiés (EVS). Disponible sur : <http://www.brainberry.fr/mesure-douleur/>

1.4 PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN OBSTETRIQUE

Depuis l'accouchement de la Reine Victoria réalisé sous chloroforme, l'histoire de l'analgésie obstétricale a connu de nombreux développements. Il faut, entre autres, mentionner son acceptation par les opinions publiques et l'adaptation des techniques anesthésiques aux impératifs de confort et de sécurité pour la mère et pour l'enfant.

1.4.1 Prise en charge médicamenteuse

- Par inhalation :

C'est l'administration de certaines concentrations de produits anesthésiques gazeux ou volatiles durant le travail, soit de façon isolée soit en complément d'un autre type d'anesthésie. Il est nécessaire de maintenir une surveillance de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque maternelle et fœtale.

Le protoxyde d'azote est une des alternatives à l'APD qui a été la plus étudiée. Il est délivré par un masque facial sous forme d'un mélange oxygène et azote (O₂ et N₂O). Son administration peut être intermittente ou continue. Son efficacité est plus importante s'il est administré en continu à forte concentration. Le N₂O traverse la barrière placentaire rapidement après le début de l'inhalation, il va être capté par les tissus fœtaux, on peut alors observer une dépression néonatale. Les effets des anesthésiques volatiles sur le fœtus dépendent de la dose administrée et de l'état fœtal. Cependant, l'élimination rapide du N₂O permet d'éviter une dépression respiratoire prolongée chez le nouveau-né [18, 19].

La technique habituelle consiste à débiter l'inhalation du protoxyde d'azote au moment où apparaissent les premières douleurs de la contraction et à interrompre l'inhalation au moment où la contraction atteint son intensité maximale. L'apparition de l'effet analgésique du N₂O apparaît à 45 secondes après le début de l'inhalation [18]. L'analgésie continue est surtout utilisée lors de la deuxième phase du travail, immédiatement avant la naissance lorsque les contractions utérines sont rapprochées. Cependant, une administration continue peut entraîner une hyperventilation maternelle et une somnolence. C'est pourquoi, en cas d'administration continue, les concentrations doivent être plus faibles. L'administration du protoxyde d'azote ne nécessite pas la présence d'un médecin anesthésiste. Cependant, on lui connaît plusieurs limites, notamment son manque d'efficacité attesté par la mesure de la douleur des parturientes grâce à l'échelle analogique pendant les CU, dû probablement au délai d'action du protoxyde d'azote qui reste long.

- Par voie parentérale :

On utilise des opiacés tels que la kétamine [18]. Ils traversent rapidement le placenta et peuvent induire une dépression néonatale dont l'intensité et la durée dépendent de la dose, de la voie d'administration et du délai séparant leur administration et la naissance. Ils sont peu efficaces pendant le travail, et présentent des effets secondaires maternels et fœtaux d'où la nécessité d'une surveillance cardiaque maternelle et de la tension artérielle ainsi qu'un enregistrement continu du Rythme Cardiaque Fœtal (RCF). Ils sont utilisés lorsque l'analgésie péridurale est contre indiquée ou indisponible.

Les benzodiazépines sont des tranquillisants qui agissent sur la composante émotionnelle et affective de la douleur, ils ont un effet sédatif et anxiolytique. Ils doivent être associés aux opiacés car leur effet est partiel. Leur élimination est lente chez le nouveau-né, ce qui peut entraîner une hypotonie musculaire [18].

La péthidine est un morphinomimétique agoniste pur. C'est un analgésique central de type morphinique [19]. C'est un des analgésiques morphiniques les plus fréquemment utilisés au cours du travail. Il peut être administré en intramusculaire (IM) (durée d'action de trois heures) ou en intraveineux (IV) (effet plus rapide mais moins long, trente minutes). Cependant son utilisation s'est réduite dans de nombreuses maternités du fait de sa faible efficacité et du risque de dépression respiratoire néonatale.

Le fentanyl est un analgésique opioïde qui agit sur les récepteurs morphiniques du cerveau. Il a un effet analgésique rapide (cinq minutes) et de courte durée d'action 45 minutes [19].

La nalbuphine est un opiacé, proche de la morphine, qui remplace avantageusement les morphiniques. Il est administré en IV ou en IM. C'est un analgésique satisfaisant sans effets secondaires majeurs chez le nouveau-né. Cependant il ne faut pas l'administrer sur un fœtus présentant une anomalie du rythme cardiaque fœtal. La nalbuphine peut aussi entraîner une somnolence maternelle [18, 19].

- Par voie péridurale :

C'est en 1901 qu'apparait l'analgésie péridurale. Il s'agit d'une technique d'anesthésie locorégionale qui est pratiquée par l'anesthésiste. Le principe est d'introduire un cathéter au sein de l'espace péridural et d'y injecter une solution anesthésique afin de bloquer la transmission nerveuse de la douleur [21, 22].

En France, il a fallu un certain temps avant que l'APD soit couramment utilisée. En effet, c'est au début des années 1980 qu'elle a été utilisée mais limitée à certaines indications médicales dont les césariennes [22]. Il a fallu attendre 1994 et le remboursement à 100% de cet acte pour que toutes les Françaises y aient accès [22]. Cette prise en charge complète par l'assurance maladie a été rendue possible grâce à Simone Veil. Cette femme ministre avait également œuvré pour la libération de la contraception et de l'avortement. Les femmes ont considéré cette avance comme une victoire. En effet, elles avaient la possibilité d'accéder à un droit fondamental : ne pas souffrir au moment de l'accouchement.

Aujourd'hui le recours à cette analgésie est presque devenu une norme en France. Cette utilisation massive à l'APD est mise en évidence dans les enquêtes périnatales successives. Ainsi, la dernière en date, publiée en 2016, montre que le recours à l'APD est passé de 78,9% à 82,2% entre 2010 et 2016 [23].

Cependant, l'utilisation de cette technique a éveillé bien des débats. Entre l'hyper-médicalisation de l'accouchement et la revendication de l'autonomie des femmes à faire valoir leur droit à disposer de leur corps et à prendre part aux décisions les concernant. On remarque, depuis quelques années, un désir de la part de ces femmes, d'un retour au « *tout naturel* » et de plus en plus de futures mères souhaiteraient ne pas avoir recours à la péridurale. En effet d'après la dernière enquête de périnatalité de 2016, 14,6 % des femmes ne souhaitaient pas d'analgésie péridurale [23].

1.4.2 Prise en charge non médicamenteuse :

D'après la dernière enquête de périnatalité de 2016, plus de 35 % des femmes ont rapporté avoir utilisé une méthode non médicamenteuse pour gérer la douleur durant le travail, seule ou en association avec une analgésie médicamenteuse, comme une APD. Ce pourcentage était de 14,3 % en 2010 [23].

- L'histoire de l'accouchement sans douleur (Dr Lamaze) :

Le docteur Fernand Lamaze, appliqua en 1951 la méthode d'accouchement sans douleur (ASD) ou accouchement psychoprophylactique [24]. Il s'inspirait des découvertes soviétiques du Docteur Pavlov qui considérait que la douleur d'un accouchement normal était le fruit de notre culture qui conditionne de manière réflexe un ressenti douloureux des contractions.

L'ASD consistait à expliquer aux futures mères, lors de cours collectifs, l'anatomie et la physiologie des organes sexuels féminins et le déroulement d'un accouchement. Les femmes apprenaient à réagir aux différentes étapes du travail avec des gestes et des comportements adaptés, notamment par la respiration. Cela devait les conduire à aborder leur accouchement sans peur, parce qu'elles savaient ce qu'elles avaient à faire pour ne pas souffrir. L'ASD permettait aux femmes de vivre lucidement ce moment capital.

Le docteur Lamaze a mis en œuvre cette méthode et ses premiers résultats montraient que 70 % des femmes ainsi préparées n'avaient pas ou peu souffert lors de l'accouchement [25].

L'ASD est un précurseur de ce qu'on appelle aujourd'hui les séances de préparation à la naissance. Ces séances sont remboursées par la sécurité sociale depuis juin 1956 [24, 25]. L'ASD a fait entrer les pères dans les salles de naissances alors qu'ils en avaient été, depuis toujours, exclus. Ils ont été invités à suivre leur femme y compris à certains cours de préparation à la naissance et à être aux côtés de leur compagne pour l'assister moralement au moment de l'accouchement. Ils ont ainsi pu occuper leur place au moment de la mise au monde de leur enfant.

- Mobilité et posture en cours de travail et pendant l'accouchement

Dans les années 1990, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié un guide pratique des soins liés à un accouchement normal. Il y est indiqué qu'« aucune donnée ne justifie d'encourager la position allongée sur le dos pendant le premier stade du travail. [...] les femmes peuvent adopter la position qu'elles désirent bien qu'il soit préférable d'éviter les périodes prolongées en position dorsale. Elles devraient être encouragées à essayer la position qui leur paraît la plus confortable et elles devraient être soutenues dans leur choix. Les accoucheurs/accoucheuses ont besoin d'une formation pour encadrer et mener à bien les accouchements des femmes ayant choisi des positions autres que la position dorsale afin de ne pas inhiber le choix de la position » [26].

En France, le Dr de Gasquet, médecin et professeur de yoga, est à l'origine de l'apparition du yoga prénatal en France. Elle fut une des premières à s'intéresser aux différentes positions d'accouchement afin de les faire concorder à la physiologie, aux besoins et aux demandes des futures mamans. Sa méthode qui associe l'approche corporelle, les savoirs traditionnels et la médecine moderne a fait l'objet de publications (livres, presse grand public). Elle est également très connue dans le domaine de la périnatalité puisqu'elle propose des formations pour favoriser la mobilité des parturientes ainsi qu'une grande variété de positions pour favoriser le travail et l'accouchement. Aujourd'hui, les sages-femmes du monde entier viennent se former dans son institut [27]. Grâce à la formation animée par le Dr De Gasquet, les sages-femmes peuvent proposer aux femmes enceintes de recourir à différentes postures au cours du travail : positions horizontales ou verticales, avec

l'utilisation d'outils tels que le ballon ou les suspensions. La mobilisation et le changement de position fréquents stimulent la progression du travail, facilitent la descente fœtale, diminuent la perception de la douleur et augmentent le confort de la parturiente [28].

- Acupuncture :

L'acupuncture fait partie de la médecine traditionnelle chinoise. C'est une médecine de prévention qui est complémentaire de notre médecine occidentale. Son but principal est de rétablir une bonne circulation de l'énergie « Qi », du sang, des liquides organiques et de l'esprit à travers les différents méridiens qui traversent le corps selon les grands principes régissant la médecine chinoise. C'est par la stimulation de points d'acupuncture précis, au moyen d'aiguilles stériles, très fines à usage unique, placées sur les méridiens que l'acupuncteur va essayer de rétablir l'équilibre énergétique y compris des organes correspondants [29, 30].

L'acupuncture a fait son apparition dans les salles de naissances en tant que méthode alternative pour soulager la douleur. Une étude publiée dans la revue Cochrane en 2006 a montré que l'utilisation de cette médecine traditionnelle avait un effet bénéfique dans la gestion de la douleur pendant le travail et que les parturientes qui en avaient bénéficié étaient plus relaxées [31].

La sage-femme peut pratiquer l'acupuncture sous réserve de détenir un DU d'acupuncture obstétricale seul diplôme d'acupuncture validé par le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [32]. Ainsi formée, et dans le strict respect de son champ légal de compétences, elle est autorisée à proposer à ses patientes cette alternative aux traitements médicamenteux pour prendre en charge leur douleur.

- L'hypnose :

L'hypnose naturellement trouve sa place en obstétrique : c'est un outil privilégié de gestion de la douleur.

L'hypnose permet au patient, outre l'amélioration de son confort physique, d'être réassuré, accompagné et soutenu afin de dépasser certaines phobies, échecs ou traumatismes, de réparer certaines failles et blessures. Cette technique simple, naturelle, qui ne nécessite aucun matériel particulier, peut être utilisée facilement (surtout quand il s'agit d'hypnose conversationnelle). Elle permet, par ailleurs, de donner plus d'autonomie, de confiance au patient en lui ouvrant l'accès à des ressources qu'il ignorait parfois complètement. Elle procure un confort tant pour les « soignés » que pour les « soignants ». En effet, l'hypnose est un outil de plus, à disposition des sages-femmes, pour accompagner le couple. C'est un moyen de communication qui va permettre d'intensifier la relation patient/soigné et d'installer une relation de qualité.

2 MDN : UN NOUVEAU PROJET POUR UNE PRISE EN CHARGE MOINS MEDICALISEE :

2.1 LES SAGES-FEMMES SE MOBILISENT POUR HUMANISER LES ACCOUCHEMENTS :

A la fin du 20^{ème} siècle, les techniques scientifiques et médicales évoluent. Les sages-femmes intègrent de plus en plus de gestes techniques dans leurs accompagnements. Les protocoles se sont progressivement multipliés. Ils visent à rationaliser les prises en charges.

Aujourd'hui, 99% des accouchements ont lieu à l'hôpital et plus de 80% sous APD [33]. Pourtant certaines accouchées se sentent dépossédées de leur accouchement et expriment leur insatisfaction. Elles sont de plus en plus nombreuses à souhaiter pouvoir mettre au monde leur enfant de manière naturelle.

Parallèlement, les sages-femmes manifestent contre cette « *déshumanisation* » de la naissance où la rentabilité et l'efficacité sont devenues prépondérantes au détriment de l'affect, de l'émotion et parfois même de la bienveillance.

C'est ce double constat qui a abouti à la mise en place de l'expérimentation des MDN.

2.2 DEFINITION DE LA MDN :

Le plan périnatalité de 2005-2007 définit la MDN comme étant « *le lieu d'accueil de femmes enceintes, du début de leur grossesse jusqu'à leur accouchement, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes, dès lors que celui-ci se présente comme a priori normal* » et propose leur expérimentation. [34]

Dans le cadre de l'expérimentation proposé par le Plan périnatalité, un projet de plateforme commune a été soumis en avril 2006 au Collectif inter-associatif autour de la naissance (CIANE) par le Collectif MDN qui a redéfini la MDN, à travers trois composantes caractéristiques : [35]

- Les sages-femmes en tant que professionnelles autonomes en assurent le fonctionnement et l'entière responsabilité médicale, conformément à leurs compétences légalement reconnues ;
- L'accompagnement y est global : c'est-à-dire qu'il associe une femme (un couple) et une sage-femme (parfois deux) du début de la grossesse à la fin du post-partum.
- La structure « *maison de naissances* » est physiquement, juridiquement et administrativement différenciée de sa maternité partenaire. Elle peut se situer en son sein ou à proximité, dès lors que le transfert des femmes peut se faire dans des délais compatibles avec l'urgence [Annexe II].

L'expérimentation des MDN en France a été rendue possible grâce à la loi du 6 décembre 2013 et au décret du 30 juillet 2015 fixant les conditions de l'expérimentation [36]. Afin de garantir une prise en charge optimale et sécurisée des femmes et des nouveau-nés, la Haute Autorité de Santé (HAS) a participé à la mise en œuvre de cette expérimentation en publiant en septembre 2014 un cahier des charges définissant le cadre des futures MDN.

Ces structures autonomes sont subventionnées par le Ministère de la Santé via l'Agence Régionale de Santé (ARS). Elles sont sous la responsabilité exclusive des sages-femmes. L'enjeu

pour les femmes est de se voir proposer une offre de soins diversifiée pour l'accouchement et, pour celles qui le souhaitent, de bénéficier de structures moins médicalisées.

2.3 LE RÔLE DE LA SAGE-FEMME EN MDN :

L'objectif des MDN est de proposer aux femmes enceintes une prise en charge globale tout au long de la grossesse (de l'anténatal au postnatal) dans le respect de la physiologie et qui repose sur le principe « *une femme/une sage-femme* ».

L'accompagnement global est défini par l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) en 2002 :« *Un seul praticien, la sage-femme libérale, assure la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, propose des séances de préparation à la naissance, surveille et est responsable de l'accouchement, de la naissance, effectue les soins postnataux de la mère et de l'enfant* ». Les sages-femmes vont, en autonomie, prendre en charge chacune des patientes qui souhaitent accoucher en MDN. Les sages-femmes vont s'occuper du suivi de grossesse en assurant le bien-être maternel et fœtal et en dépistant les éventuelles pathologies et situations de vulnérabilité. Puis elles vont organiser des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Elles vont préparer la patiente à accueillir son futur enfant dans les meilleures conditions. Elles vont l'écouter, et prendre en compte ses envies et ses besoins.

L'expérimentation des MDN va permettre aux sages-femmes de revaloriser leur profession. Elles vont pouvoir prendre plus de responsabilité de manière totalement autonome et utiliser l'ensemble de leur champ de compétence au service des parturientes.

DEUXIEME PARTIE : METHODE ET RESULTATS

1 MATERIELS ET METHODES :

1.1 PROBLEMATIQUE :

La problématique de l'étude a été la suivante : **en quoi les sages-femmes exerçant en MDN disposent-elles de moyens pour prendre en charge la douleur de leurs parturientes ?**

1.2 OBJECTIFS :

L'objectif principal de cette étude a été de **faire un état des lieux sur la prise en charge de la douleur des parturientes dans un contexte de travail sans analgésie péridurale en MDN en 2018-2019 en France.**

Les objectifs secondaires ont été :

- De décrire les méthodes utilisées pour soulager la douleur des parturientes ainsi que leur efficacité.
- D'évaluer la satisfaction des parturientes sur la prise en charge de leur douleur par les sages-femmes en MDN
- De déterminer l'intérêt des diplômes universitaires (DU) et/ou formations complémentaires sur la prise en charge de la douleur des parturientes en MDN.

1.3 HYPOTHESES :

La réponse à la problématique a pu être envisagée selon trois hypothèses :

- Hypothèse 1 : les sages-femmes des MDN ont proposé une préparation particulière à leurs patientes.
- Hypothèse 2 : Les sages-femmes les MDN ont proposé plusieurs méthodes pour soulager la douleur de leurs parturientes.
- Hypothèse 3 : Les sages-femmes exerçant en MDN ont suivi une formation continue afin de prendre en charge la douleur des parturientes pendant le travail.

1.4 CRITERES DE JUGEMENT :

Le critère de jugement principal correspond aux différents types de méthodes proposées par les sages-femmes des MDN pour soulager les douleurs des parturientes.

Les critères de jugements secondaires ont été les suivant :

- Nombre de méthodes de prise en charge de la douleur proposées par les sages-femmes.
- Nombre de sages-femmes titulaires d'un DU ou ayant suivi une formation complémentaire.
- Nombre de sages-femmes souhaitant suivre une formation ou un DU afin de prendre en charge la douleur des parturientes en maison de naissance.
- Taux de sages-femmes évaluant la douleur de leur patiente.
- Type de préparation proposée par les sages-femmes en MDN.

1.5 SCHEMA D'ETUDE :

1.5.1 Type d'étude :

Il s'est agi d'une étude épidémiologique, observationnelle, qualitative, descriptive, multicentrique par entretiens semi-directifs auprès des sages-femmes exerçant en MDN en France en 2018-2019.

1.5.2 Outils de l'enquête

Afin de tester mes hypothèses, j'ai réalisé des entretiens semi-dirigés auprès de sages-femmes travaillant en MDN en France.

J'ai élaboré un guide d'entretien composé de questions principales et de relances, afin de recueillir les informations nécessaires à l'étude. Ce guide est disponible en Annexe III.

Lors de cet entretien, j'ai voulu aborder quatre thèmes permettant de répondre à la problématique. Les thèmes explorés ont été :

- La prise en charge de la douleur : l'intérêt a été de lister les différentes méthodes utilisées par les sages-femmes pour soulager leur patiente, mais également savoir ce que signifiait pour elles cette « *prise en charge* ». L'évaluation de la satisfaction des parturientes a également été évaluée.
- Les caractéristiques des parturientes : l'intérêt était de connaître la motivation des femmes qui souhaitaient accoucher en MDN, et également de savoir si elles avaient rédigé un projet de naissance.
- Le parcours professionnel des sages-femmes interrogées. : l'intérêt a été de savoir si elles avaient ou non des diplômes universitaires ou formations complémentaires leur permettant de prendre en charge la douleur des parturientes. Enfin, elles ont expliqué les motivations les ayant guidées à exercer en MDN.

Afin d'améliorer le guide d'entretien, je l'ai testé auprès de 3 sages-femmes et 10 étudiants sages-femmes avant de débiter l'étude. Les réponses de cette phase de test ont été exclues de l'étude.

L'entretien devait durer entre 30 minutes et une heure. Cette estimation a été conforme à la durée réelle des entretiens.

1.5.3 Déroulement de l'étude :

J'ai contacté les sages-femmes par mail ou par l'intermédiaire du site internet dédié à la MDN où elles exerçaient.

J'ai finalement pu réaliser sept entretiens semi-directifs téléphoniques auprès de sages-femmes exerçant dans quatre MDN en France. Afin de préserver leur anonymat, les établissements ont été, eux aussi, anonymisés. Ils ont été dénommés, dans cette étude, MDN A, B, C et D.

J'ai utilisé un dictaphone numérique afin d'enregistrer mes entretiens téléphoniques puis je les ai intégralement retranscrits avec le logiciel de traitement de texte de la suite Microsoft Office : Microsoft Word.

1.5.4 Population étudiée :

Les sages-femmes travaillant en MDN en France en 2018-2019 ont été incluses dans l'étude.

Les sages-femmes ne travaillant pas en MDN, et les sages-femmes travaillant en MDN hors de France n'ont pas été incluses dans l'étude.

Les sages-femmes exerçant en MDN ne souhaitant plus participer à l'étude ont été exclues de l'étude.

1.6 ASPECT LOGISTIQUES :

1.6.1 Recueil et exploitation des données :

J'ai contacté les sages-femmes de la MDN D par mail une première fois en décembre 2018, malgré les relances en janvier je n'ai eu qu'une seule réponse. J'ai donc décidé en Février 2019 d'élargir mon étude et j'ai contacté les sages-femmes des MDN A, B et C. J'ai eu par la suite six autres réponses favorables.

J'ai réalisé mes entretiens auprès des sages-femmes ayant accepté de participer à l'étude :

- Les 19/03/2019 et 25/03/2019 pour la MDN A.
- Le 18/03/2019 pour la MDN B.
- Les 27/03/2019 et 15/04/2019 pour la MDN C.
- Et le 22/03/2019 pour la MDN D.

Tous les entretiens ont été retranscrits immédiatement après l'appel téléphonique puis ils ont été analysés courant avril.

1.6.2 Aspects éthiques et réglementaires :

Les participants à l'étude ont répondu sur la base du volontariat.

Les informations ont été recueillies de manière anonyme et ont été détruites après analyse et publication des résultats.

1.7 BIAIS, DIFFICULTES RENCONTREES :

Initialement, l'étude devait être un état des lieux de la prise en charge de la douleur par les sages-femmes exerçant au sein de la MDN D.

Or, une seule sage-femme a répondu à ma demande. Alors, pour augmenter la puissance de mon étude, j'ai fait le choix de modifier les critères d'inclusion et de sélectionner toutes les sages-femmes exerçant dans une MDN en France en 2018-2019.

Alors, étant donné l'éloignement géographique avec la plupart des sages-femmes participant à l'étude, j'ai préféré réaliser les entretiens par téléphone plutôt que de procéder à des entretiens en face à face. Ainsi, toutes les sages-femmes se sont trouvées dans les mêmes conditions. J'ai ainsi évité d'introduire un biais dans mon étude. En effet, la présence physique de l'interviewer aurait pu induire un changement de réponses.

Le nombre de sujets nécessaires avait été fixé à dix afin d'assurer une bonne représentativité et significativité des réponses et donc une puissance suffisante à l'étude. J'ai donc contacté : six sages-femmes travaillant dans la MDN A, quatre de la MDN B, trois de la MDN C et trois de la MDN D.

Toutefois, suite à la première prise de contact, seules trois sages-femmes ont participé à l'étude. Alors, afin d'atteindre l'objectif et d'augmenter le taux de participation, j'ai procédé à deux relances par mail en février et mars 2019. Ainsi, j'ai pu réaliser quatre autres entretiens téléphoniques.

Tous les entretiens réalisés ont été exploitables.

J'ai finalement pu interroger sept sages-femmes sur les seize sélectionnées (taux de participation de 44%).

Toutefois, malgré le faible effectif, j'ai pu atteindre l'effet seuil puisque les réponses des sages-femmes recueillies lors des derniers entretiens n'apportaient pas vraiment d'éléments nouveaux par rapport aux réponses précédemment obtenues.

De plus, les réponses étaient riches et leur analyse a permis d'obtenir des résultats exploitables.

2 PRESENTATION DES RESULTATS :

2.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION DE L'ETUDE :

Pour cette étude, sept entretiens ont été réalisés au sein de quatre MDN en France. Deux entretiens ont été réalisés auprès des sages-femmes de la MDN A, une de la MDN B, trois de la MDN C et un de la MDN D. La population est uniquement composée de femmes.

2.1.1 Année d'obtention du diplôme :

Les sages-femmes interrogées ont été diplômées entre 1992 et 2016.

Une sage-femme a été diplômée en 1992, une en 1998, une en 2001, une en 2010, deux en 2014 et une en 2016.

2.1.2 Diplômes universitaires et formations

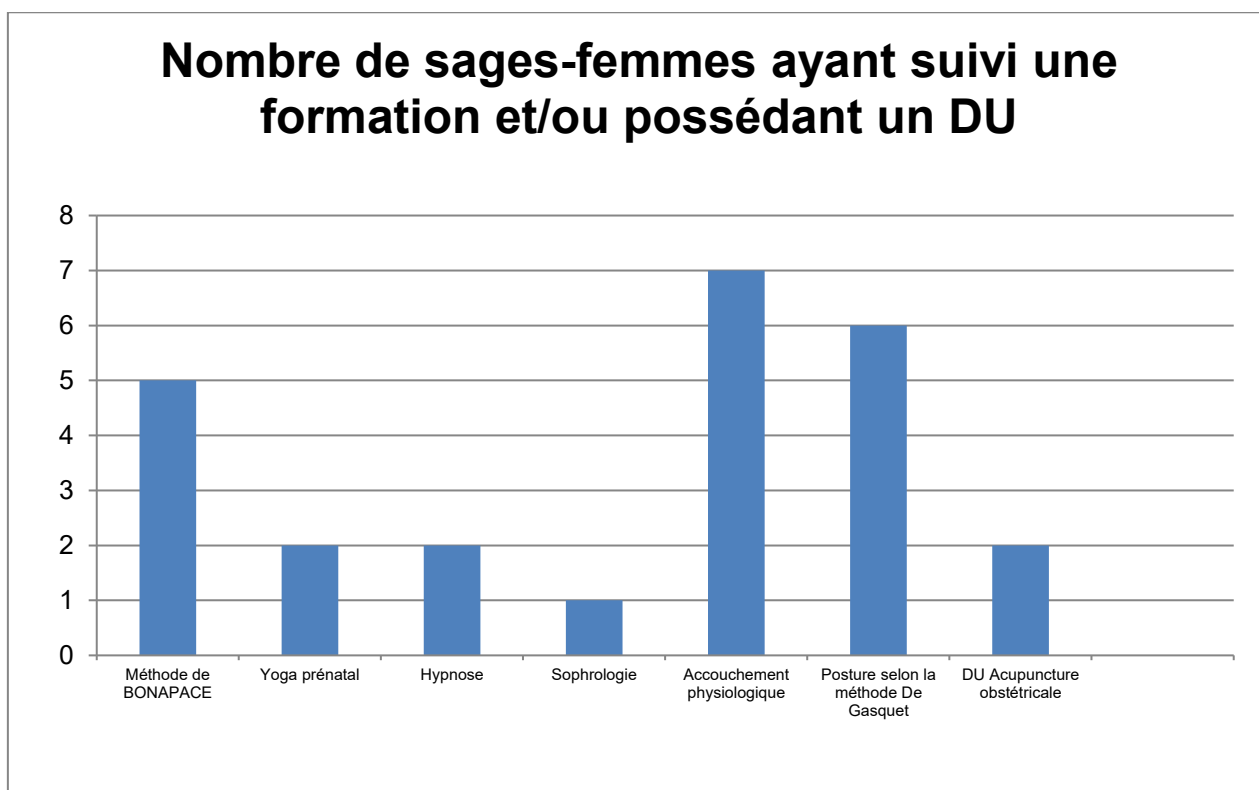


Figure 4 : nombre de sages-femmes possédant une formation complémentaire et/ou un DIU – Etude « *Les sages-femmes et la prise en charge de la douleur des parturientes en maisons de naissances en 2018-2019 en France* ».

Une minorité de sage-femme, soit deux sur sept, a déclaré posséder le Diplôme Universitaire (DU) d'acupuncture obstétricale.

Puis on retrouve les formations suivantes :

- Cinq sages-femmes ont suivi la formation à la méthode de Bonapace.
- Deux sages-femmes ont suivi la formation yoga prénatal.
- Deux sages-femmes ont suivi la formation hypnose qui s'est déroulée sur deux ans.
- Une sage-femme a suivi la formation sophrologie.
- Sept sages-femmes ont suivi la formation sur l'accouchement physiologique.
- Six sages-femmes ont suivi la formation sur les postures selon la méthode De Gasquet.

Les sages-femmes ont affirmé qu'elles utilisent les compétences acquises lors de ces formations complémentaires et de leur exercice professionnel pour préparer et accompagner l'accouchement de leurs patientes.

2.1.3 Parcours professionnel :

Sur les sept sages-femmes interrogées, quatre ont directement débuté par des remplacements dans un cabinet libéral.

Trois ont travaillé en plateau technique avant de rejoindre la MDN à son ouverture.

Les trois dernières ont travaillé dans des structures hospitalières avant de rejoindre la MDN.

2.1.4 Pourquoi exercer en MDN :

Toutes les sages-femmes interrogées ont parlé d'un « *idéal de métier* », de « *se retrouver dans sa pratique* », d'un « *aboutissement de tout un projet de vie professionnelle* », de quelque chose « *d'intuitif* » mais aussi d'une « *volonté d'exercer toutes les facettes du métier, une volonté de suivi global, de connaître les femmes, les accompagner au plus près de leur projet* ».

Pour l'une d'entre elle, travailler en MDN a correspondu à « *un bel espace d'autonomie* », elle a même comparé la MDN avec le plateau technique qu'elle considère comme « *une structure médicalisée, avec un stress contagieux* », elle préfère « *le cadre sympathique de la maison de naissance* ».

Une sage-femme a expliqué que le fait d'être, légalement, obligée d'être deux sages-femmes par naissance, a constitué pour elle « *une vraie richesse dans le partage d'expérience* », ce qu'elle a trouvé très motivant.

2.2 NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS DANS LES MDN :

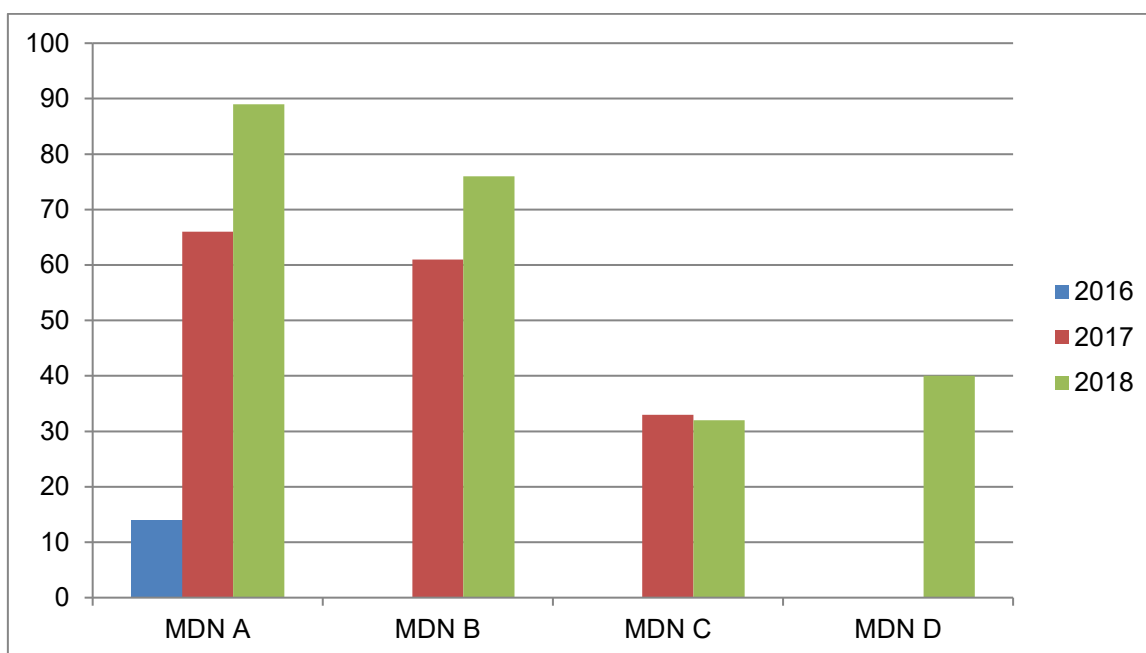


Figure 5 : Nombre d'accouchements dans les maisons de naissance A, B, C et D en 2016, 2017 et 2018 – Etude « *Les sages-femmes et la prise en charge de la douleur des parturientes en maisons de naissances en 2018-2019 en France* ».

Dans la MDN A, il y a eu :

- A partir d'octobre 2016 (date d'ouverture de la MDN) : 14 accouchements.
- En 2017 : 66 accouchements.
- En 2018 : 89 accouchements.

Dans la MDN B, il y a eu :

- A partir de février 2017 (date d'ouverture de la MDN) : 61 accouchements,

- En 2018 : 76 accouchements.

Dans la MDN C, il y a eu :

- A partir de mars 2017 (Date d'ouverture de la MDN) : 33 accouchements.
- En 2018 : 32 accouchements.

Dans la MDN D, il y a eu 40 accouchements en 2018.

2.3 PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR :

Lors de mes entretiens téléphoniques, j'ai demandé aux sages-femmes ce qu'a évoqué pour elles l'expression « *prise en charge de la douleur lors d'un accouchement* ». Elles ont toutes nuancé ce mot de « *prise en charge* » par « *accompagnement* ». Pour trois sages-femmes, « *prendre en charge* » une douleur, « *dépossède* » la femme de quelque chose.

Une sage-femme de la MDN A a spontanément répondu « *Péridurale* ». Pour elle, cette analgésie a été le moyen principal pour soulager totalement la douleur lors d'un accouchement. Cependant, elle a considéré qu'on ne devrait pas « *prendre en charge* » la douleur d'une femme qui accouche, pour elle cela a été comme « *lutter contre quelque chose qui n'est pas forcément à éradiquer absolument* ».

2.3.1 Les moyens utilisés pour soulager la douleur

Pour six sages-femmes sur sept, le point le plus important pour soulager la douleur des parturientes, a été leur « *présence à la demande* ». Une sage-femme de la MDN C a parlé de « *soutien continu* ». Selon elle, la patiente a eu besoin de quelqu'un qui « *l'encourage* ».

Une sage-femme de la MDN A a dit « *c'est un soulagement pour les femmes d'arriver à la maison de naissance et de savoir qu'elles ne vont pas être seule pendant leurs contractions et surtout de connaître la sage-femme qui va l'accompagner* ».

Deux sages-femmes de la MDN A ont évoqué l'environnement et l'ambiance. L'une d'elle a déclaré qu'il a été important « *d'être accueilli dans un environnement qu'elles avaient choisi* ». Cela a permis à la parturiente de se sentir « *en sécurité et en confiance* ».

Toutes les sages-femmes ont évoqué l'importance de laisser la liberté de mouvement aux parturientes. Ainsi, les sages-femmes des différentes MDN ont proposé aux parturientes des postures variées qu'elles ont adaptées en fonction « *des sensations que les parturientes décrivent* ». Elles ont également proposé l'utilisation du ballon, des suspensions et des tapis.

Dans toutes les MDN, elles ont eu à disposition des baignoires d'accouchement qui permettent une immersion complète dans l'eau chaude, ainsi que des bouillottes.

La plupart d'entre elles (soit cinq sur sept) a utilisé les massages et la relaxation. Aussi, dans la MDN D, les sages-femmes ont utilisé l'acupression afin de favoriser la sécrétion d'endorphines.

Une sage-femme de la MDN B utilise la « *vibration sonore* ». C'est une pratique qui se rapproche du chant prénatal : des « *vibrations* » sont émises en faisant des sons ou des murmures. Elle a expliqué que cette technique a permis aux parturientes de « *s'autoriser à finalement crier, et faire du bruit* ».

Tous ces moyens ont permis aux sages-femmes de s'adapter à chacune de leur patiente. Une sage-femme de la MDN C a expliqué que « *pour une femme qui n'aurait pas du tout envie d'être prête à traverser cette douleur et bien à ce moment-là, il faut la péridurale médicamenteuse. Mais pour une femme qui a envie d'accoucher sans péridurale ces moyens sont pour la plupart du temps suffisants* ».

2.3.2 Préparation à la naissance

Dans la MDN C, les sages-femmes ont proposé des préparations à la naissance en haptonomie, sophrologie et hypnose afin d'accompagner les patientes dans la gestion de leur douleur tout au long du travail et l'accouchement.

Toutes les sages-femmes interrogées ont estimé que la préparation à la naissance en amont est un point très important. Elles ont toutes abordé la question de la douleur lors des séances de préparation et évoqué les différents moyens de la rendre supportable. En effet, c'est une question qui est systématiquement revenu chez les parturientes.

Une sage-femme de la MDN C a expliqué que cela a souvent été quelque chose qui faisait peur à leurs patientes. C'est pourquoi en préparation à la naissance, elle a essayé de « *donner un sens à cette douleur* ». Elle a utilisé des métaphores, comme par exemple la randonnée : « *à un moment vous allez avoir mal. Vous allez vouloir faire demi-tour* » mais en fait, elle va continuer quand même, et c'est pareil pour la douleur de l'accouchement ».

Une autre sage-femme de la MDN C a expliqué que « *si on arrive à mettre du sens sur cette douleur, on l'accepte beaucoup mieux* ». Pour elle, la douleur n'a pas forcément été « *négative* ».

Les sages-femmes de la MDN A ont préparé les patientes à « *accueillir* » cette douleur, à ne pas la considérer comme « *une ennemie* » mais plutôt comme une « *amie* » qui va permettre d'accoucher ou comme une « *alliée* ». Selon elles, l'état d'esprit dans lequel s'est trouvée la parturiente va conditionner son accouchement et son approche de la douleur.

Une autre sage-femme de la MDN A a dit que c'est toute une préparation en amont qui va « *conditionner la manière dont la femme va vivre son accouchement* ». Elle a abordé ce qu'est une contraction utérine, les sensations, et a insisté sur le fait qu'elle ne veut « *absolument pas enlever la douleur* ». Pour elle, les femmes ont été conscientes de ce phénomène. Elle les a accompagnées, afin que la douleur ne soit pas « *insurmontable* ».

2.3.3 Satisfaction des parturientes :

Dans la MDN C, les sages-femmes ont réalisé une évaluation qualitative du taux de satisfaction des parturientes concernant leur prise en charge en maison de naissance, et celui-ci a été de 100%.

Concernant les autres MDN, les sages-femmes disent recevoir de bons retours sur leur prise en charge de la douleur. Une sage-femme de la MDN A a dit « *On leur donne un questionnaire de satisfaction avant le retour à la maison, et globalement elles sont assez contentes de leur prise en charge* », « *Globalement à la question de la douleur elles disent « c'était éprouvant mais chouette de vivre ça »* ».

2.4 PROFIL DES PARTURIENTES :

2.4.1 Motivations :

Globalement la motivation principale des parturientes qui sont venues accoucher en MDN, a été la volonté de trouver un accompagnement personnalisé, de pouvoir rencontrer les sages-femmes qui allaient la suivre au moment de leur accouchement : « *ça a un côté rassurant* » et enfin d'avoir un accompagnement durant toute la durée du travail et de l'accouchement.

Une des sages-femmes de la MDN A a expliqué que ses patientes « *souhaitent que leur projet de naissance soit respecté* ».

La sage-femme de la MDN C a expliqué que les parturientes ont désiré « *se réapproprier ce moment, être libre de leurs mouvements, et vivre l'expérience dans leur corps* ». Selon elle, les femmes « *ont l'image de la femme allongée sur le lit avec la perfusion, les capteurs et qui ne peut plus bouger* ».

La sage-femme de la MDN D a aussi ajouté que les femmes « *désirent se rapprocher au plus de la physiologie, d'éviter la surmédicalisation systématique* ».

Trois sages-femmes ont aussi fait référence au « *côté chaleureux du lieu, plutôt comme à la maison* ». Pour elles, les patientes ont eu besoin d'être dans un « *cadre intime, sans se sentir à l'hôpital* ». En effet elles ont expliqué que certaines parturientes ont « *peur de l'hôpital* » car elles ne se sentent pas bien ou souvent ce sont des multipares qui ont vécu une mauvaise expérience dans le passé.

Une des sages-femmes de la MDN A a aussi avoué que plusieurs de ces patientes ont été victime de violences et se sentent vulnérables face aux professionnels. Elles ont alors eu besoin d'un « *cocon de protection* ».

D'autres patientes ont choisi la MDN afin de « *rentrer plus tôt à la maison* » a expliqué une sage-femme de la MDN A.

2.4.2 Projet de naissance :

Concernant les projets de naissance, globalement cinq sages-femmes encouragent leurs patientes à en rédiger un, mais ce n'est pas obligatoire. C'est surtout en cas de transfert qu'elles les incitent à rédiger. Ainsi, les parturientes auront pu tracer leurs souhaits, craintes, attentes. Cet écrit est travaillé avec la sage-femme. En cas de transfert, il a permis d'ouvrir le lien avec l'équipe médicale accueillant la patiente.

2.4.3 Suivi des parturientes :

La MDN D a réuni trois sages-femmes référentes qui assurent l'accompagnement global de l'anténatal à la naissance. L'équipe a été renforcée par des sages-femmes de soutien qui assurent les contraintes de sécurité.

La MDN A a compté dix sages-femmes libérales : deux trinômes et quatre sages-femmes de soutien. La parturiente a donc pu rencontrer trois sages-femmes au cours de son suivi : une qui s'est occupé du suivi de grossesse ainsi que des suites médicales de la grossesse tandis que les deux autres se sont réparties les cours de préparation à la naissance.

Dans la MDN C, six sages-femmes libérales ont été en exercice. Elles se sont organisées en un binôme et un trinôme de sages-femmes.

Dans la MDN B, les sages-femmes ont eu un statut particulier. Elles ont été salariées de la structure partenaire. Elles ont été détachées pour venir travailler en MDN. La sage-femme interrogée m'a expliqué que les médecins souhaitaient connaître les sages-femmes avec qui ils travaillaient et les sages-femmes ne désiraient pas devenir libérales.

2.4.4 Parité :

Toutes les sages-femmes m'ont répondu qu'il y avait quasiment autant de primipares que de multipares. Elles ont toutes exprimé leur étonnement, concernant le nombre de primipares qui souhaitaient accoucher en maison de naissance. En avril 2019, il y a eu neuf naissances dans la MDN C et seule une patiente multipare a accouché.

Une sage-femme de la MDN A a cependant expliqué que ce qui « *freine certaines primipares c'est le retour à domicile précoce* ». Elles ont parfois été « *inquiètes de rentrer tôt à la maison* ». La sage-femme a rajouté que « *quelque part, ça les responsabilise assez rapidement, et ça leur fait prendre confiance en elles rapidement, parce qu'elles doivent se débrouiller* ».

2.4.5 Transfert :

Concernant les transferts, une sage-femme de la MDN C a dit « *qu'il y a beaucoup plus de transfert en maternité pour les primipares, surtout pendant la grossesse : des primipares qui finalement ne pourront pas accoucher en maison de naissance, pour des contre-indications médicales* ».

Cependant, pour les sages-femmes interrogées, aucun des transferts n'ont été réalisés que sur requête des parturientes : « *pour demande de péridurale sans qu'il n'y ait une situation difficile derrière* ».

Une des sages-femmes de la MDN A s'est confiée concernant le côté « *néгатif* » des transferts. Elle a expliqué que « *la limite est assez nette : à partir du moment où l'on transfère, on n'a officiellement plus de responsabilité et on passe la main* ». Elle a été parfois « *un peu frustrée* » parce qu'elle a accompagné le couple pendant toute la grossesse et de devoir « *les lâcher à la fin, même pour le couple c'est frustrant, car il y a forcément une implication affective dans tout ça* ».

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

L'objectif de ce mémoire a été d'évaluer le rôle de la sage-femme travaillant en MDN, dans la prise en charge de la douleur des parturientes. Il a également cherché à déterminer si les sages-femmes disposaient de formations ou de diplômes universitaires pouvant les aider dans leur prise en charge, ainsi que les différents moyens qu'elles mettaient à disposition des parturientes pour soulager leurs douleurs pendant le travail et l'accouchement.

Dans cette dernière partie, nous allons répondre aux hypothèses posées.

1 ANALYSE DES RESULTATS ET CONFRONTATION AVEC LES RECOMMANDATIONS ET LA REGLEMENTATION DES MDN

1.1 LES SAGES-FEMMES DE MDN :

1.1.1 Statut et organisation :

Les MDN sont des structures autonomes, dissociées de la structure hospitalière et placées sous la responsabilité exclusive des sages-femmes. En effet, dans le cahier des charges relatif à l'expérimentation des MDN, il est stipulé que : « *la structure juridique de la maison de naissances est distincte de celle de l'établissement partenaire, [...] la maison de naissances est liée par convention à l'établissement de santé partenaire autorisé à pratiquer la gynécologie-obstétrique, contiguë à la maison de naissance* » [39].

Chacune de ses structures est gérée par une association, dont les membres sont : les sages-femmes qui y travaillent, les usagers mais aussi tous ceux qui souhaitent soutenir la structure. Toutes les sages-femmes interrogées dans mon étude sont membres de l'association de leur MDN.

Afin de répondre à l'article 7 du décret du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des MDN : « *Une sage-femme est en mesure de pouvoir intervenir à tout moment, tous les jours de l'année, dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité* » [40], les équipes de chacune des MDN sont composées de sages-femmes référentes et de soutien :

- Dans la MDN A, il y a six sages-femmes référentes et quatre sages-femmes de soutien.
- Dans la MDN B, elles sont quatre sages-femmes référentes et six de soutien.
- Dans la MDN C, elles sont trois sages-femmes référentes et trois de soutien
- Et enfin dans la MDN D, elles sont trois sages-femmes référentes et sept de soutien.

De plus, le cahier des charges fait mention qu' : « *une maison de naissance ne peut fonctionner sans un nombre minimal de deux sages-femmes* », « *pour des raisons de sécurité, il est nécessaire qu'un deuxième professionnel de santé soit présent dans la maison de naissance au moment de l'accouchement* » [39]. Cette modalité de prise en charge semble être bien respectée par les sages-femmes interrogées, et souvent bien appréciée : « *il y a vraiment de beaux échanges, c'est une richesse dans le partage d'expériences, et dans l'équipe il y a différents niveaux d'expériences, et oui je trouve que c'est vraiment quelque chose de motivant* » a mentionné une sage-femme de la MDN A. En outre, l'obligation d'être au moins deux professionnels permet d'apporter une sécurité supplémentaire au moment de l'accouchement. En effet, dans le cas où apparaît une complication et qu'un transfert est nécessaire, une sage-femme peut venir en aide et organiser le relais avec la structure partenaire pendant que sa collègue reste auprès du couple.

Les sages-femmes des MDN B, C et D travaillent par binôme et celles de la MDN A par trinôme, elles peuvent faire appel à des sages-femmes de soutien en cas de besoins, comme vu précédemment.

D'après les résultats obtenus par l'analyse de leurs entretiens, les sages-femmes exerçant dans les MDN A, C et D ont déclaré posséder leur propre cabinet et y exercer en parallèle de la MDN. Cette activité libérale leur permet d'assurer le suivi global de leur patiente mais aussi d'assurer un niveau de revenu suffisant. En effet, leur exercice en MDN ne correspond pas à leur revenu principal puisque seule une faible proportion de leurs patientes accouche en MDN. Ceci s'explique par l'ouverture relativement récente des MDN. Sur l'ensemble de mon échantillon, 86% des sages-femmes (n=7) exerçaient déjà en libéral avant leur engagement en MDN. Cependant le fait d'exercer en libéral peut être une limite concernant les exigences de pratique minimale d'accouchement sur les deux années précédant l'intégration en MDN.

Dans la MDN B, les sages-femmes qui y exercent sont des salariées détachées de l'hôpital. C'est une spécificité de cette MDN. En effet, une des sages-femmes de cette structure interrogée a expliqué: « *on voulait bien monter une MDN, mais on ne voulait pas passer libéral* », « *C'est l'expérimentation dans l'expérimentation* ».

Toutefois, dans ce contexte d'accompagnement global, il paraît plus simple de concilier une activité libérale en MDN, dans la mesure où la sage-femme va assurer le suivi de grossesse, les séances de préparation à la naissance et réaliser l'accouchement. Tandis que les sages-femmes qui sont salariées de la structure hospitalière, doivent coordonner des gardes de jour et de nuit de 12h dans différents services, en suivant un planning fixe. Pour exercer en MDN, elles doivent également assurer un roulement, et être disponible à tout moment. Ces deux activités sont donc très difficilement conciliables.

1.1.2 Parcours professionnel

Dans le cahier des charges des MDN, il est dit : « *Les sages-femmes doivent pouvoir justifier d'une expérience minimale suffisante d'accouchement durant les deux dernières années précédant leur intégration à la maison de naissance* » [39]. Dans ces deux dernières années, on compte également l'expérience clinique de la formation initiale pour les sages-femmes diplômées de moins de deux ans. D'après les résultats obtenus, ce point semble avoir été pris en compte dans les critères de recrutement. En effet, les sept sages-femmes interrogées ont travaillé au moins deux ans en structure hospitalière avant d'exercer en MDN ; dont trois dans des établissements de type deux ; trois autres ont travaillé en plateau technique au sein de cabinet libéral.

Cette exigence d'expérience clinique minimale est demandée aux sages-femmes afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins de la mère et de l'enfant, au moment du travail, de l'accouchement et en post-partum immédiat.

1.1.3 Diplômes et formations complémentaires

Ni le cahier des charges ni le décret relatif à l'expérimentation des MDN ne font mention d'une quelconque obligation de posséder un diplôme complémentaire pour pouvoir exercer en MDN. Toutefois, toutes les sages-femmes ayant participé à mon étude ont suivi des formations telles que l'hypnose, le yoga, la méthode Bonapace, la sophrologie, la méthode de Gasquet, ou les gestes d'urgence. Deux d'entre elles ont validé le diplôme universitaire en acupuncture obstétricale.

Cependant la profession de sage-femme s'inscrit dans un Développement Professionnel Continu (DPC). Ainsi, toute sage-femme est soumise à l'obligation de suivre des formations continues tout au long de leur carrière. Ainsi, en validant des formations complémentaires, non seulement les sages-femmes remplissent leurs obligations déontologiques, mais aussi, elles réactualisent leur connaissance et acquièrent de nouvelles compétences. Les découvertes et acquis secondaires à une formation sont une richesse tant sur le plan professionnel que sur le plan personnel. Les sages-femmes ayant participé à cette étude ont fait le choix de formations utiles à leur exercice professionnel et correspondant aux attentes des patientes venant accoucher en MDN. De plus, d'après les résultats de cette étude, toutes les sages-femmes ont dit utiliser leurs formations et proposer des méthodes alternatives pour prendre en charge la douleur de leurs patientes et ainsi répondre à leurs besoins.

Ainsi notre hypothèse, **les sages-femmes exerçant en maison de naissance ont obtenu un diplôme complémentaire ou ont suivi une formation continue afin de prendre en charge la douleur des parturientes pendant le travail est validée** puisque toutes les sages-femmes exerçant en MDN ont validé des formations et ou diplôme universitaire. En effet, les résultats montrent que les sages-femmes ont suivi des formations, dans le cadre du DPC, afin d'enrichir leurs pratiques et les adapter à la prise en charge de la douleur des parturientes en MDN.

1.1.4 Les limites de la prise en charge en MDN :

Dans mon étude, deux sages-femmes ont abordé le fait que parfois elles devaient récuser certaines patientes désirant accoucher en MDN en raison des conditions d'éligibilité. En effet, le cahier des charges de l'expérimentation des MDN stipule que : « *Les femmes suivies en maisons de naissance sont des femmes à bas risque pour la grossesse et l'accouchement* » [39]. Une grossesse à bas risque se définit par l'absence de risque particulier dans les antécédents et par l'absence de pathologie liée à la grossesse ou au fœtus. Le terme de grossesse normale ou physiologique est également employé. Ce terme est défini dans les recommandations de bonnes pratiques de la HAS (Annexe IV). Cela s'explique par le fait que ces structures ne sont pas médicalisées et exclusivement sous la responsabilité de sages-femmes qui sont habilitées à pratiquer uniquement dans le cadre de la physiologie.

Lorsque les sages-femmes sont face à une situation difficile, et/ou pathologique elles sont dans l'obligation de transférer leur patiente dans la maternité avec laquelle une convention est préalablement passée. Le cahier des charges de l'expérimentation des MDN mentionne également que : « *La maison de naissance doit être contiguë à une structure autorisée pour l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé, permettant, notamment, un transfert rapide des parturientes et des*

nouveau-nés en cas de complication » [39]. Dans cette étude, les sages-femmes de la MDN C abordent les transferts comme quelque chose de « frustrant ». A partir du moment où elles transfèrent leur patiente, elles n'ont plus de responsabilités. Le fait, de devoir passer la main semble être une limite assez nette et les sages-femmes peuvent éprouver un sentiment d'inachèvement du suivi du couple pour lequel elles se sont liées d'affection.

1.2 ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTES :

1.2.1 En Anténatal :

- Préparation à la naissance :

D'après cette étude, les parturientes qui ont souhaité accoucher en MDN ont évoqué leurs inquiétudes concernant la prise en charge de la douleur au moment du travail et de leur accouchement. Une des sages-femmes de la MDN C a expliqué : « *La douleur est toujours abordé en préparation à la naissance car c'est souvent quelque chose qu'il leur fait peur* ». Une autre sage-femme de la MDN D parle de « *la compréhension par la femme des sensations qu'elle perçoit* », pour elle c'est important que la patiente comprenne que la douleur est « normale » car « *elle va être réassuré dans sa sensation et ça va l'aider à mieux l'appréhender* ».

Lors des séances de préparation à la naissance, les sages-femmes de la MDN A ont dit qu'elles abordaient la notion de contractions utérines, et essayent de « *donner un sens à la douleur* ». Les sages-femmes de la MDN C préparent les futures mères à accueillir cette douleur et de ne pas la considérer comme une « *ennemie* » mais plutôt comme une « *alliée* ».

- Projet de naissance :

L'analyse des entretiens a montré que les sages-femmes incitent les patientes à rédiger un projet de naissance. D'ailleurs, quatre sages-femmes ont dit qu'elles « *encouragent* » leurs patientes à rédiger un projet de naissance, mais ce n'est pas une obligation.

Une sage-femme de la MDN C a expliqué : « *les projets de naissance elles n'en ont pas forcément besoin vu qu'on les prépare en individuel et qu'on discute de leur besoin. Leurs consultations durent une heure donc on prend le temps de discuter, de savoir ce qui est important pour le couple* ». Une autre sage-femme de la même MDN a ajouté : « *pour nous le projet de naissance il se construit au fur et à mesure de l'accompagnement global* ».

Toutefois, les sept sages-femmes interrogées ont dit qu'elles incitaient leurs patientes à rédiger un projet de naissance dans l'éventualité d'un transfert. Une sage-femme de la MDN D a même expliqué : « *on les encourage quand même à y réfléchir surtout dans l'éventualité d'un transfert, parce que, autant nous on les connaît bien, on les a rencontrées pendant la grossesse et on sait ce qu'elles veulent, mais au cas d'un transfert comme l'équipe n'a rien de noté dans le dossier on les encourage quand même à noter un petit truc* ».

Ainsi l'hypothèse **les sages-femmes en MDN ont proposé une préparation particulière à leurs patientes (projet de naissances, séances de préparation à la naissance et à la parentalité) est validée.**

- Prise en charge globale :

Une véritable relation de confiance se construit entre la patiente et la sage-femme lors de ces séances de préparation à la naissance mais aussi au décours du suivi de grossesse. La patiente connaît le professionnel qui sera à ses côtés lors de l'accouchement alors qu'en structure hospitalière, la patiente rencontre une multitude de professionnels qui vont l'accompagner pendant un temps plus ou moins long. Or les patientes ont besoin d'être rassurées et réassurées au moment où leur enfant vient au monde. Un gros point fort des MDN est donc que la patiente connaît le professionnel qui sera présent puisqu'il la suit depuis le début. Ainsi, la patiente et la sage-femme vont apprendre à se connaître et la sage-femme sera en mesure de répondre aux attentes et besoins de sa patiente, ce qui est quasiment l'équivalent d'un projet de naissance.

L'objectif des MDN est de proposer à ces femmes enceintes une prise en charge globale de leur grossesse (suivi, accouchement, suite de couches) dans le respect de la physiologie. En outre, un de ses grands principes est « *une femme/une sage-femme* ». C'est-à-dire que la parturiente est accompagnée tout au long de sa grossesse et de son accouchement par une seule et même sage-femme. Dans la réalité, cette association « *one to one* » n'est pas réalisable, alors, en MDN, la patiente sera suivie par un binôme voire un trinôme de sage-femme. En outre, la réglementation des MDN impose un minimum de deux professionnels au moment de l'accouchement, ceci pour garantir la qualité et la sécurité des soins à la mère et à l'enfant. Ainsi, au moment de l'accouchement, la patiente sera accompagnée par deux des sages-femmes qui l'ont prise en charge.

La notion d'accompagnement global a été définie par l'ANSFL en 2002 : « *Un seul praticien, la sage-femme libérale, assure la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, propose des séances de préparation à la naissance, surveille et est responsable de l'accouchement, de la naissance, effectue les soins postnataux de la mère et de l'enfant* ». Cet accompagnement s'inscrit dans un suivi personnalisé et permet une approche à la fois médicale, psychologique et humaine où cohérence et continuité s'allient avec le respect de la mère, du père et de l'enfant. Toutes les sages-femmes travaillent donc en équipe et assurent alternativement la disponibilité pour les accouchements.

Une étude publiée dans la Cochrane a montré que « *les femmes apprécient et peuvent obtenir des bénéfices lorsqu'une personne faisant office de soutien est présente durant le travail et l'accouchement* », « *Le soutien continu pendant le travail peut améliorer les résultats chez les femmes et les nourrissons* » [43]. Une des sages-femmes de la MDN C a répondu à ma question concernant la prise en charge de la douleur en disant: « *notre présence à leur demande, notre disponibilité, le soutien quand elles ont besoin d'un soutien continu de quelqu'un qui les encourage, je pense que ça c'est un des points les plus fondamentale* ».

Les sages-femmes des MDN s'orientent donc vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans un projet de naissance [44].

1.2.2 Prise en charge de la douleur :

- Compétences des sages-femmes :

Les MDN sont des structures non médicalisées. Les patientes qui y accouchent n'ont donc pas accès à la péridurale pour soulager leurs douleurs. En outre, la prescription de médicaments dans ces structures est limitée par la liste des médicaments autorisés aux sages-femmes fixé par l'Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes. En effet, dans ces structures, seules les sages-femmes exercent. Concernant les modalités de la prise en charge de la douleur, le cahier des charges de l'expérimentation des MDN prévoit que : « *Les moyens analgésiques de l'accouchement, qui ne nécessitent pas de compétences anesthésiques, peuvent être proposés à la patiente en tenant compte des impératifs d'une éventuelle anesthésie ultérieure* » [39]. Ce qui signifie que les prises en charges non médicamenteuses ont toute leur place en MDN d'où l'intérêt, pour les sages-femmes, de suivre des formations complémentaires afin de pouvoir proposer des méthodes alternatives pour soulager la douleur et répondre aux besoins de leur patiente.

- Outils et méthodes utilisées :

Toutes sages-femmes interrogées ont mentionné la baignoire et l'immersion dans l'eau. Elles ont témoigné du fait que cela reste un procédé très efficace pour soulager des douleurs liées aux contractions. La plupart des futures mères demandent donc à en bénéficier. Une sage-femme de la MDN B a dit : « *L'eau, c'est très important, et ça marche vraiment bien* ». Une sage-femme de la MDN C a ajouté : « *Les femmes demandent toujours d'être dans la baignoire, elles y restent une ou deux heures, et elles disent que la douleur disparaît* ». D'ailleurs, une étude publiée dans la Cochrane concernant l'immersion dans l'eau durant l'accouchement a montré que « *l'immersion dans l'eau au cours de la première étape du travail entraîne une diminution du nombre de femmes ayant recours à une péridurale* » [41].

De plus, toutes les sages-femmes ont déclaré proposer aux parturientes différentes postures pour les soulager. En effet, en MDN, les patientes n'ont pas de perfusion, ni de surveillance continue du rythme cardiaque fœtal. Elles ont donc la possibilité de se mouvoir. Cette liberté de mouvement leur permet d'adopter la posture qui leur convient le mieux et éventuellement d'en changer. La Cochrane a publié une étude sur les positions maternelles et la mobilité pendant la première étape du travail, les résultats ont montré qu'« *il existe des preuves importantes sur la marche et les positions verticales au cours du premier stade du travail, cela permet de réduire la durée du travail, le risque de naissance par césarienne, et la nécessité d'une péridurale [...]* » [42]. Les sages-femmes ont équipé leur MDN avec des ballons, des suspensions et des tapis afin de pouvoir permettre à leurs patientes de trouver une posture adéquate en fonction des sensations qu'elles décrivent. Ainsi, elles mettent en application leur formation sur la méthode De Gasquet. D'ailleurs, six sages-femmes interrogées ont dit l'utiliser systématiquement au moment du travail.

Les sages-femmes utilisent également ce qu'on appelle : « *les médecines alternatives* », notamment la respiration, la sophrologie, les méthodes de Bonapace avec les massages et l'acupression. Nous avons abordé ce point plus haut concernant les formations et diplômes que possédaient les sages-femmes. Lors de l'analyse de mes entretiens, les sages-femmes ont dit mettre

à profit leurs formations complémentaires pour offrir à leur patiente un accompagnement leur permettant de supporter les douleurs des contractions. Une sage-femme de la MDN C a dit : « *En préparation à la naissance, moi, je propose de la sophrologie, j'essaie de leur montrer qu'elles ont la capacité de gérer, enfin surtout d'accompagner cette douleur avec la respiration, c'est très efficace au moment des contractions* », et une sage-femme de la MDN Da dit : « *En préparation à la naissance on travaille quelques outils à utiliser pour favoriser la sécrétion des endorphines comme l'acupression, des massages par le conjoint ou la sage-femme* ».

Ainsi, l'hypothèse, **les sages-femmes en maison de naissance ont proposé plusieurs méthodes pour soulager la douleur de leurs parturientes est validée.**

- L'environnement en MDN :

D'après les sages-femmes interrogées, le lieu semble avoir un impact sur l'état d'esprit de la patiente : le « *côté chaleureux, comme à la maison* » cité par cinq sages-femmes de l'étude a montré que les sages-femmes mettent tout en œuvre pour offrir un cadre intime et réconfortant à la parturiente, ce qui tend à réduire son stress et l'aide à accoucher dans la sérénité.

D'ailleurs, en visitant la maison de naissance D et en parcourant les sites internet dédiés aux maisons de naissance A, B et C, j'ai pu constater que ces structures ressemblaient réellement à des maisons. On y retrouve des chambres de naissances avec les installations adaptées au déroulement du travail et de l'accouchement : un grand lit, une baignoire, des suspensions, des tapis, un ballon ainsi que le matériel médical nécessaire. On retrouve également des « *pièces de vie* » avec entre autres une cuisine et un salon (cf. photos ci-dessous). Le cadre des MDN a été entièrement imaginé et conçu par les sages-femmes qui y exercent. Elles ont voulu créer un « *cocon* » pour que les patientes puissent se sentir « *rassurées* », « *en sécurité* », « *dans un cadre intime* » et qu'elles n'aient pas l'impression d'être à l'hôpital même si l'équipement présent est adapté pour l'accouchement.



Figure 6 : Les locaux de la maison de naissances B – Etude « *Les sages-femmes et la prise en charge de la douleur des parturientes en maisons de naissances en 2018-2019 en France* ».

2 DISCUSSION :

L'apparition des MDN en France représente une réelle opportunité pour les sages-femmes d'exploiter l'intégralité de leurs compétences. Elles seront responsables de leurs patientes ainsi que de la gestion de la structure où elles exercent.

En comparant, les propos de sages-femmes recueillis pour cette étude aux expériences que j'ai vécues lors de mes stages, j'ai réalisé que les sages-femmes hospitalières voient parfois leur autonomie limitée par les protocoles qui peuvent s'imposer à elles, même pour une patiente présentant une grossesse à bas risque. En outre, il leur est souvent difficile de personnaliser leur accompagnement puisqu'elles ne suivent la parturiente que quelques heures. Elles n'ont pas vraiment le temps d'apprendre à réellement connaître la patiente et la relation de confiance qui se met en place n'est pas aussi solide que dans le cadre d'un accompagnement global.

Cette étude a montré que les sages-femmes des MDN avaient une grande autonomie dans la prise en charge et l'accompagnement de leurs patientes. Ce qui est conforme au cahier des charges de l'expérimentation des MDN. En effet, étant seules à gérer et exercer dans la MDN, elles peuvent et doivent prendre en charge leurs patientes elles-mêmes. Ainsi, elles peuvent mettre à profit leurs compétences, leurs savoir-faire et leur savoir être acquis en formation initiale et continue en validant des formations complémentaires ou des diplômes universitaires. Elles proposent alors un accompagnement global et personnalisé à leurs patientes en s'appuyant sur leurs besoins et leurs envies. Elles mettent à disposition de leurs parturientes, outre leurs compétences, un large panel d'outils pour prendre en charge la douleur (baignoire, suspension, ballon, ...). Alors qu'en établissement hospitalier où les sages-femmes doivent collaborer avec plusieurs praticiens pour assurer la prise en charge des parturientes, elles n'ont pas la même marge de manœuvre qu'en MDN. Ce d'autant plus, qu'elles accompagnent parfois des patientes présentant des pathologies. Alors, les sages-femmes agissent sur prescription médicale. Toutefois, elles mettent tout en œuvre pour accompagner au mieux leur parturiente.

De plus dans les structures hospitalières, les parturientes ont le choix de pouvoir recourir ou non à l'APD et d'être soulagées de leur douleur. Elles sont d'ailleurs près de 80% à opter pour cette solution. Alors, la sage-femme n'a pas autant besoin de proposer des alternatives à l'APD tandis qu'en MDN les patientes n'y ont pas accès. C'est à ce moment-là que le terme d'accompagnement global prend tout son sens. L'accompagnement global est d'ailleurs l'une des premières motivations qui pousse les femmes à accoucher en MDN, c'est quelque chose qu'elles décrivent comme « *rassurant* », « *intime* », « *très personnalisé* ». L'accompagnement global est encore peu répandu en France, de par l'organisation des activités en établissement (avec les gardes, les différents services) qui ne permet pas à une sage-femme de suivre une patiente tout au long de sa grossesse et de son accouchement. Aujourd'hui, seules les sages-femmes travaillant en plateau technique et en MDN peuvent le pratiquer.

La prise en charge de la douleur repose sur un accompagnement en amont de l'accouchement, les sages-femmes interrogées proposent des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Cinq sages-femmes ont abordé le fait que cette « *préparation en amont* » était

indispensable pour « *préparer la femme à accueillir cette douleur* ». Tout cet accompagnement construit sur un temps relativement long permet à la femme et à la sage-femme de construire une relation de confiance. La sage-femme a pu apprendre à connaître sa patiente, ses envies, ses besoins, ses peurs et inversement. La sage-femme assure également son rôle de prévention. En effet, elle est en mesure de pouvoir détecter une pathologie, mais aussi des situations de vulnérabilité qui peuvent alors être plus facilement abordées dans le cadre de cet accompagnement global et singulier. Une sage-femme de la MDN C raconte : « *certaines patientes ont été victimes de violences et elles se sentent un peu vulnérable, donc avoir un « cocon de protection » ça leur plait.* ». Dans ce cas précis, la sage-femme a dû mettre en place un accompagnement personnalisé qui a finalement permis à la femme de « *reprendre confiance en elle* ». Elle a accompagné sa patiente en la rassurant afin qu'elle puisse surmonter ce vécu difficile.

3 CRITIQUE DE LA METHODOLOGIE/DIFFICULTES RENCONTREES :

3.1 FAIBLESSES DE L'ETUDE :

La méthodologie utilisée est à l'origine de plusieurs biais.

Le premier est un biais de puissance car l'échantillon est faible (sept entretiens). En effet, malgré les relances seuls sept professionnels ont participé à l'étude sur les 16 sages-femmes sollicitées, soit un taux de participation de 44%. Toutefois, ce chiffre peut s'expliquer : il y a encore peu de MDN en France. Aujourd'hui, il n'y a que neuf MDN en France, ce qui a limité la taille de l'échantillon.

Il y a peu de données sur les MDN dans la littérature française. En effet, c'est un sujet d'apparition plutôt récent (l'expérimentation des MDN est possible en France depuis juillet 2015). Ainsi, il m'a été quasiment impossible de comparer les résultats de cette étude avec les données de la littérature.

Enfin, il s'agit d'une étude qualitative, donc les résultats ne peuvent pas être généralisés.

3.2 FORCE DE L'ETUDE :

Un des points forts de l'étude est la diversité géographique et la multiplicité des sites d'exercice des sages-femmes interrogées. Cela m'a permis de pouvoir comparer les pratiques en fonction des quatre MDN.

Aussi, la diversité des profils des sages-femmes est également un atout. De par leur différence d'âge et de niveau d'expérience professionnelle et aussi les formations complémentaires qu'elles ont pu suivre, j'ai pu récolter des informations riches et intéressantes à exploiter.

En outre, les entretiens semi-directifs ont permis aux sages-femmes interrogées de s'exprimer librement grâce aux questions ouvertes. C'est donc une force de cette étude car j'ai pu obtenir une grande diversité de réponses, et un partage de leurs expériences très enrichissant.

De plus, les réponses des sages-femmes se regroupaient, ce qui m'a permis d'atteindre l'effet seuil puisque les réponses des sages-femmes recueillies lors des derniers entretiens n'apportaient pas vraiment d'éléments nouveaux par rapport aux réponses précédemment obtenues.

Les entretiens étaient tous exploitables, en effet, les sages-femmes étaient disponibles puisque nous avons convenu d'un rendez-vous pour le réaliser.

En outre, le thème de cette recherche est un thème d'actualité et qui est encore peu documenté. C'est donc un plus d'avoir pu mener à bien une étude sur ce point.

Enfin, les réponses des sages-femmes m'ont permis de répondre à la problématique.

4 PROPOSITIONS :

L'étude réalisée a permis d'évaluer les différentes pratiques et méthodes utilisées par les sages-femmes pour prendre en charge la douleur des parturientes au sein des MDN en France. Alors que ces structures existent déjà dans de nombreux pays et notamment en Allemagne où 130 MDN sont ouvertes. Cette expérimentation n'a été que récemment autorisée en France par la HAS.

Il existe donc peu de données dans la revue de la littérature française concernant les MDN en France. De plus, le projet est encore en phase d'expérimentation et d'évaluation.

Il serait donc intéressant, d'attendre l'évaluation par l'ARS de l'expérimentation des MDN en France, puis d'analyser les résultats concernant la douleur des parturientes, leur vécu de l'accouchement et les outils et méthodes utilisés par les sages-femmes pour soulager leur patiente, et enfin de connaître la satisfaction des femmes grâce aux questionnaires distribués dans chaque MDN.

De plus, il serait également intéressant de réaliser une étude pour évaluer les patientes sur leurs ressentis, leurs vécus, et la prise en charge de leurs douleurs.

Très peu d'étudiants ont pu réaliser un stage en MDN, en particulier en raison de l'activité plutôt faible et aléatoire. Cependant, il serait intéressant que les étudiants puissent, dès la formation initiale, passer du temps auprès de sages-femmes qui pratiquent l'accompagnement global. Ainsi, ils seraient sensibilisés à l'étendue des compétences de la profession de sage-femme. Ils pourraient aussi tenter, lorsque cela serait possible, de calquer leur prise en charge sur ce modèle de l'accompagnement global.

CONCLUSION

CONCLUSION

La médicalisation de la naissance a été induite par le développement de l'analgésie péridurale. Une conséquence inattendue de l'implantation de cette technique a été la réduction de la fonction d'assistance psychologique et de prise en charge de la douleur qui était traditionnellement dévolue aux sages-femmes. Cette technique s'est substituée aux méthodes qu'elles avaient adaptées à la naissance (yoga, sophrologie, haptonomie, ...).

Cependant l'arrivée des MDN en France a permis de diversifier l'offre de soin. En effet, les patientes présentant un bas risque obstétrical peuvent être suivies et accoucher dans ce type de structure démedicalisée. Les sages-femmes les prennent alors en charge de manière globale, individualisée et en autonomie. Ainsi, les sages-femmes peuvent y exploiter l'intégralité de leur champ de compétence puisqu'elles n'interviennent qu'après de patientes ne présentant, à priori, aucune pathologie ou comorbidité.

Je me suis alors posé la question suivante : **En quoi les sages-femmes exerçant en MDN disposent-elle de moyens pour prendre en charge la douleur de leurs parturientes ?**

L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux sur la prise en charge de la douleur des parturientes par les sages-femmes des MDN.

Les résultats de cette étude ont permis de mettre en évidence l'utilisation par les sages-femmes de différents outils comme les baignoires, les bouillottes d'eau chaude, le ballon, les suspensions mais aussi des méthodes alternatives à l'APD comme l'hypnose, l'acupuncture, les postures selon la méthode De Gasquet, ou encore le yoga. Les MDN permettent aux sages-femmes d'exploiter toutes leurs connaissances et compétences, ce qui permet de revaloriser la profession.

J'ai également pu montrer que la prise en charge de la douleur en MDN passe aussi par l'accompagnement global de la femme réalisé par un binôme ou un trinôme de sages-femmes. Elles assurent notamment le suivi de grossesse et les séances de préparation à la naissance et à la parentalité qui vont permettre à la patiente et à la sage-femme d'établir une relation de confiance, indispensable lors de l'accouchement.

Dans une période où la femme est la plus vulnérable (grossesse, accouchement), la sage-femme a un rôle primordial lors du suivi des grossesses. Elle doit être en mesure de dépister toutes pathologies et situation de vulnérabilités de la future mère, afin de les orienter vers un médecin. Dans le contexte des MDN, l'accompagnement global semble être un atout. En effet, la sage-femme suit sa patiente durant toute la grossesse, elle connaît son histoire et ses antécédents, elle est donc en mesure de détecter toute pathologie qui se déclarerait. De plus, une relation de confiance se construit entre professionnel et patiente tout au long de la grossesse et en post-partum ce qui va permettre à la femme de se sentir en confiance et écoutée et de pouvoir aborder des sujets sensibles.

Je me suis alors demandé si l'accompagnement global pouvait permettre aux sages-femmes de jouer un rôle préventif et de pouvoir dépister des situations de vulnérabilité plus facilement ?

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Sainte Bible. Genèse 3:16. [En ligne]. (consulté le 14/01/2019); Disponible sur : <https://saintebible.com/genesis/3-16.htm>
- [2] ARNAL M. Soulager les douleurs des femmes lors de l'accouchement. École des Hautes Études en Sciences Sociales. Cerme3. 2016 ; [en ligne]. (Consulté le 21/09/2018). Disponible sur : <https://journals-openedition-org.bases-doc.univ-lorraine.fr/gss/3870#toc>
- [3] Ministère des Solidarités et de la Santé. Les maisons de naissance. [En ligne]. (Consulté le 14/01/2019); Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-naissance>
- [4] Ministère des Solidarités et de la Santé. La douleur. [En ligne]. (Consulté le 14/01/2019); Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>
- [5] Inserm : La science pour la santé. Douleur. [En ligne]. (Consulté le 14/01/2019); Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur>
- [6] Payen JF. Bases physiopathologiques et évaluation de la douleur. Faculté de Médecine de Grenoble. Nov 2002. [En ligne]. (Consulté le 14/01/2019); Disponible sur : <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/rea/anesthesie/65/leconimprim.pdf>
- [7] Debril J. Physiopathologies de la douleur. DUSP Lille. Fev 2016. [En ligne]. (Consulté le 14/01/2019); Disponible sur : https://cdn.uclouvain.be/public/Exports%20reddot/ebim/documents/Physiopath_douleur_04_02_2016_m.pdf
- [8] Pierrot M. Définition de la douleur. L'aide-soignante. Nov/Dec 2000. N° 21/22 : 13-6. [En ligne]. (Consulté le 14/01/2019); Disponible sur : http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/soins_paliatifs/MODULE_II/B02-%20Definition%20de%20la%20douleur.pdf
- [9] Infirmiers.com. L'évaluation de la douleur. [En ligne]. (Consulté le 14/01/2019); Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/l-evaluation-de-la-douleur.html>
- [10] un3s, université numérique francophone des sciences de la santé et du sport. La première partie du travail : étude de la contraction utérine, effacement et dilatation du col. [En ligne]. (Consulté le 16/01/2019); Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/travail_debut/site/html/1.html
- [11] Christophe S. Le faux début de travail ; faux problème ? Identification de facteurs de risque et de complication. [Mémoire]. Ecole de sage-femme de Nancy. Université de Lorraine. 2012 ; 93p. [En ligne]. (Consulté le 16/01/2019); Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2012_CHRISTOPHE_SABINE.pdf
- [12] Callet M. Intérêts de la méthode Bonapace, lors des séances de PNP et de l'accouchement. [Mémoire]. Ecole de sage-femme de Nancy. Université de Lorraine. 2014. 63p. [En ligne]. (Consulté le 16/01/2019); Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2014_CALLET_MARINE.pdf
- [13] Gondrexon E. L'évaluation des critères de fonctionnement des salles de pré-travail dans la gestion des douleurs du début de travail : étude rétrospective au CHR de Thionville. [Mémoire]. Ecole de sage-femme de Metz. Université de Lorraine. 2009 ; 66p. [En ligne]. (Consulté le 16/01/2019); Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2009_GONDREXON_ESTELLE.pdf
- [14] Antalvite. L'échelle visuelle analogique (EVA). [En ligne]. (Consulté le 16/01/2019); Disponible sur : http://www.antalvite.fr/pdf/echelle_visuelle_analogique.htm

- [15] Antalvite. L'échelle numérique (EN). [En ligne]. (Consulté le 16/01/2019) ; Disponible sur : http://www.antalvite.fr/pdf/echelle_numerique.pdf
- [16] Antalvite. L'échelle verbale simplifié (EVS). [En ligne]. (Consulté le 16/01/2019) ; Disponible sur : http://www.antalvite.fr/pdf/echelle_verbale_simple.htm
- [17] Macdougall S, Blair J. Histoire de la dissémination de la découverte de l'anesthésie dans le Royaume Uni et les Etats Unis d'Amérique. Histoire des sciences médicales. 2000. 34(3) : 213-7. [En ligne]. (Consulté le 20/01/2019) ; Disponible sur : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx2000x034x003/HSMx2000x034x003x0213.pdf>
- [18] Haberer JP, Diemunsch P. Anesthésie obstétricale : bases pharmacologiques. EMC – Anesthésie-Réanimation. 1992. [En ligne]. (Consulté le 20/01/2019) ; Disponible sur : <https://www-em-premium-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/article/8839/resultatrecherche/29>
- [19] Tesnière A, Rackelboom T, Mignon A. Fondamentaux de l'analgésie et de l'anesthésie en obstétrique. EMC – Anesthésie – Réanimation. Jul 2012. 9(3) : 19p. [En ligne]. (Consulté le 20/01/2019) ; Disponible sur : https://www-em-premium-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/showarticlefile/708709/36-32169_plus.pdf
- [20] Faure JS, Allochon M, Schoeffler P. Intérêts et limites des analgésiques alternatifs. OXYMAG. Fev 2014. N°134 : 17-9. [En ligne]. (Consulté le 20/01/2019) ; Disponible sur : <https://www-em-premium-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/showarticlefile/869784/main.pdf>
- [21] Le figaro santé. Analgésie péridurale : qu'est-ce que c'est ? [En ligne]. (Consulté le 22/01/2019) ; Disponible sur : <http://sante.lefigaro.fr/sante/femme-enceinte/analgesie-peridurale/quest-ce-que-cest>
- [22] Chowaniak M. Les femmes et la péridurale : entre autonomie et dépendance. [Mémoire]. Ecole de sage-femme de Nantes. Université de Nantes. 2013 ; 51p. [En ligne]. (Consulté le 22/01/2019) ; Disponible sur : [file:///C:/Users/Ophélie/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/chowaniakSF13%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Ophélie/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/chowaniakSF13%20(3).pdf)
- [23] Inserm : institut national de la santé et de la recherche médicale. Enquête nationale périnatale : Rapport 2016 : les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010. [En ligne]. (Consulté le 23/01/2019) ; Disponible sur : http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf
- [24] Vuille M. L'invention de l'accouchement sans douleur, France 1950-1980. Travail, genre et sociétés. Cairn info. 2015 ; 2(34) : 39-56. [En ligne]. (Consulté le 25/01/2019) ; Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-travail-genre-et-societes-2015-2-page-39.htm>
- [25] Caron-Leulliez M. L'accouchement sans douleur : une révolution culturelle au milieu du XXe siècle. Spirale. Cairn info. 2008. 3(47) : 21-6. [En ligne]. (Consulté le 25/01/2019) ; Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-spirale-2008-3-page-21.htm>
- [26] Lucas C, Parayre I, Pereira B, Leymarie MC. Eléments favorisant la mobilisation pendant le travail en salle de naissances. Vocation sage-femme. Elsevier Masson. Août 2018. N°133 : 22-9. [En ligne]. (Consulté le 25/01/2019) ; Disponible sur : <https://www-em-premium-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/showarticlefile/1226023/main.pdf>
- [27] De Gasquet Institut. [En ligne]. (Consulté le 03/05/2019) ; Disponible sur : <http://www.degaset.com/>
- [28] Racinet C. Positions maternelles pour l'accouchement. Gynécologie Obstétrique et fertilité. 2005. 33 : 533-8. [En ligne]. (Consulté le 25/01/2019) ; Disponible sur : <https://www-em-premium-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/showarticlefile/34569/main.pdf>
- [29] Forster B. Acupuncture et grossesse. [En ligne]. (Consulté le 25/01/2019) ; Disponible sur : <http://ch-alpes-leman.fr/wp-content/uploads/2018/01/CHAL-1705-Acupuncture-grossesse.pdf>

- [30] Sirvaut M. Acupuncture en obstétrique : l'atout pique. [Mémoire]. Ecole de sage-femme de Nancy. Université de Lorraine. 2002 ; 64p. [En ligne]. (Consulté le 25/01/2019) ; Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2002_SIRVAUT_MARIKA.pdf
- [31] Smith C, Collins C, Cyna A, Crowther C. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006. [En ligne]. (Consulté le 26/01/2019) ; Disponible sur : <https://www-cochranelibrary-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003521.pub2/full#CD003521-abs-0005>
- [32] Ordres des sages-femmes : conseil national. Les activités nécessitant des diplômes complémentaires. [En ligne]. (Consulté le 21/02/2019) ; Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/formation-complementaire/>
- [33] Ordre des sages-femmes. Histoire de la profession. [En ligne]. (Consulté le 25/02/2019) ; Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/histoire-de-la-profession-3/>
- [34] Solidarités et santé. PLAN « périnatalité » 2005-2007 Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité. 10 nov 2004. 44p. [En ligne]. (Consulté le 01/03/2019) ; Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
- [35] Collectif interassociatif autour de la naissance. Plateforme CIANE – Collectif Mdn. [En ligne]. (Consulté le 01/03/2019) ; Disponible sur : <https://ciane.net/2006/11/plateformeciane-collectifmdn/>
- [36] Legifrance. Loi n°2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. [En ligne]. (Consultée le 02/03/2019) ; Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028279423&fastPos=1&fastReqId=90081454&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>
- [37] Collectif inter associatif autour de la naissance. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement. Dossier n°3. Aout 2012. [En ligne]. (Consultée le 05/03/2019) ; Disponible sur : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>
- [38] Collectif inter associatif autour de la naissance. Douleur et accouchement. Dossier n°5. Avril 2013. [En ligne]. (Consultée le 05/03/2019) ; Disponible sur : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/04/DossierDouleur.pdf>
- [39] Haute Autorité de Santé. Cahier des charges des maisons de naissance. Sept 2014. [En ligne]. (Consulté le 16/03/2019) ; Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/cahier_charges_maisons_naissance_230914.pdf
- [40] Legifrance. Décret no 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance - Article 7. [En ligne]. (Consulté le 20/04/2019) ; Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?sessionId=5CFF8F0F07BCBA2E971D7B71849F726F.tplqfr26s_3?idArticle=LEGIARTI000030962306&cidTexte=LEGITEXT000030962291&dateTexte=20150802
- [41] Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 5. Art. No.: CD000111. DOI: 10.1002/14651858.CD000111.pub4. [
- [42] Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub3.
- [43] Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles, Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). [En ligne]. (Consulté le 28/04/2019) ; Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
- [44] Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.

ANNEXES

ANNEXE I : QUESTIONNAIRE DE MC GILL SUR LA DOULEUR

ANNEXE II : LEGISLATION CONCERNANT L'EXPERIMENTATION DES MAISONS DE
NAISSANCES

ANNEXE III :GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECT

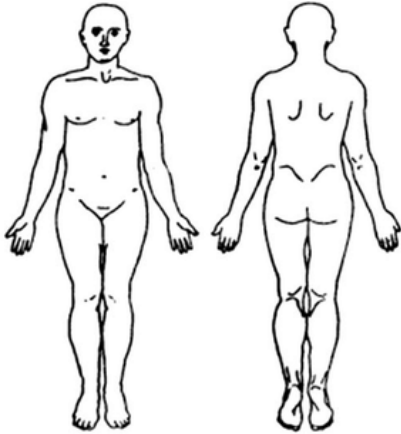
ANNEXE IV : RECOMMANDATION DE LA HAS « SUIVI ET ORIENTATION DES FEMMES
ENCEINTES EN FONCTION DES SITUATIONS A RISQUE IDENTIFIEES »

ANNEXE I : QUESTIONNAIRE DE MC GILL SUR LA DOULEUR

McGill Pain Questionnaire

Patient's Name _____ Date _____ Time _____ am/pm

PRI: S _____ A _____ E _____ M _____ PRI(T) _____ PPI _____
 (1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">1 FLICKERING QUIVERING PULSING THROBING BEATING POUNING</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">11 TIRING EXHAUSTING</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">2 JUMPING FLASHING SHOOTING</td> <td style="padding: 2px;">12 SICKENING SUFFOCATING</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">3 PRICKING BORING DRILLING STABBING LANCINATING</td> <td style="padding: 2px;">13 FEARFUL FRIGHTFUL TERRIFYING</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">4 SHARP CUTTING LACERATING</td> <td style="padding: 2px;">14 PUNISHING GRUELLING CRUEL VICIOUS KILLING</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">5 PINCHING PRESSING GNAWING CRAMPING CRUSHING</td> <td style="padding: 2px;">15 WRETCHED BLINDING</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">6 TUGGING PULLING WRENCHING</td> <td style="padding: 2px;">16 ANNOYING TROUBLESOME MISERABLE INTENSE UNBEARABLE</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">7 HOT BURNING SCALDING SEARING</td> <td style="padding: 2px;">17 SPREADING RADIATING PENETRATING PIERCING</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">8 TINGLING ITCHY SMARTING STINGING</td> <td style="padding: 2px;">18 TIGHT NUMB DRAWING SQUEEZING TEARING</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">9 DULL SORE HURTING ACHING HEAVY</td> <td style="padding: 2px;">19 COOL COLD FREEZING</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">10 TENDER TAUT RASPING SPLITTING</td> <td style="padding: 2px;">20 NAGGING NAUSEATING AGONIZING DREADFUL TORTURING</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">PPI</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 2px;">0 NO PAIN 1 MILD 2 DISCOMFORTING 3 DISTRESSING 4 HORRIBLE 5 EXCRUCIATING</td> </tr> </table>	1 FLICKERING QUIVERING PULSING THROBING BEATING POUNING	11 TIRING EXHAUSTING	2 JUMPING FLASHING SHOOTING	12 SICKENING SUFFOCATING	3 PRICKING BORING DRILLING STABBING LANCINATING	13 FEARFUL FRIGHTFUL TERRIFYING	4 SHARP CUTTING LACERATING	14 PUNISHING GRUELLING CRUEL VICIOUS KILLING	5 PINCHING PRESSING GNAWING CRAMPING CRUSHING	15 WRETCHED BLINDING	6 TUGGING PULLING WRENCHING	16 ANNOYING TROUBLESOME MISERABLE INTENSE UNBEARABLE	7 HOT BURNING SCALDING SEARING	17 SPREADING RADIATING PENETRATING PIERCING	8 TINGLING ITCHY SMARTING STINGING	18 TIGHT NUMB DRAWING SQUEEZING TEARING	9 DULL SORE HURTING ACHING HEAVY	19 COOL COLD FREEZING	10 TENDER TAUT RASPING SPLITTING	20 NAGGING NAUSEATING AGONIZING DREADFUL TORTURING		PPI		0 NO PAIN 1 MILD 2 DISCOMFORTING 3 DISTRESSING 4 HORRIBLE 5 EXCRUCIATING	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 2px;">BRIEF MOMENTARY TRANSIENT</td> <td style="padding: 2px;">RHYTHMIC PERIODIC INTERMITTENT</td> <td style="padding: 2px;">CONTINUOUS STEADY CONSTANT</td> </tr> </table> <div style="text-align: center; margin: 20px 0;">  </div> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>E = EXTERNAL I = INTERNAL</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 20px;"> <p>COMMENTS:</p> </div>	BRIEF MOMENTARY TRANSIENT	RHYTHMIC PERIODIC INTERMITTENT	CONTINUOUS STEADY CONSTANT
1 FLICKERING QUIVERING PULSING THROBING BEATING POUNING	11 TIRING EXHAUSTING																											
2 JUMPING FLASHING SHOOTING	12 SICKENING SUFFOCATING																											
3 PRICKING BORING DRILLING STABBING LANCINATING	13 FEARFUL FRIGHTFUL TERRIFYING																											
4 SHARP CUTTING LACERATING	14 PUNISHING GRUELLING CRUEL VICIOUS KILLING																											
5 PINCHING PRESSING GNAWING CRAMPING CRUSHING	15 WRETCHED BLINDING																											
6 TUGGING PULLING WRENCHING	16 ANNOYING TROUBLESOME MISERABLE INTENSE UNBEARABLE																											
7 HOT BURNING SCALDING SEARING	17 SPREADING RADIATING PENETRATING PIERCING																											
8 TINGLING ITCHY SMARTING STINGING	18 TIGHT NUMB DRAWING SQUEEZING TEARING																											
9 DULL SORE HURTING ACHING HEAVY	19 COOL COLD FREEZING																											
10 TENDER TAUT RASPING SPLITTING	20 NAGGING NAUSEATING AGONIZING DREADFUL TORTURING																											
	PPI																											
	0 NO PAIN 1 MILD 2 DISCOMFORTING 3 DISTRESSING 4 HORRIBLE 5 EXCRUCIATING																											
BRIEF MOMENTARY TRANSIENT	RHYTHMIC PERIODIC INTERMITTENT	CONTINUOUS STEADY CONSTANT																										

ANNEXE II : LEGISLATION CONCERNANT L'EXPERIMENTATION DES MAISONS DE NAISSANCES

LOI n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance

Article 1

A titre expérimental, et pour une durée de deux ans après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement peut autoriser la création de structures dénommées « maisons de naissance », où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse, dans les conditions prévues aux articles [L. 4151-1](#) et [L. 4151-3](#) du code de la santé publique. Ces autorisations portent sur une durée maximale de cinq ans.

La maison de naissance doit être contiguë à une structure autorisée pour l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé, permettant, notamment, un transfert rapide des parturientes en cas de complication. L'activité de la maison de naissance est comptabilisée avec celle de cette structure.

Article 2

Modifié par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 158 \(V\)](#)

Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, il est dérogé aux articles [L. 1434-2](#), L. 1434-3 et [L. 6122-1](#) du code de la santé publique.

Les maisons de naissance ne sont pas des établissements de santé au sens de [l'article L. 6111-1](#) du même code et ne sont pas soumises au chapitre II du titre II du livre III de la deuxième partie dudit code.

Il peut être dérogé aux dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux modalités d'application de la prise en charge de certains actes inscrits sur la liste prévue à [l'article L. 162-1-7](#) de ce même code.

Par dérogation à [l'article L. 162-22-13](#) dudit code, les dépenses nécessaires au fonctionnement des maisons de naissance peuvent être prises en charge, en tout ou partie, par la dotation annuelle prévue à [l'article L. 162-22-14](#) du même code.

Article 3

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, en conformité avec un cahier des charges adopté par la Haute Autorité de santé et après avis conforme de celle-ci, la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner à titre expérimental. La suspension de fonctionnement d'une maison de naissance inscrite sur la liste peut être prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les motifs et dans les conditions prévus à

[l'article L. 6122-13 du code de la santé publique](#). Le retrait d'inscription à la liste est prononcé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en cas de manquement grave et immédiat à la sécurité ou lorsqu'il n'a pas été remédié aux manquements ayant motivé la suspension.

Article 4

Un an avant le terme de la dernière autorisation attribuée à une maison de naissance, le Gouvernement adresse au Parlement une évaluation de l'expérimentation.

Article 5

Les conditions de l'expérimentation, et notamment les conditions d'établissement de la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner, les conditions de prise en charge par l'assurance maladie de la rémunération des professionnels et les conditions spécifiques de fonctionnement des maisons de naissance sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

ANNEXE III : GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECT

Guide d'entretien semi-directif

Bonjour, je m'appelle Ophélie, je suis étudiante sage-femme en dernière année à l'école de sage-femme de Metz. Je réalise un mémoire de fin d'étude sur : « La prise en charge de la douleur des parturientes, par les sages-femmes, en maison de naissance en France ».

Dans ce cadre, je réalise des entretiens semi-directifs auprès des sages-femmes de maisons de naissance pour mener à bien mon enquête. C'est pourquoi que je vous ai sollicitée.

Toutes les informations recueillies lors de notre entretien resteront anonymes et seront détruites après la publication de mon mémoire de fin d'études.

Je vous remercie d'accepter de participer à ce travail de recherche.

Si vous le souhaitez, vous pourrez avoir accès à ce travail à l'issue de sa validation.

Thème 1 : Prise en charge de la douleur

Questions principales :

- Qu'évoque, pour vous, l'expression : « Prise en charge de la douleur lors d'un accouchement » ?
- Lorsque vous accompagnez une parturiente, quelle prise en charge de la douleur proposez-vous ?
- Comment évaluez-vous l'efficacité de votre prise en charge de la douleur ?

Questions de relance :

- De quels moyens disposez-vous pour prendre en charge la douleur ?
- Quelle évaluation faites-vous de votre prise en charge de la douleur ?

Thème 2 : Profil des parturientes

Question principale :

- Qu'est-ce qui motive les patientes à accoucher en maison de naissance ?
- Pourriez-vous me décrire le parcours suivi par les parturientes qui accouchent en maison de naissance ?

Questions de relance :

- Rédigent-elles un projet de naissance ?
- Enoncent-elles des souhaits quant à la prise en charge de la douleur ?
- Suivez-vous ces parturientes durant toute leur grossesse ?

Thème 3 : Présentation / Parcours professionnel

Questions principales :

- Quel âge avez-vous ?
- En quelle année avez-vous été diplômée ?
- Avez-vous des diplômes universitaires, formations complémentaires ?
- Pourriez-vous me décrire parcours professionnel
- Qu'est ce qui a motivé votre choix d'exercer en maison de naissance ?

Questions de relance :

- Quelle formation avez-vous suivi ?
- Pourquoi avoir suivi cette formation ?



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

SUIVI ET ORIENTATION DES FEMMES ENCEINTES EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE IDENTIFIÉES

Mise à jour Mai 2016

OBJECTIF : aider au suivi de la grossesse normale et améliorer l'identification des situations à risque de complications maternelles, obstétricales et fœtales (hors accouchement) pouvant potentiellement compliquer la grossesse afin d'en adapter si besoin le suivi.

QUEL SUIVI POUR QUELLE GROSSESSE ?

DIFFERENTS SUIVIS ET DEMANDES D'AVIS POSSIBLES POUR LES GROSSESSES EN FONCTION DES SITUATIONS A RISQUE IDENTIFIEES (ACCORD PROFESSIONNEL)

Suivi A : lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme.

Avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et /ou d'un autre spécialiste est conseillé.

Avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

Suivi B : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Conditions nécessaires :

- formation théorique et pratique adaptées au suivi des grossesses
- exercice dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et dans un réseau de périnatalité selon les possibilités locales

QUAND APPRÉCIER LE NIVEAU DE RISQUE ?

- **Idéalement avant la grossesse**, dans le cadre du suivi gynécologique de la femme quand elle exprime son désir de grossesse (principe d'une consultation préconceptionnelle)
- **Avant 10 semaines d'aménorrhée (SA)**, lors de la première consultation du suivi de grossesse
- **Tout au long de la grossesse**, jusqu'à la consultation du 9^e mois ou l'accouchement

CONTENU DU SUIVI	Consultation préconceptionnelle	1 ^{re} consultation avant 10 SA	2 ^e consultation avant 15 SA
	-	Établir le diagnostic de grossesse et dater la grossesse	Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée de l'accouchement
Examens cliniques et biologiques	Examen gynécologique frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique général et gynécologique PA ; taille ; poids ; examen des seins ; frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique PA ; poids ; hauteur utérine à partir du 4 ^e mois ; si possible bruits du cœur fœtal
	Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) toxoplasmose et rubéole recherche d'agglutinines irrégulières 	Sérologies prescrites obligatoirement (1) <ul style="list-style-type: none"> groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) toxoplasmose et rubéole syphilis glycosurie et protéinurie recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des Ac dirigés contre les Ag A et B recherche de l'antigène HBs 	Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA) glycosurie et protéinurie
	Sérologie proposée VIH (population à risque)	Examens proposés systématiquement (2) <ul style="list-style-type: none"> sérologie VIH 1 et 2 ; information sur les risques de contamination materno-fœtale par le VIH dépistage combiné du 1^{er} trimestre des anomalies chromosomiques fœtales associant mesure de la clarté nucale (1^{re} échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre) Examens proposés éventuellement <ul style="list-style-type: none"> examen cytbactériologique des urines (ECBU) dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque 	Examens proposés systématiquement dépistage des anomalies chromosomiques fœtales : marqueurs du 2 ^e trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1 ^{er} trimestre
Information et prévention	Recherche des facteurs de risque ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète)		Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple et rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille)
	Sensibiliser aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'usage de drogues et de médicaments tératogènes		
	Prévenir des anomalies de fermeture du tube neural (jusqu'à 8 SA) par supplémentation en folates à raison de 400 µg/jour		
	Informé sur le suivi de la grossesse		
	-	Débuter l'élaboration d'un projet de naissance	Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Consultation (Cs)	3 ^e Cs	4 ^e Cs	5 ^e Cs	6 ^e Cs	7 ^e Cs
Mois de gestation	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois
Examen clinique Poids ; PA ; hauteur utérine ; bruits du cœur et mouvements fœtaux ; signes fonctionnels urinaires ; contractions utérines	X	X	X	X	X
Évaluation de la présentation fœtale	-	-	-	-	X
Consultation de pré-anesthésie	-	-	-	-	X
Sérologies à prescrire obligatoirement (1)					
• Glycosurie et protéinurie	X	X	X	X	X
• 2 ^e détermination (si non faite avant) du groupe sanguin	-	-	-	-	X
• RAI, si Rhésus D négatif : à toutes les femmes et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel	-	-	X	-	X
• Toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent	X	X	X	X	X
• Hémogramme	-	-	X	-	-
Examens à proposer systématiquement					
• 2 ^e échographie (entre 20 et 25 SA)	X	-	-	-	-
• 3 ^e échographie (entre 30 et 35 SA)	-	-	-	X	-
• Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)	-	-	-	-	X
• Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire	X	X	X	X	X
Examens à proposer éventuellement ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive	X	X	X	X	X

Consultation du 9 ^e mois	
	Établir le pronostic obstétrical (mode prévu d'accouchement)
Examens cliniques et biologiques	Réaliser un examen clinique général et obstétrical Poids ; PA ; recherche des signes fonctionnels urinaires ; hauteur utérine ; recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux ; recherche des contractions utérines ; présentation fœtale (contrôle échographique en cas de doute)
	Sérologies prescrites obligatoirement (1) <ul style="list-style-type: none"> • Toxoplasmose en cas de négativité du résultat à la consultation précédente • Glycosurie et protéinurie
	Examens proposés éventuellement <ul style="list-style-type: none"> • ECBU en cas d'antécédents ou de diabète
Information et prévention	Donner des informations pratiques
	Vérifier l'environnement familial, les conditions de sécurité de la mère et de son enfant

PA : pression artérielle ; Ac : anticorps ; Ag : antigène ; SA : semaines d'aménorrhée ; ECBU : examen cytotobactériologique des urines.

(1) décret n° 92-143 du 14 février 1992 ; (2) loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 101/

QUELLES SONT LES SITUATIONS À RISQUE ?

Rechercher :

- **des facteurs de risque généraux** (notamment des facteurs individuels et sociaux ; un risque professionnel ; des antécédents familiaux) ;
- **des antécédents personnels préexistants gynécologiques ou non** (notamment des antécédents chirurgicaux ; des pathologies utéro-vaginales) ;
- **des antécédents personnels liés à une grossesse précédente** (notamment des antécédents obstétricaux ou liés à l'enfant à la naissance) ;
- **une exposition à des toxiques** (notamment à l'alcool, au tabac, aux drogues, à des médicaments potentiellement tératogènes) ;
- **des facteurs de risque médicaux** (notamment diabète gestationnel, hypertension artérielle gravidique, troubles de la coagulation)
- **des maladies infectieuses** (notamment toxoplasmose, rubéole, herpès génital, syphilis) ;
- **des facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux** (notamment cancer du sein, hématome rétroplacentaire, incompatibilité fœto-maternelle).

Pour chacune des situations à risque identifiées au cours de la grossesse, un type de suivi ou une demande d'avis a été recommandé (cf. tableau 1 des recommandations).

HAS

Ce document présente les points essentiels des recommandations professionnelles:
« Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » - Recommandation pour la
pratique clinique – Mise à jour Mai 2016).
Les recommandations et l'argumentaire sont consultables dans leur intégralité
sur www.has-sante.fr

Les sages-femmes et la prise en charge de la douleur des parturientes en maison de naissance en 2018-2019 en France.

Etude épidémiologique, observationnelle, qualitative, descriptive, multicentrique par entretien semi-directifs auprès des sages-femmes exerçant en Maison de naissance en France en 2018-2019.

Résumé :

Introduction : Au cours de ma formation de sage-femme, j'ai été surprise par la médicalisation de cet évènement « naturel » qu'est la naissance, et notamment avec le recours massif à l'anesthésie péridurale. Avec l'arrivée des maisons de naissance en France, la sage-femme se voit reprendre sa place en tant que professionnel médical, en total autonomie. Cependant un questionnement est né, comment les sages-femmes prennent-elles en charge la douleur de leurs parturientes en maison de naissance ?

Méthode : Ce mémoire repose sur une étude épidémiologique, observationnelle, qualitative, descriptive et multicentrique réalisé par des entretiens semi-directifs auprès des sages-femmes exerçant en Maison de naissance en France en 2018-2019. L'objectif principal de cette étude a été de faire un état des lieux sur la prise en charge de la douleur des parturientes dans un contexte de travail sans péridurale en maison de naissance en France.

Résultats : Les résultats obtenus par entretiens ont montré que les sages-femmes disposaient d'outils suffisamment efficaces pour prendre en charge la douleur : elles utilisent des méthodes alternatives comme le yoga, l'acupuncture, la sophrologie, grâce à des formations et diplômes universitaires qu'elles ont suivi. Enfin les résultats ont montré que la préparation à la naissance en amont et le suivi globale permettaient de rassurer la femme et de la « préparer » à accueillir son enfant sans appréhender la douleur.

Conclusion : Cette étude montre que les maisons de naissance permettent aux sages-femmes d'y voir l'intégralité de leurs champs de compétence et revalorise la profession.

Mots clés : douleur, maison de naissance, sage-femme, accompagnement personnalisé

Abstract:

Introduction: During my midwife's training, I was surprised by the medicalisation of this "natural" event that is childbirth, including the important resort to epidural analgesia. Since the appearance of the birthing center in France, midwives take back their role as health professional with full autonomy. However, a question needs asking: How do midwives handle pain management of women during labour in birthing center

Methods: This thesis is based on an epidemiological, observational, qualitative, descriptive and multifaceted study carried out using semi-structured interviews with midwives practicing in birthing center in France in 2018-2019. The main objective of this study is to present the standard of care relating to pain management of parturients in a context of work without epidural inside birthing centres

Results: Interview results showed that midwives have sufficiently effective tools to manage pain. They use alternative methods such as yoga, acupuncture and relaxation therapy, thank to university diplomas and training courses which they attended. Finally, the results showed that preparation of birth upstream and overall follow-up provides reassurance to expecting women and prepares them to welcome their child without apprehension of birthing pain.

Conclusion: This study shows that birthing centers allow midwives to experience the full range of their field of expertise and thereby enhance the status of the profession.

Keywords: pain, birthing center, midwife, personalized support