

ECOLE DE SAGES-FEMMES  
HOPITAL DU CLUZEAU  
23, avenue Dominique Larrey  
87042 LIMOGES Cedex

U.F.R de MEDECINE DE LIMOGES

# **IMPACT DE LA PREPARATION A LA NAISSANCE SUR LE DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT**

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE EN VUE DE  
L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PRESENTE PAR

CAZAL EMILIE

Née le 30 juin 1987, à Courbevoie

MAITRE DE MEMOIRE : JAYAT Marie-France

ANNEE UNIVERSITAIRE 2010-2011



## **Remerciements**

Je souhaite remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes et en particulier Mme FAURY pour m'avoir soutenue tout au long de la réalisation de ce mémoire. Je souhaite remercier Mme ETIFIER et Mr CATALAN pour leur aide concernant les statistiques.

Je voudrais remercier chaleureusement Marie-France JAYAT, mon maître de mémoire pour l'aide précieuse qu'elle m'a apporté tout au long de ces années ainsi que pour sa participation active lors de nombreux entretiens.

Je tiens à remercier de tout cœur ma famille, mes amies et ma promotion pour avoir su instaurer cette bonne humeur au long de ces quatre années.

# **TABLE DES MATIERES**

# **INTRODUCTION**

## **Introduction**

En 2005, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié les recommandations pour la pratique professionnelle concernant le programme de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). A l'heure actuelle, la PNP constitue un programme d'accompagnement des couples à l'accueil d'un enfant. La femme doit pouvoir trouver l'interlocuteur privilégié pour la guider et la rassurer, un espace où elle exprimera ses craintes et ses angoisses. Une préparation bien menée doit permettre d'attendre et d'accueillir cet enfant dans les meilleures conditions. Ces recommandations reconnaissent un bénéfice à la PNP, mais à quel niveau se situe-t-il ?

Jusqu'à présent, aucune évaluation n'a mesuré le retentissement de la PNP sur l'accouchement.

L'objectif de ce mémoire est de cerner l'impact d'un programme de préparation à la naissance sur le déroulement de l'accouchement.

Afin d'atteindre cet objectif, la première partie reprendra l'historique et les différentes méthodes de préparation à la naissance. La physiologie du travail sera détaillée afin de constituer une base pour l'étude qui suivra. Puis seront détaillés les différents programmes de préparation à la naissance proposés à Limoges, ainsi que les pratiques en salle de naissances à l'hôpital mère-enfant.

La deuxième partie concernera l'étude, ainsi que les éléments de recherche et les résultats statistiques.

Enfin, la discussion permettra de réfléchir aux différents résultats obtenus. Comment pouvons-nous les interpréter ? Cela nous orientera vers une ouverture sur des études complémentaires et différents axes de réflexion.

## **1. Histoire de la préparation à la naissance (1)**

Depuis des siècles les hommes ont tenté de comprendre la naissance et d'en diminuer le phénomène douloureux.

Dès le XVIIIe siècle, les magnétiseurs comme MEYER donnent l'idée de l'accouchement insensibilisé par le sommeil hypnotique.

Au XIXème siècle, l'hypnose émerge dans le monde de l'obstétrique grâce aux travaux de LIEBAULT (1855-1887), CHARCOT (1825-1893) et JOIRE (1859-1929).

En 1917, les états soviétiques ouvrent de nombreuses perspectives. PAVLOV développe des travaux sur l'hypnose et sur l'activité nerveuse supérieure (1899-1936). Ses travaux traitent du support scientifique de cette méthode.

Vers les années 30, G. D. READ (accoucheur anglais) met au point «la méthode d'accouchement sans crainte». Il illustre la notion de triade « peur tension douleur ». Deux grands principes de la préparation à la naissance apparaissent d'après le schéma de POLAILLON :

- Le déconditionnement de la femme enceinte pour abolir le fait que la contraction utérine soit associée à la douleur,
- Il donne une distinction entre douleur et souffrance.

L'appellation « méthode psychoprophylactique » naît en 1949 avec NICOLAIEV.

En 1951, LAMAZE introduit la psychoprophylaxie obstétricale (PPO) en France. Il fait partie d'un courant de l'époque, nommé « accouchement sans douleur », qui a pris naissance en Angleterre et en Union Soviétique.

LAMAZE décrit la préparation à la naissance telle que :

« L'accouchement sans la douleur par la méthode de psychoprophylaxie est le résultat d'une éducation physique et psychique de la femme enceinte pendant les derniers temps de la grossesse.

Cette méthode vise à abolir la douleur, réputée fatale, liée à la contraction de l'utérus pendant le travail.

Elle ne requiert pas l'usage de médicaments.

Elle n'a pas de contre indication.

Elle ne comporte aucun risque pour la mère, ni pour l'enfant. » (1)

La préparation à la naissance s'est développée dans notre pays avec la prise en charge par l'assurance maladie des cours de PPO en 1956 sous l'impulsion du docteur LAMAZE.

En 1970, F. LEBOYER met en avant la notion de naissance sans violence.

Dans les années 1980, la PPO évolue vers la préparation physique, l'écoute et l'information des femmes et des couples. Les professionnels consacrent une partie de chaque séance de PPO à la prise de parole des femmes et des couples. A cette même période, la PPO devient la préparation à la naissance. Le concept se modifie avec l'avènement de l'anesthésie péridurale (APD). La prise en charge de la douleur n'est alors plus une priorité car elle est maîtrisée par l'APD. De ce fait, les sages-femmes doivent adapter leur offre concernant la préparation à la naissance.

La vie moderne a fait que les mères accompagnent moins leurs filles pendant la grossesse. La médicalisation de l'accouchement amène les femmes à demander un accompagnement plus personnel de la part des professionnels. Ainsi naissent les formes de préparation que nous connaissons actuellement en combinant information, accompagnement et exercices physiques. (2)

En soixante ans, la préparation à la naissance est passée de la prise en charge de la douleur, à l'accompagnement des couples dans le développement de leur rôle de parents. (2)

Récemment, Mme DE GASQUET a proposé une préparation axée sur une « Approche POsturo-Respiratoire - APOR® » pouvant être utilisée pendant la grossesse et l'accouchement.



## **2. La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)**

Historiquement, la préparation à la naissance était centrée sur la prise en charge de la douleur. Elle s'oriente actuellement vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance. Le projet de naissance est la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins locale. Il inclut l'organisation des soins avec le suivi médical et la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce à domicile. (3)

### **2.1. La Haute autorité de santé : les recommandations pour les pratiques professionnelles (4)**

En 2005, la Haute Autorité de Santé (HAS) présente les recommandations pour la pratique clinique dans le domaine de la préparation à la naissance et à la parentalité. Ces recommandations ont pour objectif de proposer aux professionnels de santé une démarche préventive, éducative et d'orientation dans le système de santé.

Ces objectifs visent à :

- préparer le couple à la naissance et à l'accueil de son enfant au moyen de séances éducatives adaptées aux besoins et aux attentes de chaque femme et futur père ; repérer précocement les difficultés du couple ;
- accompagner chaque couple, et en particulier s'il existe une situation de vulnérabilité, par des dispositifs qui préviennent les troubles de la relation parents-enfant ;
- soutenir la parentalité par des informations et des repères sur la construction des liens familiaux et sur les moyens matériels, éducatifs et affectifs qui permettent à l'enfant de grandir ;
- favoriser une meilleure coordination des professionnels autour et avec la femme enceinte et le couple, de l'anténatal au postnatal. (5)

Les recommandations pour les pratiques professionnelles énoncées par la HAS en novembre 2005 préconisent une approche plus précoce de la PNP et une démarche élargie à l'amélioration des compétences des femmes et des couples en matière de santé et au soutien à la parentalité. Elles ont été reprises dans le plan de périnatalité 2005-2007.

Un des buts de la PNP est de consolider le projet de naissance, notamment dans le premier entretien prénatal précoce.

Ce mémoire ne traite pas de l'entretien prénatal précoce, mais il est d'actualité de souligner l'importance de cet entretien dans de nombreux domaines, ainsi qu'en matière de préparation à la naissance et à la parentalité.

#### 2.1.1. Objectifs de la préparation à la naissance

Le but de la préparation à la naissance est d'accompagner la femme ou le couple dans ses choix et ses décisions concernant sa santé, la grossesse, les modalités d'accouchement, et la durée du séjour en maternité.

#### 2.1.2. Organisation de la préparation

La préparation à la naissance et à la parentalité selon les recommandations pour les pratiques professionnelles est organisée comme suit :

- Un entretien précoce (au cours du 4<sup>ème</sup> mois)
- L'état actuel des connaissances ne permet ni de proposer un nombre, une fréquence, ou une durée optimale pour chacune des séances, ni de définir la taille idéale d'un groupe de participants (méthode de randomisation et de répartition dans les groupes insuffisamment décrite dans les études, effectifs faibles, critères de jugement variables d'une étude à l'autre, hétérogénéité des programmes d'interventions).
- Les séances prénatales doivent être planifiées avec chaque femme, par le professionnel qui les assure, afin qu'elle puisse bénéficier de l'ensemble du programme avant la naissance. La planification tient compte des possibilités de participation des femmes et des futurs pères, et de la disponibilité du professionnel de santé.
- Le nombre de séances : En France, 8 séances prénatales de 45 minutes minimum sont prises en charge par l'assurance maladie, l'entretien individuel ou en couple en fait partie et fait l'objet d'une cotation spécifique<sup>1</sup>. Ces séances prénatales sont

---

<sup>1</sup> [Arrêté du 11 octobre 2004 modifiant la nomenclature des actes professionnels]

individuelles ou en groupe, à l'exception de l'entretien du 1er trimestre qui est obligatoirement individuel ou en couple. (5)

L'objectif spécifique des séances de préparation à la naissance est de mettre en œuvre une technique de travail corporel adaptée aux besoins des couples. Les femmes réalisent des exercices de relaxation, de respiration et des postures, dans le but de faciliter le travail et la naissance.

De nombreuses approches sont proposées en France mais aucune n'a été évaluée : psychoprophylaxie obstétricale, sophrologie, préparation aquatique, haptonomie, yoga, chant prénatal. (4)

## **2.2. Thèmes abordés de façon générale**

La psycho prophylaxie obstétricale est une éducation des femmes enceintes. Elle fait appel essentiellement à des notions très objectives :

- Informer les patientes
- Entraîner à des techniques
- Obtenir l'analgésie et un comportement adapté à la situation.

Lors de séances, il s'agit de pointer les difficultés rencontrées par la femme enceinte afin de trouver des solutions. Les séances s'organisent différemment selon les sages-femmes. (6)

La psychoprophylaxie obstétricale, de nos jours préparation à la naissance et à la parentalité, définit les bases des séances de préparation à la naissance.

### **2.2.1. La relaxation**

La relaxation est une méthode abordant une détente mentale et physique. Cette méthode est connue en obstétrique grâce aux travaux de G. D. READ.

C'est le fait de décontracter la masse musculaire afin d'obtenir une atténuation du phénomène douloureux. Dans les cours de PNP, repos et relaxation sont généralement associés.

Le déconditionnement de la douleur est obtenu par des rythmiques respiratoires. L'effet volontaire de la respiration permet une concentration et une prise de conscience de l'activité cérébrale. Les séances de relaxation se déroulent souvent en fin de séances.

La technique pour la relaxation est similaire à chaque séance. Les séances se déroulent dans la pénombre, dans le silence. Les femmes sont confortablement installées sur des tapis. La sage-femme prend une voix calme et monocorde : TERPNOS LOGOS. La relaxation dure 15 minutes.

Pendant une séance de relaxation, différents exercices sont utilisés. La mise sous tension d'un muscle et son relâchement permettent une prise de conscience de la partie souhaitée. Apparenté à la sophronisation, les femmes effectuent des enchaînements d'exercices avec prise de conscience de chaque partie du corps. Des exercices concernant la respiration sont proposés par l'alternance de respirations longues, profondes et de phases d'apnée.

Les exercices de relaxation sont pratiqués à chaque séance. Les femmes peuvent ainsi les réutiliser lorsqu'elles le souhaitent. Ces exercices deviennent alors volontaires et accessibles à la patiente à tout moment.

« La relaxation est un procédé de déconditionnement positif exerçant une influence bénéfique sur le bien-être physique et psychique de la femme enceinte. » (7)

### 2.2.2. La respiration

Pendant les séances de préparation à la naissance, les femmes s'exercent sur des techniques de respiration adéquates pendant les contractions et les efforts expulsifs. Le but étant que ces exercices soient acquis et que le jour de l'accouchement elles sachent utiliser leur respiration à bon escient.

La prise de conscience de la respiration est une étape clef de la préparation à la naissance. Les femmes utilisent leurs mains pour prendre conscience de l'activité de leur abdomen, de leur diaphragme et de leur cage thoracique. La respiration se fait selon une rythmique régulière à deux temps : prise de conscience de l'inspiration thoracique puis abdominale puis expiration lente et passive.

Plusieurs types de respiration sont possibles pendant les contractions ou les efforts expulsifs :

- Respiration thoracique : elle met en jeu la partie supérieure du thorax sans l'élévation des épaules
- Respiration abdominale : mise en jeu de l'abdomen, les mains sur le ventre se soulèvent.

- Respiration complète ou abdomino-thoracique : grâce à une inspiration profonde les femmes soulèvent l'abdomen puis gonflent le thorax de façon chronologique. L'expiration se fait en inversant la chronologie. L'expiration est lente et complète.
- Respiration soufflante : mouvements respiratoires irréguliers et rapides, c'est la respiration haletante ou du « petit chien », utilisée parfois lors du dégagement. Cette respiration est à proscrire pendant le travail, car elle crée une hypoxie maternelle par hyperventilation.

La respiration complète est globalement la plus enseignée en cours de PNP.

Pendant les dernières séances de préparation à la naissance, les cours sont regroupés sur le thème des efforts expulsifs. Lors de ces cours, la patiente apprend la poussée en expiration. Une expiration lente et progressive permet l'ascension du diaphragme. (6) Dans ce cas, il n'y a pas d'hyperpression abdominale. La poussée en expiration permet un « démoulage » du fœtus. Elle prévient les risques de prolapsus des organes pelviens (vessie, rectum, utérus), les risques de poussée hémorroïdaire et les risques d'hypoxie fœtale, ceci par une oxygénation maternelle continue. Pour une utilisation efficace, les efforts expulsifs doivent débiter lorsque le mobile fœtal est engagé à la partie moyenne ou à la partie basse.(6)

### 2.2.3. La mobilisation de la femme enceinte

En cours de préparation à la naissance, les sages-femmes ont un rôle d'éducation auprès des femmes. L'apprentissage de postures adaptées à la grossesse et au travail lui permet de vivre sa grossesse activement ainsi que la naissance. A l'aide de ballons souples, de galettes, de coussins d'allaitement, de tapis de sol, la femme apprend à connaître son corps et à se détendre. Ces exercices permettent une préparation du périnée à l'accouchement. Elle peut étirer toutes les parties de son corps grâce à de nombreux exercices.

Les exercices de mobilisation sont complémentaires aux exercices de respiration. La mobilisation pendant le travail permet à la présentation fœtale de s'orienter plus aisément dans le bassin maternel.

La descente et la rotation du mobile fœtal peuvent être facilitées par la mobilisation de la patiente, car elle augmente la concordance des axes de poussée utérine et de descente.

#### 2.2.4. Informations dispensées aux femmes enceintes

Au cours des séances de préparation à la naissance, les femmes enceintes bénéficient d'informations concernant leur grossesse. Ces informations sont données de façon méthodologique. Elles sont organisées en fonction du terme de la grossesse.

La sage-femme explique à la patiente, à l'aide de schémas et de modèles, l'anatomie, le principe de la contraction utérine, l'analgésie péridurale, les efforts expulsifs, le lieu de la naissance et les éléments présents en salle de naissance. Les signes d'appels pour venir à la maternité sont expliqués.

Un échange s'établit sur le nouveau-né, sur son comportement, ses capacités de vie extra-utérine et ses compétences à la naissance.

L'allaitement qu'il soit maternel ou artificiel est expliqué. Les suites de couches sont détaillées.

La sage-femme répond aux inquiétudes des patientes, elle leurs explique la physiologie de la grossesse et de l'accouchement. Elle donne des éléments de repères en cas de situation pathologique de façon simple et complète.

### 2.3. Différentes méthodes de préparation à la naissance

#### 2.3.1. La sophrologie

La sophrologie est l'étude des moyens qui permettent d'obtenir la tranquillité, l'équilibre, l'harmonie de l'esprit. La sophrologie est une relaxation dynamique à 3 degrés. Il y a la relaxation dynamique concentrative basée sur des exercices respiratoires et physiques. La relaxation dynamique contemplative qui est un exercice de visualisation de son corps dans le temps et dans l'espace. La relaxation dynamique méditative renforce l'accord entre dynamique corporelle et mentale. En ce qui concerne cette méthode, la sage-femme doit avoir un timbre vocal neutre « terpnos logos ». Elle aide les femmes à atteindre le niveau au bord du sommeil : le niveau sophro luminal. A ce niveau les femmes sont réceptives aux stimuli proposés. (8)

### 2.3.2. La préparation en piscine

Le monde aquatique permet une détente et une sensation d'apesanteur. Cette sensation facilite les exercices de relâchement, de détente ainsi que les exercices pour l'entretien des articulations et de la masse musculaire.

Le travail du périnée est abordé par des exercices simples. La mobilisation des bras, de la sangle abdominale ainsi que des membres inférieurs est moins difficile car la pesanteur est diminuée en milieu aquatique.

Les patientes expirent sous l'eau, ce qui leur permet un contrôle et une prise de conscience de leur débit ventilatoire.

En fin de séance un temps de détente est prévu. Ce temps est établi selon les bases de la sophrologie. Les femmes sont confortablement installées à l'aide de bouées, elles écoutent une musique calme. La sage-femme les invite à se plonger au bord du sommeil et à prendre conscience de leurs fœtus, de leur corps et de ses changements tout au long de la grossesse.

### 2.3.3. Le yoga

Il s'agit d'une méthode de relaxation, de concentration et de maîtrise des fonctions corporelles. Une place importante est donnée à l'apprentissage de la respiration car elle permet un niveau de détente maximal. Des exercices permettent d'associer respiration, concentration et postures. A la fin de la séance, pendant l'écoute d'une musique calme et reposante, la sage-femme invite les patientes à la relaxation par la lecture d'un texte concernant la grossesse et la venue d'un enfant. Cette description est celle des séances de préparation à la naissance faites à Limoges.

### 2.3.4. Le chant prénatal

Dans les années 1970, Marie-Louise Aucher, chanteuse et fondatrice de la psychophonie, pense que le chant est bénéfique pour le bébé pendant la grossesse. Encouragée par plusieurs médecins, elle expérimente les bienfaits du chant prénatal pour la femme enceinte.

« Conçues pour accompagner les mois de la grossesse, des chansons favorisent la communication entre l'enfant in utero et ses parents. Elles permettent d'oser expérimenter ses émotions, joie comme inquiétude, au bord du mystère de la vie. » (8)

Le chant amène une maîtrise du souffle, du diaphragme et des muscles abdominaux et périnéaux, facilitant la respiration pendant le travail et la poussée sur l'expiration.

### 2.3.5. L'haptonomie (8)

L'haptonomie est une pratique récente traitant de l'affectivité, ou des lois qui régissent les mécanismes affectifs en particulier dans les relations interpersonnelles. La pratique de l'haptonomie consiste à entrer en relation par le toucher, le contact affectivo-psycho-tactile. Il s'agit d'une approche relationnelle et tactile qui ne dirige jamais, qui ne soumet jamais, mais qui guide, qui accompagne, qui soutient.

Cette méthode est peu répandue en France en matière de préparation à la naissance.

### 3. Physiologie du travail, les chiffres de base (9) (10)

Pour mesurer l'impact de la préparation à la naissance lors du déroulement de l'accouchement, la physiologie du travail doit être décrite.

Le travail chez une primipare se déroule en plusieurs phases :

- Phase de latence : elle dure jusqu'à 9 h, la dilatation cervicale allant jusqu'à 2 ou 3 cm.
- Phase active : elle dure entre 5 et 8 h, à raison de 1 cm/h de dilatation en moyenne

On observe à la fin de la phase active une phase de décélération d'environ 1 h 58 maximum.

Au total, la durée moyenne du travail est de 13 heures chez la primipare. Certaines données peuvent influencer la durée du travail, comme la pose de l'analgésie péridurale (APD).

Selon les travaux et la courbe de FRIEDMAN, la durée du travail pour une primipare est de 14 h 30, 15 h. D'autres travaux montrent que la durée totale du travail d'une primipare est de :

- 10 h au maximum sans APD
- 22 h maximum avec APD.



Cependant, il est important de noter que les travaux de FRIEDMAN datent de 1979 alors que de nos jours le travail est souvent dirigé.

Une seconde façon de diviser le travail est décrite chez toutes les parturientes confondues d'après l'ouvrage de LANSAC (2003) :

- 1ère phase du travail : début du travail jusqu'à dilatation complète
  - Pas d'APD : 8,1 h
  - Avec APD : 10,2 à 19 h
- De dilatation complète jusqu'à l'accouchement :
  - Pas d'APD 54 min à 132 min
  - Avec APD : 79 min à 185 min

La durée des efforts expulsifs est de 20 à 30 minutes pour une primipare.

Selon le rapport national de la périnatalité à partir de la base de données Audipog, sur la population totale des naissances entre 1999 et 2006 :

- Sur une population de primipares n'ayant pas de pathologie pendant la grossesse, entrées en salle de naissance entre 37 SA et 41 SA en travail spontané et membranes intactes (12 787 patientes) :
  - o Mode d'accouchement
    - 93,57 % de voie basse non instrumentale
    - 4,72 % d'intervention voie basse (instruments ou manœuvres)
    - 1,17 % de césarienne pendant le travail
  - o Anesthésie
    - 39,60 % sans anesthésie
    - 2,09 % de rachianesthésie
    - 56,78 % d'APD

Le rapport concernant les données statistiques à l'HME pour l'année 2010 nous donnent des valeurs de références :

- 13,14 % d'extraction instrumentale
- 80,21 % d'APD pour les accouchements par voie basse
- 22,23 % de césarienne.
- 35,2 % d'épisiotomie.

#### **4. Etat des lieux de la préparation à la naissance et à la parentalité à Limoges**

Les femmes enceintes peuvent participer à différents types de préparation à la naissance à Limoges, en libéral ou à l'HME.

On dénombre 11 sages-femmes pour Limoges et sa périphérie, trois pratiquent des séances de préparation par le yoga, deux pratiquent des séances en piscine et une organise des cours de chant prénatal.

Pour mieux connaître les types de préparation pratiqués à Limoges, je suis allée les rencontrer.

J'ai appelé 9 sages-femmes de Limoges, 5 ont répondu à mon appel et j'ai pu les rencontrer durant le mois de janvier 2011 (questionnaire oral (annexe I)).

##### **4.1. Le profil des sages-femmes rencontrées**

Pour la plupart, les sages-femmes pratiquent des séances de préparation à la naissance depuis de nombreuses années. Elles ont toutes eu des formations spécifiques concernant leurs domaines d'activité. La formation APOR<sup>®</sup> B DE GASQUET (« Approche POsturo-Respiratoire - APOR<sup>®</sup> ») est la plus fréquemment réalisée. La formation Yoga est aussi très prisée.

Les sages-femmes rencontrées se forment régulièrement afin d'être à la pointe de leur technique.

##### **4.2. L'information aux cours des séances**

Toutes les sages-femmes rencontrées réalisent en début de préparation un entretien individuel. Cet entretien est calqué sur le modèle d'une séance d'entretien prénatal précoce. Il a pour but de répondre aux questions des femmes, de dépister les éventuels risques psycho-médicaux-sociaux pour la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, risques liés à l'environnement de la patiente et ses antécédents. La prévention, le dépistage reste les principaux objectifs de cet entretien. La sage-femme constitue une fiche de suivi concernant les éléments évoqués. Cette séance se déroule souvent vers le 5<sup>ème</sup> mois de grossesse ou plus tard. Elle permet d'établir un lien de confiance entre le professionnel et la patiente.

En règle générale, les informations dispensées aux femmes enceintes sont adaptées au terme de leur grossesse. Les sages-femmes redonnent aux patientes des conseils d'hygiène alimentaire.

Une séance ou plusieurs temps sont dédiés à l'allaitement qu'il soit maternel ou artificiel.

L'information dispensée aux patientes à Limoges est en accord avec le paragraphe 2.2.4. .

### **4.3. Les exercices pratiques**

Les sages-femmes proposent des exercices (toujours combinés à la respiration) visant à :

- soulager les « petits maux de la grossesse » (lombalgies, sciatiques, tensions musculaires, douleurs circulatoires, crampes...);
- travailler la souplesse et mieux appréhender les changements corporels au fil des semaines (se réapproprier son corps) ;
- préparer le bassin et le périnée à l'accouchement par des postures favorisant l'engagement du bébé, sa descente et son expulsion.

### **5. Les pratiques en salle de naissance**

En salle de naissance, la population de parturientes se divise en deux groupes :

- les femmes ayant suivi toutes ou presque leurs séances de PNP,
- les femmes n'ayant reçu aucun enseignement ou très peu.

Chez les femmes ayant participé à la totalité des séances, des enseignements similaires sont retrouvés :

- La respiration est la notion la plus fréquemment utilisée. Cependant les exercices de respiration sont réalisés sous conditions : ils nécessitent un encadrement et une sérénité chez la patiente. Il faut à la femme enceinte au moment du travail un accompagnement et un rappel des exercices appris en séance de PNP. Globalement les femmes sont invitées à la respiration complète par les sages-femmes et sont accompagnées par leur conjoint.

Un autre point important de la PNP est la poussée lors de l'expiration. Cette méthode est rarement utilisée hormis chez des femmes ayant une parfaite conscience de leur corps et un entraînement.

- La relaxation. Les moments où la parturiente se relaxe sont peu nombreux par rapport à la durée du travail, ils apportent cependant des moments de détente bénéfique pour les parturientes. Les patientes se relaxent entre les contractions sur les ballons par exemple. La sage-femme détend la femme afin qu'elle reprenne des forces au moment de l'expulsion toujours entre les contractions. Ces temps de relaxation permettent une détente du corps entier, la patiente relâche ainsi les tensions musculaires, notamment les tensions au niveau de son périnée.
- En salle de naissance à l'HME sont mis à disposition des ballons, des arceaux ainsi que des galettes qui permettent à la patiente de se mobiliser plus facilement. La sage-femme qui l'accompagne doit être attentive et doit prendre du temps pour proposer et l'aider dans les postures, elle la rassure et réajuste si elle le juge nécessaire. En se mobilisant avec les professionnels, puis seule, la patiente peut se gérer de façon autonome et mieux appréhender le phénomène douloureux. Ceci jusqu'au moment où, si elle le souhaite, des antalgiques lui seront proposés.

La respiration, la détente, les exercices de relâchement musculaire offrent des possibilités comme la mobilisation de la parturiente plus aisée pendant le déroulement du travail.

Les femmes qui n'ont pas eu de préparation à la naissance arrivent en salle de naissance parfois selon les conseils données par la sage-femme rencontrée en consultation ou sur les conseils d'un tiers. Elles semblent plus angoissées car souvent elles ne connaissent pas le déroulement de l'accouchement, ni même l'organisation de la salle de naissances. Les sages-femmes leurs expliquent la continuité de leur prise en charge et les mettent en confiance rapidement. Les sages-femmes les aident si elles le souhaitent à découvrir quelques exercices de préparation à la naissance pour soulager le phénomène douloureux mais par méconnaissance elles sont moins demandeuses.

## 1. Constat

### 1.1. Mes observations en salle de naissance

A la suite d'un questionnaire succinct des femmes en salle de naissance à l'HME de Limoges (pendant le post-partum immédiat) durant l'été 2009, j'ai eu l'impression que globalement les femmes ayant eu des cours de préparation à la naissance, s'approprient leur accouchement de façon plus importante. Il m'a semblé qu'elles ont des connaissances et un savoir faire en matière de relaxation, de respiration et de mobilisation. Elles arrivent plus confiantes en salle de travail. Elles sont plus détendues et mettent en application ce qu'elles ont appris en cours, concernant la respiration, la poussée par exemple. Cela permet une diminution du stress et de l'appréhension.

Il semblerait qu'en salle de naissance, le travail et l'accouchement se déroulent de façon différente, si les femmes ont participé aux cours de préparation à la naissance :

- Elles arriveraient plus tard en salle de naissance, à une dilatation plus avancée.
- La durée entre 5 cm de dilatation et l'accouchement serait raccourcie.
- On observerait moins de dystocie mécanique et dynamique, moins d'extraction instrumentale lors de l'accouchement.
- Les efforts expulsifs seraient de plus courte durée.
- La mobilisation des femmes serait plus importante : la femme se mobiliserait seule ou se laisserait aisément guider par la sage-femme.
- Le recours aux analgésiques serait retardé : les analgésies péridurales seraient moins fréquentes, elles se poseraient à des dilatations plus avancées.

Ces différentes notions ne sont que des observations. Nous avons voulu alors évaluer l'impact d'un programme de préparation à la naissance sur le déroulement de l'accouchement afin de vérifier ou non ces différentes observations.

## 1.2. Problématique

Y a-t-il un impact de la préparation à la naissance et à la parentalité sur le déroulement de l'accouchement chez les primipares ?

## 1.3. Objectifs

Objectif principal : mesurer l'état de dilatation cervicale à l'arrivée, en salle de naissance en fonction de l'exposition au programme de préparation à la naissance et à la parentalité.

Objectif secondaire : mesurer l'impact d'un programme de préparation à la naissance et à la parentalité sur le déroulement de l'accouchement.

## 1.4. Hypothèses

Hypothèse principale : Les patientes préparées arrivent en salle de naissance à une dilatation plus avancée ; 1 cm d'écart soit 3,5 cm de dilatation cervicale.

Hypothèses secondaires :

- 1) Les femmes préparées ont recours à l'analgésie péridurale à une dilatation plus avancée : 1 cm de différence soit 6 cm de dilatation pour les femmes préparées.
- 2) Les femmes ayant suivi la PNP varient plus les postures pendant le travail par rapport à celles qui ne l'ont pas suivi.
- 3) La durée du travail à partir de 5 cm de dilatation jusqu'à l'accouchement est plus courte d'une heure pour les femmes préparées.
- 4) Les extractions instrumentales sont moins fréquentes pour des primipares ayant suivi la PNP, notamment en raison d'efforts expulsifs insuffisants.
- 5) Les efforts expulsifs sont diminués de 10 minutes chez une femme préparée.

### **1.5. Intérêt de l'étude**

Le but de cette étude serait d'encourager les femmes à suivre les programmes de préparation à la naissance, de les valoriser en soulignant leurs compétences. C'est la première étude mettant en relation un programme de préparation à la naissance et le déroulement de l'accouchement, elle permettrait d'évaluer les pratiques professionnelles des sages-femmes proposant des séances de préparation à la naissance à Limoges.

### **1.6. Critère principal de jugement**

Le critère principal de jugement est la dilatation cervicale à l'arrivée en salle de naissance.

### **1.7. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective du type exposé/non exposé.

L'étude a été réalisée à partir des dossiers médicaux informatisés (logiciel FILEMAKER) à l'HME de Limoges, pour les femmes ayant accouché entre février et décembre 2010, à partir de la date de mise en place de la case « PPO oui/non et si oui : nombre de séances ».

## **2. Méthodologie**

### **2.1. La population**

La population source est la population de femmes ayant accouché à l'HME entre le 1<sup>er</sup> février et le 31 décembre 2010.

#### **2.1.1. Les critères d'inclusion**

La population cible est définie par les patientes primipares ayant accouché à l'HME entre 37 et 41 semaines d'aménorrhée (SA), patientes en travail spontané pour des grossesses physiologiques.

### 2.1.2. Les critères d'exclusion

Les critères d'exclusions sont :

- Multiparité : le déroulement de l'accouchement et les conduites obstétricales sont différentes pour une multipare.
- Grossesses pathologiques : dans un contexte de grossesse pathologique, les conduites à tenir lors de l'accouchement ont des répercussions sur la durée du travail, les prises en charges sont différentes.
- Grossesses multiples : l'accouchement lors de grossesses multiples ne présente pas les mêmes caractéristiques qu'un travail de grossesse unique.
- Déclenchement du travail et maturation cervicale : lors de ces situations, le travail est allongé et n'est pas soumis aux mêmes protocoles.
- Rupture prématurée des membranes et rupture hors service en début de travail car les prises en charges varient.

## 2.2. Le nombre de cas nécessaire

En salle de naissance, j'ai calculé plusieurs données concernant la dilatation cervicale à l'arrivée.

Sur un groupe de 28 primipares préparées ou non, sélectionnées au hasard selon les critères d'inclusion et d'exclusion, j'ai calculé :

- La moyenne de la dilatation à l'arrivée est de 2,71 cm (pour l'orifice interne).
- L'écart type est de 1,34 cm.

Ainsi avec une moyenne de 2,71 cm, un écart type  $\alpha$  de 1,34 cm, un delta de 1 cm, un risque  $\alpha = 0,05$  et une puissance de 80%, le nombre de sujets nécessaires est de 30 sujets par groupe. On peut additionner 10% de non évaluables ce qui aboutit à 33 sujets par groupe.

## 2.3. Les variables

### 2.3.1. Variables principales

La variable indépendante principale est l'exposition aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité.



La variable dépendante principale est la dilatation cervicale à l'arrivée en salle de naissance. On prend comme dilatation principale la dilatation de l'orifice interne du col, soit le 3<sup>ème</sup> chiffre dans la notation du toucher vaginal.

### 2.3.2. Variables secondaires

Les variables dépendantes secondaires sont :

- Délai entre la dilatation à 5 cm et l'accouchement,
- APD faite ou non :
  - o si oui, dilatation cervicale à laquelle la péridurale est posée,
- Postures pendant le travail : pour une primipare ayant utilisé plus de trois postures pendant le travail, la mobilisation de la patiente sera considérée comme satisfaisante.
- Durée des efforts expulsifs, sachant que la valeur de référence est de 20 à 30 minutes.
- Présence ou non de dystocies mécaniques et dynamiques confondues,
- Extraction instrumentale ou non, avec le mode d'extraction et l'indication.

Les variables indépendantes secondaires sont :

- L'âge maternel de la patiente, divisé en 5 groupes :
  - o Moins de 20 ans
  - o Entre 20 et 24 ans
  - o Entre 25 et 29 ans
  - o Entre 30 et 34 ans
  - o Plus de 35 ans
- La catégorie socio professionnelle de la patiente selon l'OMS.
- Grossesses spontanée, induite ou inopinée
- L'origine ethnique de la patiente

## 2.4. Stratégies d'exploitation

Dans le but de scinder la population cible en fonction de la variable indépendante principale, c'est-à-dire l'exposition à la préparation à la naissance, deux groupes ont été formés :

- Un groupe exposé : préparation à la naissance considérée comme satisfaisante, soit un nombre supérieur ou égal à 5 séances.
- Un groupe non exposé : préparation à la naissance inexistante.

Le groupe se plaçant hors des zones d'affiliation aux groupes exposé et non exposé a été exclu de l'étude principale : l'impact de la préparation à la naissance ne peut se mesurer sur les populations ayant suivi uniquement 1, 2, 3 ou 4 cours de préparation. Ces cours de préparation à la naissance forment une continuité. Nous avons décidé de prendre en compte les femmes ayant participé à plus de la moitié des séances de PNP, car il nous a semblé qu'au moins 5 séances étaient satisfaisantes dans la démarche de préparation. En effet, pour certaines patientes, il est difficile d'assister à la totalité du programme.

Le nombre de séances de préparation à la naissance a été renseigné sur le dossier médical à l'admission en salle de naissance.

Les données ont été regroupées sous forme de tableau à l'aide du logiciel EXCEL, puis ont été exploitées grâce au logiciel MODALISA. Pour l'exploitation des données, les tests statistiques de Fischer et le Khi 2 ont été utilisés.

### 3. Résultats

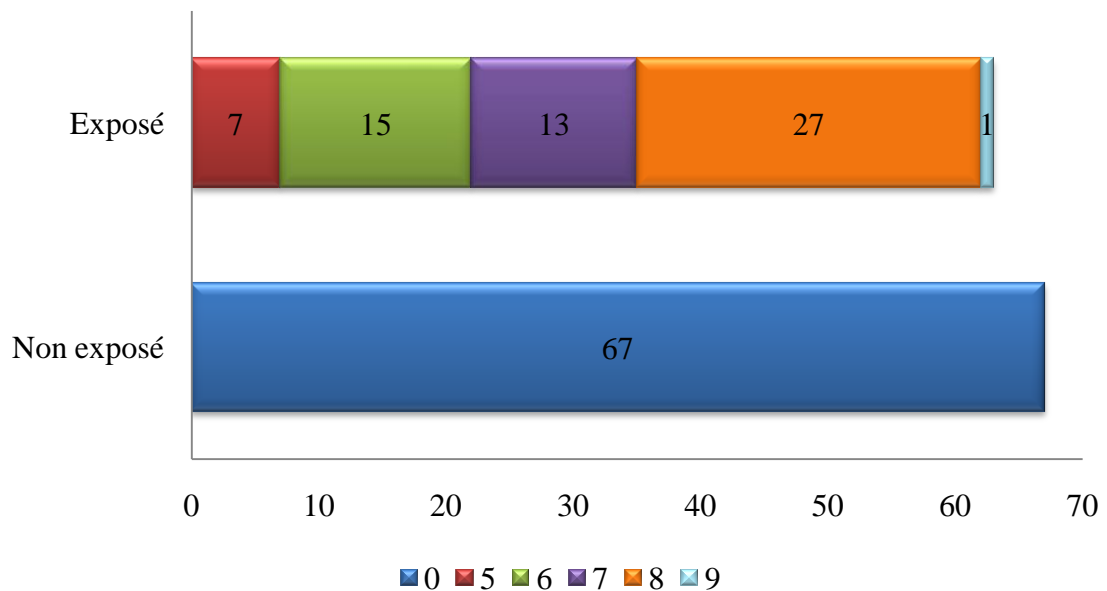
#### 3.1. Présentation de la population

##### 3.1.1. Les groupes exposé et non exposé

La population est de 130 femmes réparties en deux groupes :

- Groupe exposé : 63 femmes ;
- Groupe non exposé : 67 femmes.

#### Distribution de la population en fonction du nombre de séances de préparation à la naissance



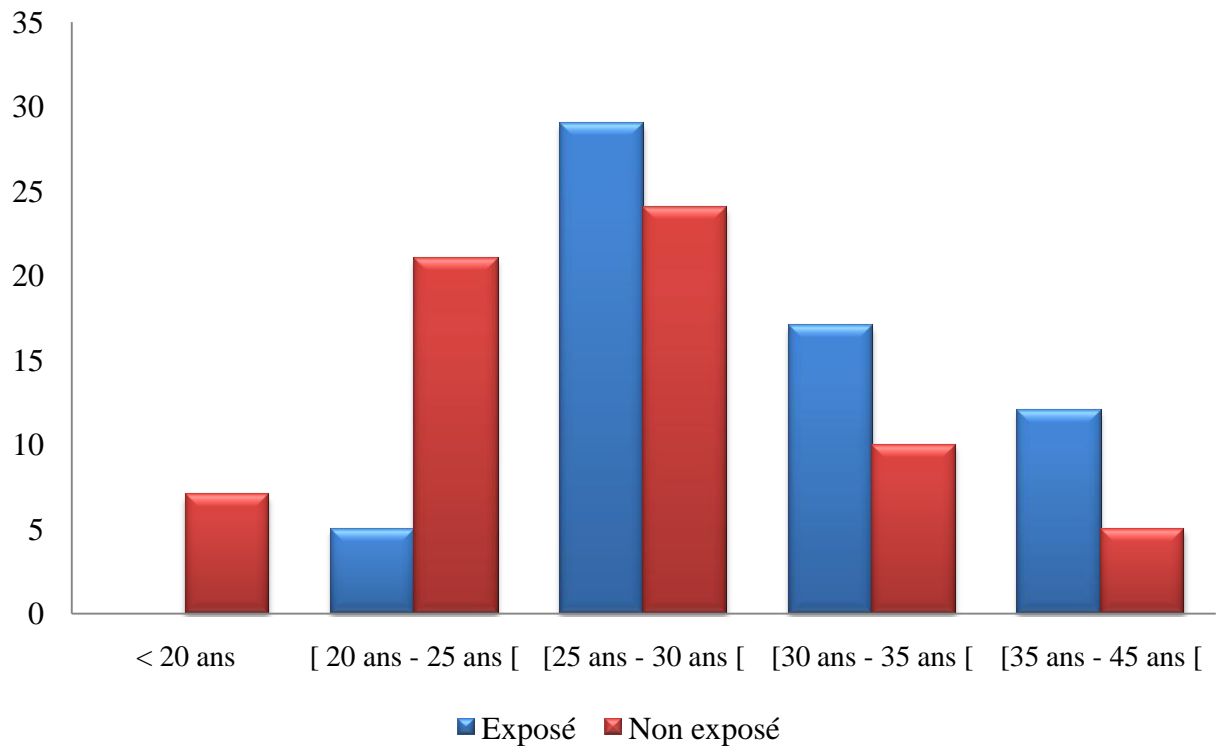
Les deux groupes sont de taille équivalente. 41 femmes sur 63 du groupe exposé, ont eu au moins 7 séances de PNP, donc un programme presque complet.

### 3.1.2. Age maternel

Dans le groupe exposé, l'âge maternel moyen est de 29,92 ans et dans le groupe non exposé de 25,26 ans.

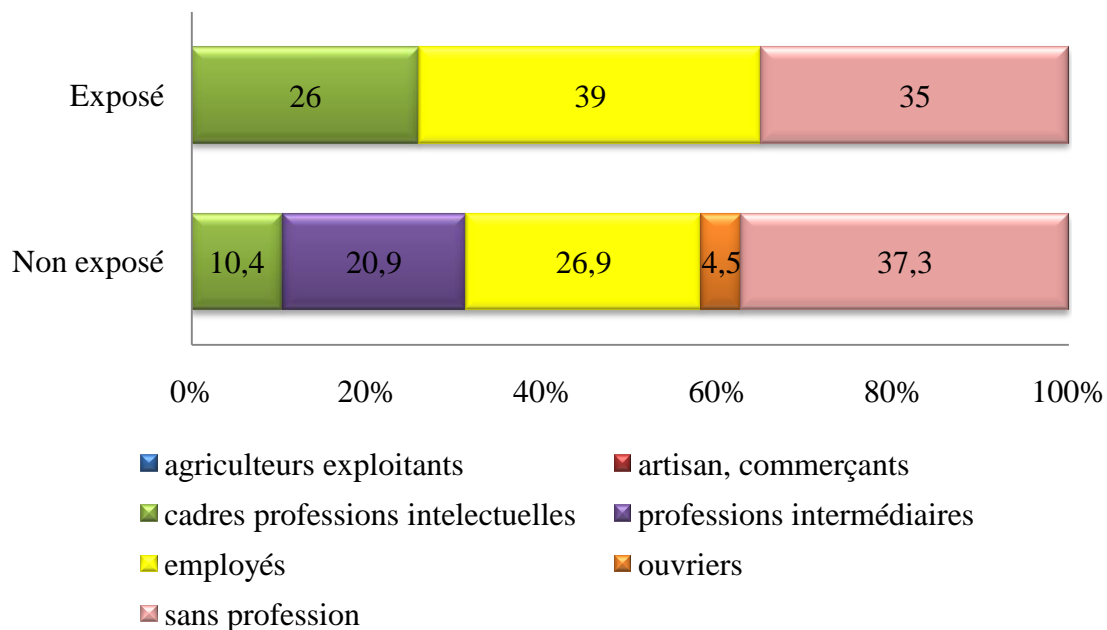
La différence d'âge entre les deux groupes est statistiquement significative ( $p = 0,001$ ).

#### **Distribution de l'âge en fonction des classes d'âge pour les groupes exposé et non exposé**



D'après ce diagramme la variable âge montre une répartition non homogène des groupes : les patientes préparées se situent majoritairement dans la tranche 25 – 45 ans. De plus dans cette tranche, la majorité des femmes a suivi la PNP alors que ce rapport s'inverse chez les moins de 25 ans.

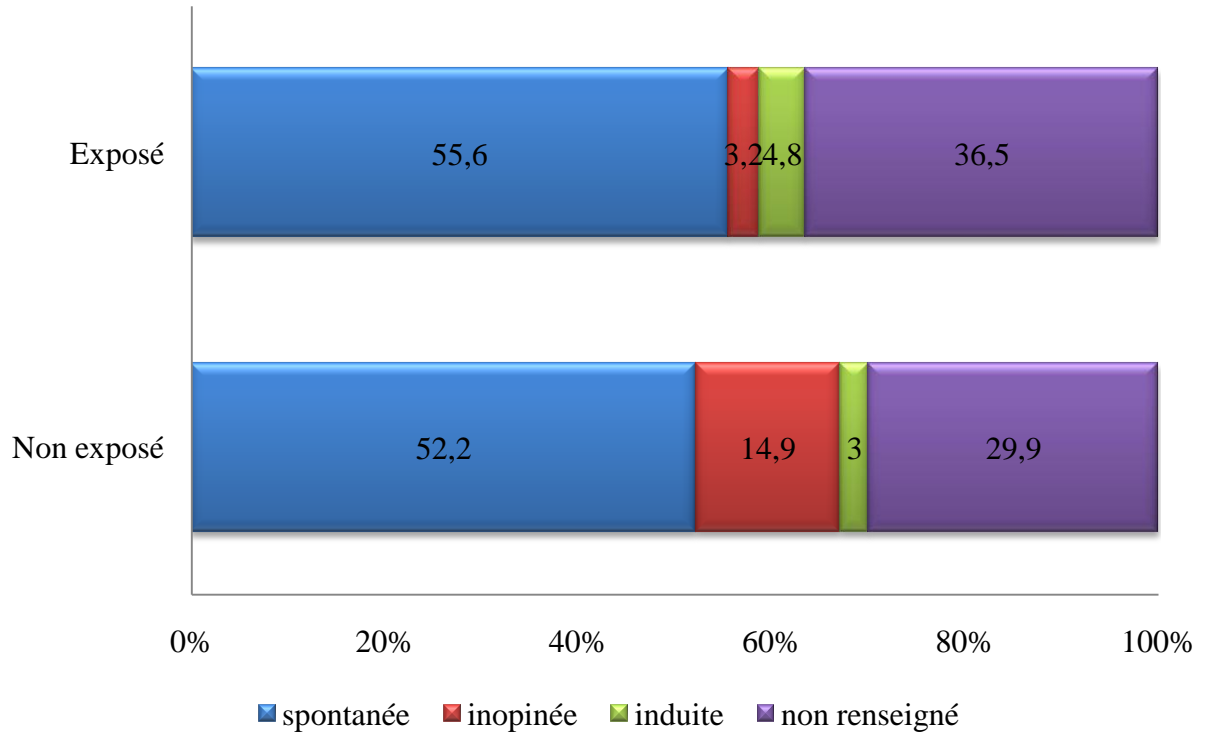
## 3.1.3. Catégorie socio professionnelle selon l'OMS

**Origine de la population selon les critères de l'OMS en fonction de l'exposition à la PNP**

Il y a une plus grande proportion de cadres, professions intellectuelles et d'employées dans le groupe de patientes exposées à un programme de préparation à la naissance.

20,9 % de la population de femmes non exposées sont classées dans « professions intermédiaires », ce sont les emplois dans l'enseignement, la santé (infirmières), ou le social.

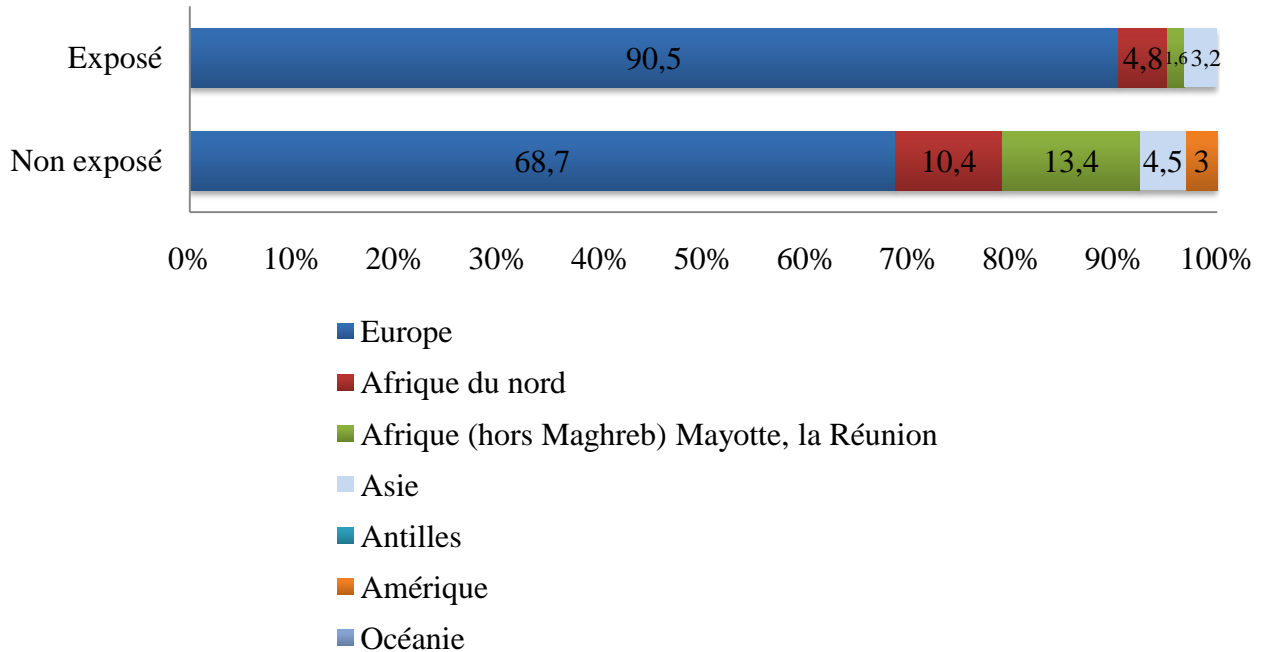
## 3.1.4. Grossesses spontanées, inopinées, induites

**Type de grossesse en fonction de l'exposition à un programme de préparation à la naissance**

D'après la variable « type de grossesse », il n'y a pas de différence significative entre les groupes. De plus, la proportion de « non renseigné » ne permet pas de comparer les groupes de façon satisfaisante.

### 3.1.5. Origine ethnique de la population

#### **Origine de la population en fonction de l'exposition à un programme de préparation à la naissance**



La population de patientes préparées est d'origine majoritairement européenne (90,5 %), alors que le groupe non exposé est d'origine européenne (68,7 %) mais aussi d'origine africaine pour 23,8 %. 1/3 des patientes non préparées ne sont pas européennes.

### **3.2. Vérification des hypothèses**

Hypothèse principale : Les patientes préparées arrivent en salle de naissance à une dilatation plus avancée ; 1 cm d'écart soit 3,5 cm de dilatation cervicale.

La moyenne est de 3,25 cm pour le groupe exposé, et de 3,04 cm pour le groupe non exposé. Le test de Fischer de comparaison de moyenne nous permet de dire que la différence n'est pas statistiquement significative entre les deux groupes ( $p = 0,534$ ).

Hypothèses secondaires :

- 1) Les femmes préparées ont recours à l'analgésie péridurale à une dilatation plus avancée : 1 cm de différence, soit 6 cm de dilatation pour les femmes préparées.

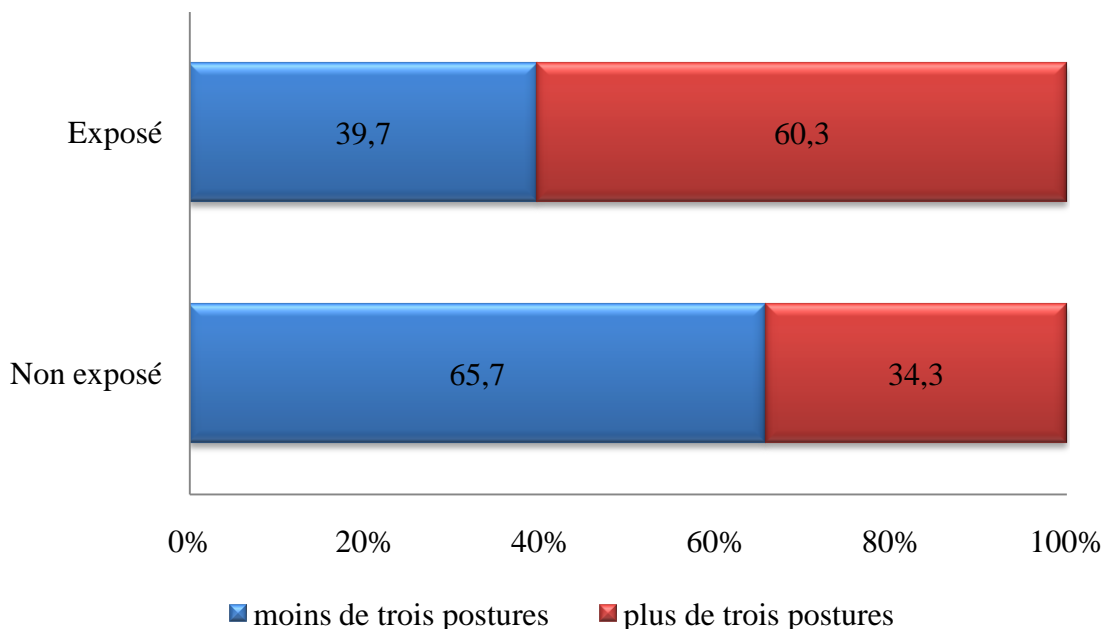
98,8 % des patientes préparées et 95,5 % des patientes non préparées ont recours à l'analgésie péridurale.

La moyenne est de 4,672 cm pour le groupe exposé, et de 4,508 pour le groupe non exposé.

Le test de Fischer nous permet de dire que la différence n'est pas statistiquement significative entre les deux groupes ( $p = 0,255$ ).

- 2) Les femmes ayant suivi la PNP varient les postures pendant le travail plus que les femmes non préparées.

**Pourcentage de femmes mobilisées pendant le travail en fonction de l'exposition à un programme de préparation à la naissance**



Le test de Khi 2 permet de montrer que la différence est statistiquement significative ( $p = 0,005$ ).

La PNP favorise ainsi la mobilisation pendant le travail.



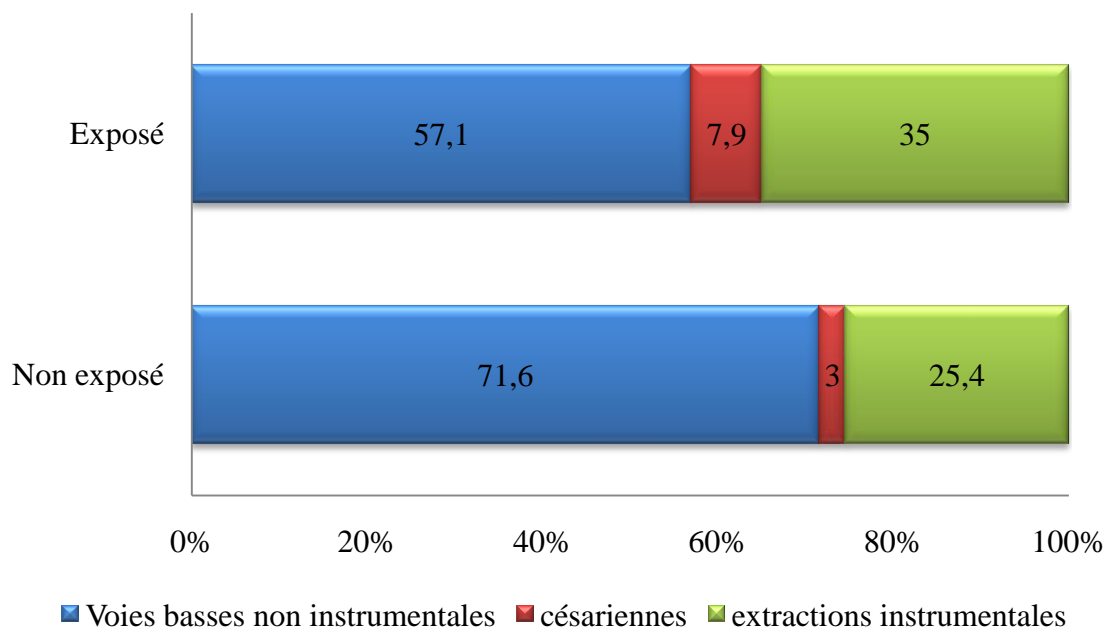
- 3) La durée du travail à partir de 5 cm de dilatation jusqu'à l'accouchement est plus courte d'une heure pour les femmes préparées.

La moyenne est de 465,63 minutes soit 7 heures et 45 minutes pour le groupe exposé, et de 418,07 minutes soit 6 heures et 58 minutes pour le groupe non exposé.

On note une différence de 47 minutes mais le test de Fischer ne montre pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes ( $p = 0,255$ ).

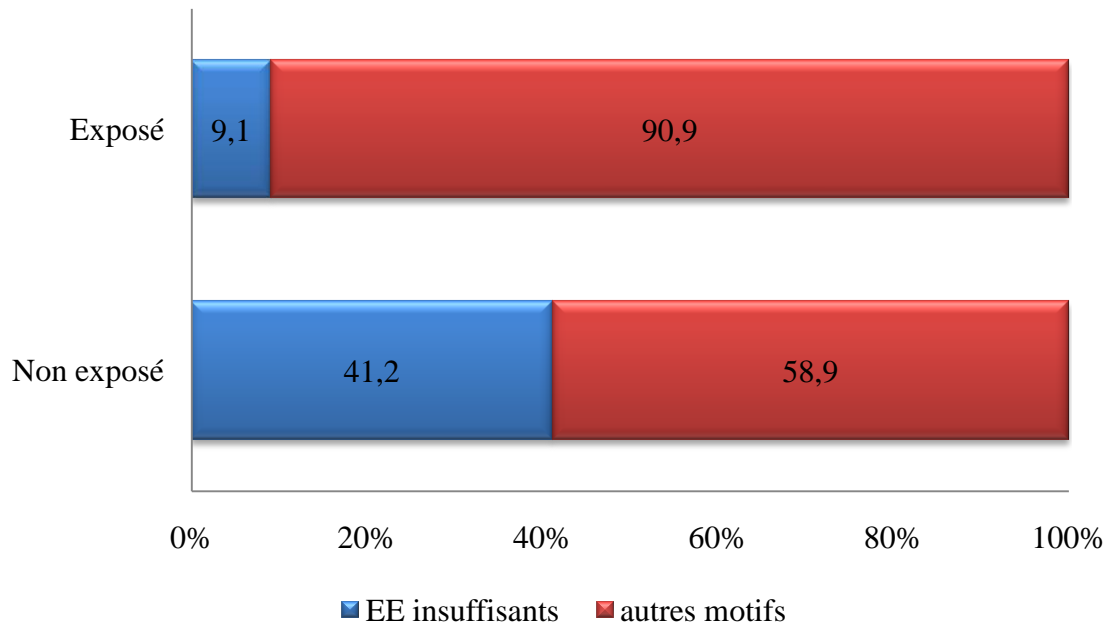
- 4) Les extractions instrumentales sont moins fréquentes pour des primipares ayant suivi la PNP, notamment en raison d'efforts expulsifs insuffisants.

#### Pourcentage des modes d'accouchement en fonction de l'exposition



Les femmes préparées ont un pourcentage plus important d'extraction instrumentale et de césarienne : 42,9 % contre 28,4 % pour le groupe non exposé. Cependant, le test de Khi 2 retrouve une différence de proportion du taux d'extraction et de césarienne statistiquement peu significative ( $p = 0,118$ ).

**Pourcentage du motif « efforts expulsifs insuffisants » pour les extractions instrumentales**



La différence entre les groupes exposé et non exposé est statistiquement significative concernant le motif d'extraction instrumentale ( $p = 0,047$ ).

L'Odd Ratio (OR) est de 0,14 (intervalle de confiance entre 0,02 et 0,8). L'OR est inférieur à 1 ce qui nous permet de dire que la préparation à la naissance est un facteur protecteur d'extraction instrumentale en raison d'efforts expulsifs insuffisants.

5) Les efforts expulsifs sont diminués de 10 minutes chez une femme préparée.

La moyenne est de 15 minutes pour le groupe exposé, et de 10 minutes pour le groupe non exposé.

Il y a tout de même un allongement de la durée des efforts expulsifs chez les patientes préparées. Cependant, avec le test de Fischer la différence n'est pas statistiquement significative entre les deux groupes ( $p = 0,251$ ).

#### **4. Croisements des données**

Les résultats concernant la variable « postures pendant le travail » sont statistiquement différents entre les deux groupes. Nous nous sommes alors demandé si cette variable influait sur le taux d'extraction instrumentale, mais la différence n'est pas statistiquement significative.

L'âge diffère entre les groupes exposé et non exposé. Nous avons voulu savoir si l'âge des patientes influait sur les variables de l'étude principale et serait donc un biais majeur pour l'étude. Nous avons donc exclu les tranches d'âge extrêmes (moins de 20 ans et plus de 34 ans), ceci afin de cibler la majorité de la population âgée de 20 à 34 ans. Nous avons gardé les 3 tranches d'âge précédemment définies : 20-24 ans, 25-29 ans et 30-34 ans.

Pour la variable « dystocie » et la variable « extraction instrumentale » : le test de Khi 2 ne montre pas de différence significative entre les tranches d'âges. Ainsi la variable « âge » n'influe pas sur les résultats concernant les variables citées.

#### **5. Points faibles, points forts**

##### **5.1. Points faibles**

La durée des efforts expulsifs est dépendante de nombreux facteurs :

- le type de poussée aux moments des efforts,
- la qualité du rythme cardiaque fœtal,
- la hauteur de la présentation au début des efforts,
- la qualité de l'ampliation des tissus périnéaux,
- le poids du mobile fœtal,
- la pratique ou non d'une épisiotomie.

Tous ces facteurs jouent un rôle important sur la durée des efforts expulsifs, ainsi que sur le mode d'accouchement. Pour une étude plus précise, il aurait fallu les prendre en compte, cependant ceci est difficilement réalisable.

La pratique personnelle de la sage-femme, ses habitudes concernant la tenue des partogrammes, la charge de travail en salle de naissance sont autant de facteurs qui influencent le déroulement de l'accouchement. Là encore ces variables ne sont pas évaluables.

Même si la position genu-pectorale est majoritairement utilisée à l'HME, d'autres positions sont proposées (positions sur le coté, à quatre-pattes). Le type de position influe sur la durée des efforts expulsifs. Celle-ci n'a pas été prise en compte dans les variables et constitue donc un biais.

Les patientes ne réagissent pas toutes de la même façon aux analgésiques. Certaines présentent un bloc moteur plus ou moins important. On observe parfois une sensation diminuée voir absente lors du passage du mobile fœtal dans l'excavation pelvienne ce qui annihile le réflexe de poussée. Dans ce cas, l'extraction instrumentale peut être recommandée. Lorsque les patientes sont algiques au moment du passage du mobile fœtal au niveau du détroit moyen du bassin, les efforts expulsifs leurs permettent souvent d'être soulagées. Aussi, la sage-femme installera la patiente plus rapidement.

Les différentes modalités d'accouchement, ainsi que la durée des efforts expulsifs peuvent être influencées par la réponse à l'analgésie, et constitue donc un biais. Cependant cet élément est difficilement évaluable pour une étude.

## **5.2. Points forts**

Pour cette étude, deux points forts sont relevés.

L'échantillon est de taille satisfaisante, nous avons un nombre de sujets nécessaire estimés à 33 patientes par groupe. Nous en avons le double pour le groupe de femmes non exposées aux séances de préparation à la naissance (67 sujets) et presque le double aussi pour le groupe exposé (63 sujets).

Les deux groupes exposé et non exposé sont de taille comparable.

## **1. Interprétation des résultats**

### **1.1. Population générale**

Tout d'abord, nous allons aborder la population globale et la répartition des patientes selon les groupes : exposé à un programme de préparation à la naissance et non exposé.

L'âge maternel est différent entre les deux groupes étudiés. La population de patientes préparées est plus âgée que la population non préparée. Cette différence est à mettre en évidence afin de moduler les résultats que nous avons trouvés.

L'âge maternel (plus de 35 ans) (11) a une influence négative sur le déroulement du travail, sur la physiologie, la morphologie de la patiente ainsi que son niveau d'anxiété. Chez une primipare âgée, le travail est souvent dirigé et il y a un allongement de sa durée en raison de l'altération de la fonction myométriale. (12) Pour la primipare jeune (moins de 20 ans), des études mettent en évidence l'influence négative de l'adolescence sur le déroulement de la grossesse mais pas sur celui de l'accouchement. Cependant, l'adolescence est définie par un âge inférieur à 18 ans et il n'y a pas de femme de moins de 18 ans dans l'étude.

Nous n'avons pas pu mettre en avant les variables sur lesquelles l'âge influait mais cela pourrait être une étude intéressante.

1/3 des patientes non préparées ne sont pas d'origine européenne. En fonction de l'origine d'une patiente, le travail ne se déroule pas de la même façon. Une patiente parlant peu ou pas le français n'aura pas accès à la préparation. Elle ne se mobilise pas aussi simplement car il est difficile pour la sage-femme de la conseiller, de l'orienter en raison du barrage de la langue. En ce qui concerne les femmes d'origine africaine, elles sont souvent autonomes, elles se fient plus à leur instinct et à leur entourage et ne ressentent pas le besoin d'assister à la PNP. Leur entourage représente un soutien. Les femmes sont conseillées par ce dernier qui joue un rôle comparable à la place de la famille en France avant l'apparition de la préparation à la naissance et la médicalisation de l'accouchement.

## 1.2. Résultats en fonction des hypothèses

### 1.2.1. La dilatation à l'arrivée en salle de naissance

L'hypothèse principale concernant la dilatation de l'orifice interne du col, à l'entrée en salle de naissance n'est pas vérifiée. Nous voulions mettre en évidence une différence de 1 cm mais il n'y en a pas.

La valeur du toucher vaginal est prise à l'entrée en salle de naissance lors de la première consultation aboutissant à l'accouchement. Les consultations pour dystocies de démarrage n'ont pas été prises en compte. Donc, nous ne savons pas si les femmes préparées consultent plus ou moins pour ce motif. On peut supposer qu'elles gèrent les éventuelles dystocies de démarrage à domicile, et qu'ainsi le pré-travail est plus court.

Même si les patientes sont préparées, elles ne connaissent pas le phénomène douloureux de la contraction utérine avant la fin de grossesse. Les patientes ne sont pas toutes égales face aux phénomènes douloureux. Chaque patiente a un seuil de douleur différent et même si la préparation diminue l'angoisse et l'appréhension, la douleur au moment de l'accouchement est propre à chacune. Elle varie en fonction de l'histoire personnelle de la patiente, de l'anxiété, de la présence et de l'attitude de l'entourage... La PNP influe peut-être plus sur l'anxiété de la patiente à domicile par exemple. Il serait intéressant de savoir comment les femmes ont vécu d'éventuelles dystocies de démarrage et leur début de travail à domicile. Quel est l'apport d'un programme de préparation à la naissance lors de ces moments ?

### 1.2.2. L'analgésie péridurale

L'hypothèse secondaire concernant la diminution de la proportion d'APD et la pose d'une APD à une dilatation plus avancée soit 6 cm, n'est pas vérifiée. Les valeurs concernant la dilatation lors de l'APD sont similaires. Le taux d'APD est de 98,8 % pour les femmes préparées et 95,5 % pour les non préparées.

Dans notre société, toute notion de douleur est devenue inacceptable. L'APD permet à la femme de se reposer après un pré travail souvent long et difficile. Certaines femmes ne souhaitent pas d'analgésie, cependant ces femmes sont souvent surprises par l'intensité de la douleur au début du travail. L'APD est entrée dans les mœurs et est souvent banalisée car elle tout en soulageant la mère elle n'a pas de retentissement sur le fœtus. Ainsi, la douleur à

l'accouchement est jugée comme inacceptable pour la plupart des patientes et pour beaucoup de professionnels.

En salle de naissance, l'APD est systématiquement proposée. Quand une patiente est algique, elle peut lui être recommandée. Une première naissance sans analgésie est souvent une exception. L'accompagnement de ces femmes doit être intense et les professionnels, face au manque de temps et de disponibilité, proposent l'APD toujours plusieurs fois. Les patientes sont rapidement convaincues que l'APD n'altère en rien la naissance et acceptent l'analgésie.

Aucune étude n'a pu mettre en évidence statistiquement l'impact de l'APD sur le déroulement du travail et donner alors à l'accouchement sans analgésie des points positifs. Ce pourrait-être une étude intéressante, surtout lorsque l'on compare le taux d'APD avec le taux d'extraction instrumentale (ci-après).

### 1.2.3. La mobilisation pendant le travail

Les parturientes ayant suivi un programme de préparation à la naissance utilisent plus de trois postures pendant le travail. Cette hypothèse est vérifiée.

Nous avons pris en compte les postures indiquées dans le partogramme. Cependant, les patientes se mobilisent plus spontanément avant l'APD, soit souvent avant le début du partogramme. Une fois la patiente soulagée par l'APD, c'est le plus souvent la sage-femme qui mobilise la patiente qu'elle soit ou non préparée.

Ce résultat est donc à nuancer. Il ne tient compte que d'une partie et non de la totalité des postures prises par les femmes pendant le travail.

Cependant, les patientes préparées connaissent les postures, donc elles sont plus habiles pour se mobiliser, et elles expriment volontairement leurs souhaits ce qui explique le résultat obtenu.

### 1.2.4. Durée du travail de 5 cm à l'accouchement

La durée du travail de 5 cm à l'accouchement ne diffère pas significativement entre les femmes préparées et les femmes non préparées. Cette durée a été prise arbitrairement car le début de travail n'est pas calculable de façon objective. Les premières contractions ne correspondent pas forcément au début du travail (définition du travail : modification cervicale sous l'effet des contractions utérines à 1 heure d'intervalle).

De plus, l'accompagnement et la prise en charge du travail de 5 cm à l'accouchement est similaire pour les femmes préparées ou non, c'est sans doute pour cette raison qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes.

#### 1.2.5. Les extractions instrumentales

35% des femmes préparées accouchent par extraction instrumentale contre 25,4 % des femmes non préparées.

Dans un premier temps, il est important de noter la différence entre nos résultats et les résultats de la population générale (partie 1).

Selon le rapport national de la périnatalité à partir de la base de données Audipog (1999-2006), nous avons (population répondant aux critères d'exclusion et d'inclusion de l'étude):

- 4,72 % d'extraction instrumentale,
- 93,57 % d'accouchement par voie basse non instrumentale,
- 1,17 % de césarienne pendant le travail.

Selon les chiffres statistiques de l'HME en 2010, nous avons (toutes patientes confondues) :

- 13,14 % d'extraction instrumentale,

En France, en 2007, sur 49 centres hospitalo-universitaires, la moyenne d'extraction instrumentale est extrêmement variable allant de 5,3 à 34,1 %. (13) Ces résultats et ceux de l'HME en 2010 ont été calculés sur l'ensemble des accouchements et sont difficilement comparables aux nôtres.

Les résultats du rapport national de périnatalité sont comparables à ceux de notre étude, car la population a été sélectionnée selon les critères d'inclusion et d'exclusion.

Ce rapport tient compte des données Audipog entre 1999 et 2006. Nous avons précédemment mis en évidence une évolution concernant la PNP entre les années 2000 et la période actuelle. Nous pouvons alors penser que l'accouchement a évolué de la même façon (augmentation et banalisation de l'APD, utilisation d'ocytocique, augmentation de l'âge moyen chez les patientes primipares). Dans notre population, 98,8 % des femmes préparées et 95,5 % des femmes non préparées ont recours à l'APD. Dans le rapport de périnatalité il y a 59 % d'APD et de rachianesthésie. Il y a une différence majeure entre les deux populations.

De nos jours, il y a une médicalisation de la naissance. Si l'on comparait nos taux d'extraction instrumentale avec ceux obtenus dans les années 2000, les chiffres seraient peut-être



augmentés ? L'augmentation du taux d'APD influe-t-il le taux d'extraction instrumentale ? Quelles sont les facteurs influençant l'extraction instrumentale ?

Secondairement, il est important de souligner que ce sont les femmes préparées qui ont un taux d'extraction instrumentale plus grand. Il y a une inversion de l'hypothèse.

Les femmes anxieuses ou stressées par la grossesse et l'accouchement s'orientent plus volontiers vers la préparation à la naissance ; ceci pour avoir des informations, des conseils et se sentir plus autonome dans leur prise en charge, y compris en salle de naissance. Le facteur psychologique joue un rôle important pendant la grossesse et l'accouchement. Si les patientes préparées ont un profil psychologique différent des femmes non préparées, donc un niveau d'anxiété plus important, les résultats peuvent être expliqués par ce facteur.

Ces chiffres restent tout de même très différents. On ne peut les comparer de façon très juste. Il serait intéressant d'étudier tous les facteurs influençant l'extraction instrumentale et comparer la population des années 2000 et celle de 2011. Ceci afin de comprendre pourquoi plus d'un quart de la population étudiée accouche par voie basse instrumentale.

D'après la partie I, les patientes ayant suivi un programme de PNP apprennent la poussée sur l'expiration. On pourrait alors supposer que les femmes utilisent cette technique au moment de l'expulsion.

La poussée sur l'expiration demande du temps et les efforts expulsifs sont allongés. D'après les recommandations françaises, une extraction instrumentale devrait être envisagée après un maximum de 30 minutes d'efforts expulsifs et ce, même en présence d'un monitoring fœtal normal. (14) Si les efforts expulsifs sur l'expiration durent plus longtemps, 30 minutes sont souvent écoulées avant la naissance et l'équipe médicale opte pour une extraction instrumentale. Ce qui pourrait expliquer cette augmentation d'extraction instrumentale ainsi que l'augmentation de la durée des efforts expulsifs chez les patientes préparées.

Lors d'une extraction instrumentale, pour 4 patientes sur 10 non préparées, l'extraction se fait en raison d'efforts expulsifs insuffisants. Ce motif d'extraction est retrouvé chez 1 patiente sur 10 préparées.

L'OR nous a permis de montrer que la PNP est un facteur protecteur d'extraction instrumentale pour efforts expulsifs insuffisants. Cependant, la PNP n'est pas le seul facteur influençant les efforts expulsifs. Ils sont soumis à plusieurs autres cofacteurs comme la

morphologie de la patiente, l'obésité, sa condition physique et sportive, sa musculature pelvienne, la variété de présentation, le poids fœtal...

Pour savoir si la préparation à la naissance est un facteur protecteur des efforts expulsifs insuffisants, il faudrait analyser tous les cofacteurs jouant un rôle pour cette variable. Mais, la PNP influe positivement sur le motif d'efforts expulsifs insuffisants.

Ce résultat est important et les femmes préparées ont des efforts expulsifs satisfaisants. La PNP et les exercices en fin de grossesses sur la poussée sont alors utiles pour les patientes.

Cependant, le parti pris de la sage-femme nuance le résultat. Les efforts expulsifs insuffisants justifient parfois nettement l'extraction, mais ils sont parfois associés à d'autres motifs. Le motif d'efforts expulsifs insuffisants est péjoratif pour la patiente et il est probable que beaucoup de sages-femmes hésitent à le noter. Un autre motif (exemple : stagnation de la descente) peut être utilisé afin de ne pas culpabiliser la mère.

#### 1.2.6. Les efforts expulsifs

Les efforts expulsifs ne sont pas diminués de 10 minutes pour les patientes exposées à un programme de préparation à la naissance. Inversement, il y a une augmentation de 5 minutes chez les patientes exposées. Cette augmentation peut s'expliquer par le fait que les femmes ayant suivi un programme de PNP souhaitent réaliser les efforts expulsifs sur l'expiration, méthode qui leur a été enseignée. Si les conditions médicales le permettent, les sages-femmes laissent les patientes débiter les efforts expulsifs comme elles le souhaitent. Cette poussée demande une connaissance et une maîtrise importantes de son corps. Parfois, les femmes commencent par la poussée en expiration puis reviennent à la poussée en bloquant, car elle s'avère plus efficace car plus facile à réaliser. Alors, comme nous l'avons évoqué précédemment, les efforts expulsifs durent plus longtemps. La durée des efforts expulsifs, ainsi que l'efficacité des efforts sur l'expiration dépend sensiblement du moment de l'installation, ainsi que de la position et des sensations de la patiente. La poussée sur l'expiration se fait une fois la présentation fœtale engagée à la partie basse.

Si l'on compare la durée des efforts expulsifs entre la poussée en expiration et la poussée en bloquant (une fois la présentation partie basse), probablement qu'il y aurait une augmentation de la durée des efforts.

La poussée sur l'expiration prévient les risques de prolapsus des organes pelviens (vessie, rectum, utérus), les risques de poussée hémorroïdaire et les risques d'hypoxie fœtale, ceci par une oxygénation maternelle continue. Il serait intéressant de comparer ces différentes

variables (ampliation périnéale, prolapsus du col de l'utérus après l'accouchement, oxygénation maternelle continue, pH à la naissance et score d'Apgar) entre les deux modes d'efforts expulsifs.

## 2. Ouverture

En 2005, la HAS a donné des recommandations pour la pratique des professionnels concernant la préparation à la naissance et à la parentalité. Ces diverses recommandations traitent plus particulièrement de la préparation des couples à l'accueil d'un enfant, avec un accompagnement de chaque couple, surtout en cas de situation difficile. Il s'agit aussi de favoriser la coordination des soins entre professionnels autour des couples. Les recommandations ne sont pas précises au sujet des différents modes de préparation, ainsi que les exercices requis pour une préparation à l'accouchement optimale.

A l'heure actuelle, aucune donnée n'est mise en avant concernant l'impact d'un programme de préparation à la naissance sur le déroulement du travail. D'après mon étude, il y a peu de différence concernant le déroulement de l'accouchement, entre les femmes préparées et non préparées.

La PNP est un accompagnement global du couple pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches et de naissance. Ce programme s'adresse à toutes les femmes, mais ce sont les femmes plus âgées qui assistent à ces séances. Les primipares âgées, les grossesses que l'on appelle précieuses, sont des grossesses à risque au niveau psychologique. Nous pouvons nous demander quel est le profil psychologique de ces femmes suivant la PNP ? A quel niveau le facteur psychologique influence-t-il le déroulement de l'accouchement ?

La préparation à la naissance met en avant la respiration, la mobilisation, la poussée en expiration. Elle a un rôle de soutien et d'accompagnement pour ces primipares. Cependant, nous ne savons pas quel est le vécu de ces femmes lors des premières contractions utérines, Quelle est le bénéfice de la PNP pour les patientes lors du début du travail à domicile ? L'entraînement aux techniques de relaxation, de mobilisation, l'utilisation de positions antalgiques sont des notions importantes pour la PNP. Les patientes ayant participé à ces séances utilisent-elles leurs connaissances à domicile ?

Le début de travail est un moment souvent inconnu et difficile pour les primipares. Nous savons qu'une femme sans analgésie demande beaucoup d'attention et une personnalisation du soin. L'accompagnement d'une patiente sans analgésie est un moment intense pour les professionnels. Il faut savoir rassurer les femmes qui ne souhaitent pas d'APD, savoir les soutenir, et ne pas les inciter à y avoir recours. Souvent le parti pris de la sage-femme est important à ce moment. Certains professionnels estiment qu'il est dommage de souffrir à l'accouchement alors qu'il est simple de soulager la douleur par l'APD, qui de plus n'altère pas le travail. Nous sommes dans une maternité de niveau III, cette proposition doit être faite afin d'offrir un service disponible immédiatement, contrairement à certaines maternités. Alors, les APD sont proposées et souvent acceptées.

Peut-être que si nous ne proposons pas l'APD d'emblée, certaines femmes ne la demanderaient pas ? Ne faudrait-il pas attendre que les patientes nous demandent plutôt que d'aller au devant.

A l'heure actuelle, l'idée est de réaliser un accompagnement complet et individuel des patientes en salle de naissance. Pourtant, le principe « une femme, une sage-femme » est loin d'être mis en place. Ce principe permettrait un accompagnement différent par les professionnels mais l'activité en salle de naissance ne le permet pas. Il serait intéressant de réaliser un état des lieux des maternités où il est en vigueur (Maternité III de Strasbourg), maisons de naissance en Belgique... Cela permettrait de savoir quelles améliorations pouvons-nous apporter afin de tendre vers cet accompagnement individuel.

La PNP actuellement est un programme de 8 séances étalées sur la fin de grossesse. Ces séances ont souvent lieu en groupe.

Au moment des premières contractions, la patiente est seule et souvent sa dernière séance est assez loin dans le temps. N'a-t-elle pas besoin de séances plus rapprochées et plus nombreuses en fin de grossesse pour qu'elle ait acquis des automatismes concernant les exercices ? N'y aurait-il pas besoin d'un accompagnement plus personnalisé pour les couples ? La sécurité sociale rembourse 8 séances et la HAS met l'accent sur l'accompagnement, le dépistage, la prévention. Il n'est plus question d'accouchement sans douleur. Cependant, certaines femmes cherchent peut-être cet accompagnement afin de ne pas avoir recours à l'analgésie. La PNP est-elle adaptée pour les primipares ? Qu'en pensent ces femmes ? Qu'elles sont leurs attentes ?

Nous sommes actuellement dans une période où l'accouchement doit être moins médicalisé. Les femmes souhaitent un accompagnement personnalisé et un accouchement dit « naturel ». Les maternités de type 3 sont connues pour leur maîtrise de la pathologie mais non de la physiologie. Nous savons que la densité de population à Limoges fait que l'accompagnement par une sage-femme tout au long de la grossesse et de l'accouchement ne peut être réalisable comme sembleraient le souhaiter les femmes. Certaines maternités possèdent des « salles natures », des suspensions, des chaînes hifi... Tous ces équipements favorisent le confort des patientes, et donnent l'impression de « démedicalisation ». L'apport de ces équipements pourrait peut-être jouer un rôle sur le déroulement de la naissance, en influant positivement sur l'anxiété de la patiente et son adaptation à un milieu plus familial. Favoriser la diminution du facteur stress, l'adaptation à un milieu inconnu et mettre en confiance les couples influenceraient positivement le déroulement de l'accouchement. Quand elles arrivent en salle de naissance, les femmes sont dans une situation de vulnérabilité, surtout quand ce sont des centres aussi importants que l'HME. Elles savent qu'elles ne sont pas les seules patientes et qu'il est fort probable que la sage-femme ne puisse être en permanence à ses côtés.

A l'heure où la médicalisation doit se faire le moins possible, quelles améliorations concernant notre pratique pouvons-nous apporter pour garder la salle de naissance de Limoges comme un lieu d'accouchement physiologique de pointe.

## CONCLUSION

La préparation à la naissance est en plein essor en France ; au départ sous l'appellation de « cours d'accouchement sans douleur » puis de « psychoprophylaxie obstétricale » et enfin de « préparation à la naissance et à la parentalité ». La préparation à la naissance donne une place importante au futur père, pendant la grossesse, l'accouchement, et aussi pendant le post-partum. Il s'agit bien dorénavant d'un accompagnement global du couple.

Cette étude nous montre que la préparation à la naissance ne vise pas l'optimisation des « performances » concernant l'accouchement. Dans ses recommandations de 2005, la HAS préconise une PNP plus précoce ainsi qu'une démarche élargie à l'amélioration des compétences des femmes et des couples en matière de santé et au soutien à la parentalité. Il n'est pas question d'obligation de résultats mais de prévention et d'accompagnement des couples.

La vie moderne a fait que les couples sont moins entourés par leur famille au moment de la naissance. La transmission familiale n'existe presque plus et il y a une médicalisation de la naissance de plus en plus grande. Les couples souhaitent alors un accompagnement plus personnel lors de la grossesse et de l'accouchement.

S'il n'est pas question de résultats concernant le déroulement de l'accouchement, nous pourrions alors nous demander quelles sont les attentes des femmes et des futurs pères en matière de préparation à la naissance. Quel est le ressenti des couples préparés ?

La PNP correspond-elle à un accompagnement pour ces femmes comme l'indiquent les recommandations ? Une étude auprès des jeunes parents permettrait d'apprécier ces différents axes.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OUZEAU C. Y a-t-il moins de demande d'APD de la part des femmes qui ont suivi une préparation à la naissance ? Limoges Faculté de médecine de Limoges 1989.
2. CORTET A. Etat des lieux de la préparation à la naissance et à la parentalité à Paris, depuis les recommandations de la Haute Autorité de Santé de Novembre 2005. Faculté de médecine (Baudelocque) Paris ; 2010.
3. BREART. Plan de périnatalité 2005-2007, humanité, proximité, sécurité, qualité. ; [www.santor.net/pdf/sfmp/planperinat.pdf](http://www.santor.net/pdf/sfmp/planperinat.pdf) , 05.04.2011
4. HAS., Recommandations professionnelles : préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272500/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite), 2006 ; (03.03.2010)
5. HAS., Recommandations professionnelles : Préparation à la naissance et à la parentalité. ; Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2006 ; 34 : 540-541.
6. DESMOULINS J., M.F. JAYAT Enseignement deuxième année de première phase au sujet de la préparation à la naissance. Ecole de sages-femmes LIMOGES; 2008-2009.
7. CROUZY C. cours de sophrologie, deuxième année de première phase. Ecoles de sages-femmes. LIMOGES; 2008-2009.
8. GRET NL. Se préparer à l'accouchement, à la naissance, à la parentalité ; Ed. E.L.P.E.A, Paris ; 2006. p. 98, 115.
9. LANSAC J., OURY J-F., Pratique de l'accouchement. Masson ; Issy les Moulineaux; 2006.

10. PAPIERNIK E. CD, PONS J.C., Obstétrique. Flammarion ; Paris; 1995.
11. B. KHOSHNOOD ; M.H. BOUVIER-COLLE ; H. LERIDON ; B. BLONDEL Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de l'enfant à la naissance. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. 2008 ; 37 (8) : 733-47.
12. ZAMBO H. Evolution et issue de la grossesse chez la primipare agée. [http://www.gfmer.ch/Medical\\_education\\_En/Cameroon/Pdf/Primipare\\_agee.pdf](http://www.gfmer.ch/Medical_education_En/Cameroon/Pdf/Primipare_agee.pdf) ; 1980-2000 ; 02.04.2011.
13. MANGIN M., RAMANAH R., AOUAR Z., COURTOIS L., COLLIN A., COSSA S. MARTIN A., MAILLET R., RIETHMULLER D., Données 2007 de l'extraction instrumentale en France : résultats d'une enquête nationale auprès de l'ensemble des centres hospitalo-universitaires. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. 2007 Avril 2010 ; 39 (2) : 121-132.
14. LE RAY C., AUDIBERT F., durée des efforts expulsifs : données de la littérature. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. 2008 ; 37 (4): 325-38.



## **BIBLIOGRAPHIE**

### Livres

- GRET NL. Se préparer à l'accouchement, à la naissance, à la parentalité. Ed. E.L.P.E.A, Paris ; 2006 : 198 p.
- LANSAC J., OURY J-F., Pratique de l'accouchement. Masson ; Issy les Moulineaux; 2006. 553 p.
- PAPIERNIK E. CD, PONS J.C., Obstétrique. Ed. Flammarion ; Paris; 1995 : 584 p.
- TOURNE C., Obstétrique psychosomatique et fonctionnelle. Ed. Sauramps médical 2002 : 481 p.

### Revue

- BRIEX M. : Préparation à la naissance. Spirale 2008/3 N° 33 ; 926-948.
- HAS : Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2005 avril ; n° 34 ; 540–541
- KHOSHNOOD B. ; BOUVIER-COLLE M-H. ; LERIDON H. ; BLONDEL B. ; Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de l'enfant à la naissance. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. 2008 ; 37 (8) : 733-47.
- KOPFF-LANDAS A., MOREAU A., SEJOURNE N. : Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude qualitative. Gynécologie Obstétrique & Fertilité' 2008 ; n° 36
- LE RAY C., AUDIBERT F., durée des efforts expulsifs : données de la littérature. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. 2008 ; 37 (4): 325-38.
- MANGIN M., RAMANAH R., AOUAR Z., COURTOIS L., COLLIN A., COSSA S. MARTIN A., MAILLET R., RIETHMULLER D., Données 2007 de l'extraction instrumentale en France : résultats d'une enquête nationale auprès de l'ensemble des

centres hospitalo-universitaires. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. 2007 Avril 2010 ; 39 (2) : 121-132.

- MARIA B. : À propos des recommandations pour la pratique clinique de la Haute Autorité de Santé : préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) (novembre 2005). Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2006 ; n°34
- SUCCOO M. : dix années de pratique de prophylaxie des couples à la naissance. Les dossiers de l'obstétrique 1991 ; Avril N°183

### Textes législatifs

- LIPSZYC D. : La PPO et les recommandations de l'OMS. Bulletin officiel de la société française de la Psycho-Prophylaxie Obstétricale, 1990, n° 123 octobre novembre décembre.

### Mémoires, thèses

- CORTET A. Etat des lieux de la préparation à la naissance et à la parentalité à Paris, depuis les recommandations de la Haute Autorité de Santé de Novembre 2005. Faculté de médecine, Ecole de sages-femmes de Baudelocque Paris ; 2010.
- ESTRADE E. : Evaluation des besoins et de l'accompagnement des femmes enceinte de jumeaux. Limoges : Ecoles régionale de sages-femmes Université de Médecine LIMOGES. 2006
- GROUSSARD N. : Intérêt d'une préparation à l'accouchement classique sur la durée des efforts expulsifs. Limoges : Ecoles régionale de sages-femmes Université de Médecine LIMOGES. 1999
- LEROUX J. : le projet de naissance à la maternité de St Junien : impact sur la pratique des professionnels et vécu de l'accouchement. Limoges : Ecoles régionale de sages-femmes Université de Médecine LIMOGES. 2005
- OUZEAU C. : Y a-t-il moins de demande d'APD de la part des femmes qui ont suivi une préparation à la naissance ? Limoges : Ecoles régionale de sages-femmes Université de Médecine LIMOGES. 1989

Sites internet :

- Association française de chant prénatal : <http://www.chantprenatal.fr/> (10.01.2011)
- Haptonomie authentique : <http://www.haptonomie.org/Accueil/> (02.02.2011)
- La Haute autorité de santé :  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_272500/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite), (22.12.2009)
- Réseau sentinelle des maternités : <http://audipog.inserm.fr/> (09.03.2011)
- ZAMBO H. Evolution et issue de la grossesse chez la primipare âgée.  
[http://www.gfmer.ch/Medical\\_education\\_En/Cameroon/Pdf/Primipare\\_agee.pdf](http://www.gfmer.ch/Medical_education_En/Cameroon/Pdf/Primipare_agee.pdf) ;  
1980-2000 ; (02.04.2011).

**ANNEXE I**

Questionnaire des sages-femmes libérales exerçant à Limoges.

Bonjour, je m'appelle Emilie CAZAL, je suis actuellement en 4<sup>ème</sup> année de l'école de sages-femmes de Limoges. Je souhaiterais votre aide dans le but de réaliser la première partie de mon mémoire de fin d'année. Ce questionnaire me servira pour étoffer ma première partie. Il ne servira pas dans un but statistique.

Ces données sont importantes pour moi afin de définir dans les grandes lignes la préparation à la naissance pouvant être réalisée à Limoges.

Je m'intéresse dans mon mémoire à l'impact d'un programme de préparation à la naissance sur le déroulement du travail en salle de naissance à Limoges.

**IMPACT DE LA PREPARATION A LA NAISSANCE SUR LE DEROULEMENT DU TRAVAIL EN SALLE DE NAISSANCE A LIMOGES.**

**Depuis combien de temps animez-vous des séances de préparation à la naissance ?  
Combien de femmes préparez-vous (par semaine, par mois ou par an en moyenne) ?**

---



---



---



---

**Quels sont les thèmes abordés, quels types d'exercices faites-vous pratiquer aux femmes enceintes de façon générale ?**

---



---



---



---

**Quels sont vos spécificités (yoga, préparation en piscine...) ?**

---



---



---

**Comment sont organisées vos séances de préparations ? (Brièvement)**

**Séance 1**

---

---

**Séance 2**

---

---

**Séance 3**

---

---

**Séance4**

---

---

**Séance 5**

---

---

**Séance 6**

---

---

**Séance 7**

---

---

**Séance 8**

---

---

**Commentaires personnels :**

**Si vous souhaitez être recontactée pour vous donner ma date de soutenance, que je vous envoie mon mémoire ou simplement la partie faisant mention de votre questionnaire, vous pouvez me laisser vos coordonnées :**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Adresse personnelle : \_\_\_\_\_

Motif : \_\_\_\_\_

**Mes coordonnées :**

Melle CAZAL Emilie

Emilie.cazal@sfr.fr

Téléphone : 06 85 08 66 03

Mon adresse : 5 rue Ellen Constans

Appt 33

87000 LIMOGES

