

**Comment promouvoir l'arrivée en travail actif en salle  
d'accouchement des parturientes à bas risque obstétrical ?**

Mémoire de fin d'étude  
Travail de Bachelor

**BUCHARLES Julie**

Matricule : 16871048

**JENZER Joanne**

Matricule : 16871063

**Directrice de mémoire :** Aurélie Delouane-Abinal,

**Experte enseignante :** Catia Nunno Paillar

**Experte de terrain :** Julie Bourdin

Haute Ecole de Santé de Genève

Août 2019

## Déclaration sur l'honneur

« Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteur.e.s et en aucun cas celle de la Haute école de santé Genève, du Jury ou du Directeur ou Directrice de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seul(e)s le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques ».

Août 2019

Bucharles Julie et Jenzer Joanne

## Résumé

**Cadre de référence** Récemment, la haute autorité de santé [HAS] a actualisé les caractéristiques des phases du travail : le diagnostic du travail actif est défini à 6 cm de dilatation. L'organisation mondiale de la santé [OMS] a mis à jour de nouvelles recommandations qui préconisent d'attendre le travail actif avant d'admettre les parturientes en salle d'accouchement. Ces éléments nous ont amenées à réfléchir à l'application de ces recommandations en Suisse. La littérature scientifique actuelle a mis en évidence les répercussions médicales liée à une admission précoce. Or, les stratégies visant à réduire le nombre de femmes en salle d'accouchement en phase de latence ne sont que peu étudiées. Pourtant, ce nombre reste important aujourd'hui.

**Objectifs** Etudier les stratégies de prise en soin pendant la phase de latence afin de promouvoir l'arrivée en travail actif en salle d'accouchement des parturientes à bas risque obstétrical.

**Méthode** Revue de littérature limitée à 5 articles scientifiques recherchés entre septembre 2018 et mai 2019 grâce aux bases de données Cinahl, Pubmed et Google Scholar. Nous avons pu les décrire, les analyser et les discuter afin de proposer un retour dans la pratique.

**Résultats** Nous avons pu faire ressortir 3 axes de prise en soin possible. Le premier consiste à favoriser l'empowerment des parturientes en prenant en compte leurs besoins et la préparation des couples. Le second axe concerne une meilleure gestion de la douleur pendant le pré-travail. Nous avons pu mettre en avant le besoin de soutien et de mobilité des femmes mais aussi l'efficacité du toucher ou du massage. Enfin, nous avons pu explorer le « water block », technique très peu utilisée en Suisse et montrer le manque d'efficacité du bain pendant la phase de pré-travail. Troisièmement, nous avons exploré l'impact des politiques de santé sur l'admission précoce des parturientes.

**Conclusion** Le nombre très restreint d'études sur ce sujet ne nous permet pas de tirer des conclusions ou recommandations concrètes pour la pratique actuelle. Mais, de nouvelles pistes de réflexion ont pu émerger. Ainsi, nous avons conclu qu'un manque de soutien à domicile est l'une des principales causes de venue précoce à la maternité et qu'une stratégie de prise en soin ciblée en extrahospitalier pourrait être explorée.

**Mots clés** phase de latence, prise en soin, stratégie, admission retardée.

## Abstract

**Background** The « Haute Autorité de Santé » has recently updated the definition of the active phase of labour which is now defined as 6cm of dilatation. The « Organisation Mondiale de la Santé » has published new recommendations on antenatal care in which they propose waiting for the active phase of labour before admitting women into the delivery room. The aforementioned led us to contemplate their application in current Swiss practice. Recently reputed medical journals have been exposing /revealing the repercussions of premature admittance into the labour room. Studies have exposed the medical repercussion related to an early admission. However, few strategies to reduce number of women in delivery rooms during the latent phase have been studied and this rate remains too high today.

**Aim** To study management strategies during the latent phase to promote admission to the delivery room of parturient women with a low obstetrical risk only when in active labour.

**Method** Literary reviews were limited to five scientific research articles published between September 2018 and May 2019 using Cinhal, PubMed and Google Scholar databases. We have described, analysed and discussed them in order to propose an application in practice.

**Results** Three alternative axes of management have emerged. The first promotes parturient women's self-empowerment taking into account their personal needs and antenatal preparation of the couple. The second axes on improving pain management during the latent phase. We have highlighted the need for support and mobility but equally the effectiveness of touch and massage. Furthermore the « water block », a method little used in Switzerland, was explored but no confirmed benefit of bathing during the latent phase has been found. Finally, the impact of healthcare politics about early admission was explored.

**Conclusion** The limited volume of research on this subject has prevented a concrete conclusion or recommendations for practical application. However, it has provided ground for the emergence of new reflections. The lack of home support is one of the principal causes of a premature arrival at the maternity unit. Consequently, a strategy to create a system of more appropriate / targeted pre-hospitalisation care, at home, could be explored with further studies.

**Keys words** latent phase, management, strategy, delayed admission

## Remerciement

Nous souhaitons adresser nos remerciements aux différentes personnes qui ont participé à l'élaboration de ce travail de bachelor et qui nous ont soutenues pendant cette année de rédaction. Et plus particulièrement :

- **Aurélie Delouane-Abinal**, notre directrice de mémoire, pour ses retours et conseils prodigués tout au long de l'année écoulée.
- **Julie Siban**, pour avoir accepté d'être notre experte de terrain, sa disponibilité et l'intérêt porté à notre sujet.
- **Catia Nunno Paillar**, notre experte enseignante, pour s'être jointe à la lecture, à la correction et à l'évaluation de ce travail.
- A toutes les **sages-femmes**<sup>1</sup> rencontrées, pour avoir fait évoluer notre réflexion, pour les réponses apportées à nos questions et pour nous avoir donné envie d'aborder ce thème de travail.
- A nos **amis et familles**, pour leur relecture, correction et aide au quotidien dans la rédaction du travail.
- A l'ensemble de la volée des **BA16**, pour le soutien mutuel, le partage de réflexion et la bonne humeur générale durant ces années d'études.

---

<sup>1</sup> à lire aussi au masculin, « hommes sages-femmes ». *L'utilisation du genre féminin a été adoptée afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.*

## Abréviations

**CHUV** : Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

**CIANE** : Collectif interassociatif autour de la naissance

**FSSF** : Fédération Suisse des Sages-Femmes

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HES** : Haute Ecole de Santé

**HETS** : Haute Ecole de Travail Social

**HUG** : Hôpitaux Universitaires Genevois

**ICM** : International Confederation of Midwifery

**KCE** : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

**MEOPA** : Mélange Equimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote

**NICE** : Guideline National Institute for Health and Care Excellence

**OFSP** : Office Fédérale de la Santé Publique

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**p** : Valeur p (p-value)

**PEC** : Prise en Charge

**PNP** : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

**SFI** : Sage-femme indépendante

# Tables des matières

QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL .....	9
CADRE DE RÉFÉRENCE THÉORIQUE .....	13
I- La physiologie de la grossesse et de l'accouchement .....	13
La physiologie .....	13
La notion de risque .....	13
Le déclenchement du travail .....	14
Les différentes phases du travail obstétrical .....	15
II- Le vécu des parturientes .....	17
Le vécu .....	17
La douleur de l'accouchement .....	18
Les représentations et la préparation de l'accouchement .....	19
III- Rôle sage-femme et mise en travail .....	19
Le parcours à la maternité .....	19
Le rôle sage-femme .....	20
IV- Politique de santé .....	22
Plan de santé Suisse et mondial .....	22
Les différents acteurs .....	22
Protocole institutionnel .....	23
PROBLÉMATIQUE .....	24
RÉFLEXION ÉTHIQUE .....	25
MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE .....	27
Sélection des mots-clés .....	27
Moteurs de recherche et Bases de données .....	29
Sélection des articles .....	30
PRESENTATION DESCRIPTIVE .....	33
Early labour services : Changes, triggers, monitoring and evaluation .....	35
Women's experience with early labour management at home vs in hospital : A randomised controlled trial .....	36
The Benefits of antenatal Education for the Childbirth Process In Spain .....	37
Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods .....	38
PRÉSENTATION ANALYTIQUE .....	39
I- Analyse critique des articles .....	39
Design des études .....	39
Auteurs et dates de publication .....	40
Lieux d'étude .....	40

Critères d'inclusion et d'exclusion .....	41
Taille et limitation des biais .....	42
Guide rédactionnel et outils de recherche .....	42
Auto-évaluation et limites des recherches .....	44
Analyse éthique des articles .....	45
II- Analyse thématique .....	46
1. Augmenter l'empowerment des parturientes .....	46
Identification des besoins des parturientes .....	46
La préparation des parturientes .....	46
Les consultations .....	47
Les facteurs intrinsèques .....	47
2. Stratégies de gestion de la douleur .....	48
Le soutien perçu .....	48
La mobilité .....	49
Le bain.....	49
Le toucher & le massage .....	50
L'injection de bloc d'eau intradermique ou « water block » .....	50
3. Influencer sur les politiques de santé .....	51
DISCUSSION .....	53
1. Augmenter l'empowerment des parturientes .....	53
Prise en compte des besoins des parturientes.....	53
L'importance de la préparation des parturientes .....	54
Les consultations .....	56
2. Gestion de la douleur en pré-travail.....	57
3. Influencer sur les politiques de santé .....	59
Limites et forces du travail.....	61
RETOUR DANS LA PRATIQUE .....	62
Implication pour la pratique .....	62
Débouchés de retour dans la pratique.....	62
Proposer un soutien professionnel.....	62
Chambre ou service de pré-travail .....	65
Accompagnement à la naissance .....	66
Améliorer les consultations téléphoniques .....	67
Proposition de recherche scientifique.....	67
CONCLUSION.....	71
LISTE DE RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	72



## QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL

En 2017, l'Organisation Mondiale de la Santé a publié de nouvelles recommandations générales pour la gestion du travail et de l'accouchement. Parmi ces recommandations, il propose d'admettre les parturientes en salle d'accouchement uniquement à partir de la phase active du travail obstétrical. Toutefois, les phases du travail et leurs diagnostics sont des concepts peu étudiés dans la littérature scientifique ce qui conduit à de nombreux désaccords entre les professionnels de santé. L'OMS définit la phase de travail actif comme une « période qui se caractérise par des contractions utérines douloureuses régulières, un degré important d'effacement du col de l'utérus et une dilatation du col de l'utérus plus rapide allant de 5 cm à la dilatation complète pour le premier accouchement et ainsi que pour les suivants. » (2017, p. 4). Malgré ceci, au cours de notre formation pratique dans différentes institutions de Suisse Romande, nous avons pu observer une grande disparité sur le diagnostic du travail et nous avons constaté qu'un nombre important de femmes en pré-travail phase de latence, se trouvent en salle d'accouchement. A nouveau, les professionnels ne sont pas d'accord sur ce nombre dans la littérature scientifique : les auteurs Klein, Kelly, Kaczorowski et Grzybowski ont réalisé une étude en 2004 sur le diagnostic du travail par un médecin traitant et ont trouvé que 50% des femmes étaient admises en salle d'accouchement avec un col inférieur à 3 cm. Ce taux serait de 45% selon Janssen, Iker et Carty en 2003 et de 36,9% selon Gharoro et Enabudoso en 2006. Dans la pratique actuelle, lorsqu'une parturiente se présente à la maternité pour des contractions utérines, trois possibilités peuvent lui être proposées selon le bien-être fœtal, maternel et l'avancée du travail. La première option qui est privilégiée actuellement, dans le contexte d'une grossesse physiologique, est un retour à domicile : la femme reçoit des conseils personnalisés pour la gestion de la douleur ainsi que les consignes pour revenir à l'hôpital au moment adéquat (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois [CHUV], 2019). Un retour à domicile a pourtant comme impact une augmentation de l'anxiété chez les futures mères (Barnett, Hundley, Cheyne & Kane, 2008) et 41% des parturientes disent ne pas souhaiter retourner à leur domicile durant cette période (Hosek, Faucher, Lankford & Alexander, 2014). La seconde option est une admission en salle de pré-travail ou au service du prénatal, lorsque la situation nécessite une surveillance rapprochée, ou, que la douleur est difficilement gérable ou bien encore que la patiente habite loin (Hôpitaux Universitaires Genevois [HUG], 2017). Enfin, les parturientes se présentant avec un travail avancé, une pathologie ou nécessitant une prise en charge [PEC] de la douleur sont admises en salle de naissance (HUG, 2019).

Avant la phase active du travail, se trouve une période appelée phase de latence ou de pré-travail qui est définie selon l'OMS comme une « période qui se caractérise par des contractions utérines douloureuses et des changements variables du col de l'utérus, comprenant un certain

degré d'effacement et une progression lente de la dilatation allant jusqu'à 5 cm » (2017, p. 4). Les femmes sont encouragées à rester à domicile durant cette phase (CHUV, 2019). Une étude réalisée en 2009 par Carlsson, Hallberg, Odberg et Petersson en Suède a étudié les raisons qui poussent les femmes à venir consulter à la maternité de manière précoce. Il en ressort en premier lieu le besoin de sécurité : les femmes souhaitent vérifier le bon déroulement du travail. La seconde raison évoquée est la recherche de soutien pour gérer leur anxiété, la douleur et le sentiment d'impuissance face aux contractions utérines. Néanmoins, une mauvaise gestion de la phase de latence par les parturientes et les professionnels peut avoir des répercussions importantes sur la santé et le bien-être materno-fœtal. En effet, la littérature scientifique indique qu'il existe une corrélation entre le temps passé en salle de naissance et une augmentation des risques d'interventions médicales (Neal, Lamp, Buck, Lowe, Gillespie & Ryan, 2014). Plusieurs études démontrent que les patientes sont sujettes à une hausse de stimulation par ocytocine et à accoucher par césarienne si elles sont admises avant la phase active du travail en salle de naissance (Neal & al., 2014, Hemminki & Simukka, 1986 ; Holmes, Oppenheimer & Wu Wen, 2001 ; Bailit & Blanchard, 2004 ; Rahnema, Ziaei & Faghihzadeh, 2006). Pourtant l'OMS explique que durant cette période les interventions médicales visant à accélérer le travail et l'accouchement physiologique telles que l'utilisation d'ocytocine ou le recours à une césarienne, ne sont pas recommandées (2017). Pour cause, ces pratiques ne sont pas sans risques et le désir d'en limiter leur utilisation est un point important dans le domaine de l'obstétrique (OMS, 2017).

L'ocytocine est utilisée en moyen de provocation ou de stimulation dans le but d'engendrer ou d'augmenter des contractions utérines efficaces et vise ainsi à accélérer la vitesse de dilatation (Compendium suisse des médicaments, 2018). En 2016, l'institut national des statistiques et des études économiques en France a recensé que 44,3% des accouchements sont stimulés à l'ocytocine (cité par la HAS, 2017). Nonobstant, une exposition prolongée et/ou de fortes doses d'ocytocine peuvent provoquer une atonie utérine et par conséquent accroître le risque d'hémorragie, notamment lors du post-partum immédiat (Compendium suisse des médicaments, 2018). Le compendium (2018) rapporte aussi un risque d'hypertonie utérine ou une hypercinésie durant le travail pouvant engendrer un stress et des troubles du rythme cardiaque fœtal et ainsi nécessiter une intervention médicale telle que la césarienne. D'autre part, l'utilisation d'ocytocine augmente le recours à la péridurale (Alfirevic, Kelly & Dowswell, 2009).

Entre 2000 et 2010, le taux de césarienne est passé de 25% à 32.6% en Suisse (Office Fédérale de la Santé Publique [OFSP], 2013). Le taux d'accouchement par césarienne varie de manière notable entre les pays, les cantons et les institutions. Par exemple, 42% des accouchements en Turquie sont des césariennes contre 14,3% aux Pays-Bas. En Suisse

Romande, c'est au canton de Zurich que les femmes accouchent le plus par césarienne (40%) à l'opposé du canton du Jura avec un taux de 18,7% (OFSP, 2013). La principale cause justifiant une césarienne en cours de travail est la stagnation de la dilatation, cela représente 16 à 38% de toutes les césariennes (Carbonne, 2010). Les étiologies menant à une opération chirurgicale sont multiples : sur 10 césariennes, 2 sont effectuées avant le début du travail à cause d'une urgence obstétricale, 5 se déroulent au cours de la dilatation et 3 sont programmées au préalable par le corps médical (PMSI, 2014 cité par Césarine, 2015). L'OMS explique que le taux de césarienne inévitable dans un établissement se situerait entre 10 et 15% (2014). Au-delà, le recours à cette intervention n'a démontré aucun impact sur la diminution de la mortalité maternelle ou néonatale (OMS, 2014). La stagnation de dilatation est la cause principale de césarienne comme l'expliquent ' « American College of Obstetricians and Gynecologists » et « the Society for Maternal-Fetal Medicine » dans leur article commun de 2014. Ils ajoutent qu'il n'est pas rare d'avoir une stagnation physiologique durant la première phase de dilatation et cette seule indication ne doit pas conduire à une césarienne.

Cette opération chirurgicale induit une hausse du risque de complications infectieuses, hémorragiques, thromboemboliques et digestives pour la femme ainsi que des risques de lésions vésicales (Benkirane Saadi & Mimouni, 2017). A long terme cela crée également une élévation de complications telles qu'une rupture utérine, de placenta prævia et accreta (Irion, 2009). Concernant les nouveau-nés, la naissance par césarienne peut avoir des répercussions sur l'adaptation néonatale liée à la hausse du risque de détresses respiratoires (Barazzoni & Roth-Kleiner, 2008). De plus, une première césarienne augmente le risque d'avoir recours à une nouvelle opération pour les accouchements suivants (Haute Autorité de Santé, 2012) et ainsi cumuler les risques. Cette opération a également une influence sur le vécu de l'accouchement car le mode d'accouchement est un des facteurs influant le vécu (Carquillat, Boulvain & Guittier, 2016). Selon les auteurs Carquillat, Bouvelain et Guittier, la césarienne, d'autant plus si celle-ci est pratiquée en situation d'urgence, peut réduire la satisfaction des premiers moments avec le nouveau-né (2016). Une diminution du sentiment de sécurité et de confiance en leurs compétences parentales ont également été mis en avant dans cette étude. Ce mauvais vécu de l'accouchement peut conduire à des répercussions sur l'attachement et augmenter le taux de baby-blues ainsi que de dépression du post-partum (Carquillat, Boulvain & Guittier, 2016).

Un travail de mémoire écrit par Rouzbeh-Senuma (2002) à Lausanne décrit les coûts engendrés par la naissance selon le mode d'accouchement. Il est intéressant de faire ressortir qu'une césarienne coûte significativement plus cher (en moyenne 7843 CHF) pour la société qu'un accouchement par voie basse (5845 CHF). De même, une patiente qui a accouché par voie basse reste en général moins longtemps à la maternité que celle qui a eu un

accouchement par voie haute engendrant ainsi des coûts supplémentaires. Une césarienne conduit donc à une hausse des coûts de la santé (Rouzbeh-Senuma, 2002).

Pour toutes ces raisons évoquées, le monde de l'obstétrique souhaite réduire le nombre d'utilisation d'ocytocine et de recours à la césarienne. Chercher à comprendre et à agir sur le nombre de parturientes admises en salle de naissance en cours de pré-travail est un des axes importants pour limiter les interventions et ainsi favoriser un bon vécu de cette étape de la vie. Les quatre principes éthiques liés à la sage-femme sont la bienfaisance, la non-malfaisance, la justice et l'autonomie (Pitte, 2016). Notre rôle est donc de trouver le moyen de répondre aux besoins des femmes pour les aider à gérer la phase de latence tout en gardant en tête les risques liés à une hospitalisation précoce dans un environnement hospitalier régi par des protocoles de soins.

# CADRE DE RÉFÉRENCE THÉORIQUE

## I- La physiologie de la grossesse et de l'accouchement

### La physiologie

Le terme physiologique est défini dans le domaine médical par un fonctionnement qui correspond à la norme (dictionnaire médical, 2019). La grossesse est dite physiologique lorsqu'elle se déroule sans complication maternelle ou fœtale. Ce terme regroupe plusieurs périodes périnatales : la grossesse, l'accouchement et le post-partum. En 1996, l'OMS établit les caractéristiques des grossesses physiologiques, celles-ci n'ont que peu évolué depuis la première publication. Elles englobent un déclenchement spontané du travail d'une grossesse à bas risque et un accouchement spontané par voie basse en position céphalique entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée (OMS, 1997). Aujourd'hui encore ces caractéristiques sont à la base de nombreuses définitions d'autres institutions telles que le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé [KCE] en 2010, le Collectif interassociatif autour de la naissance [CIANE] ou le Collectif des Sages-Femmes en France en 2015 (cité par HAS, 2017).

### La notion de risque

La grossesse entraîne des modifications physiques du corps de la femme et est également une période de vulnérabilité psychologique (Brown, 2017). La vulnérabilité psychologique est définie par le dictionnaire de la psychiatrie comme telle : « Fragilité de la personnalité l'exposant à des réactions pathologiques aux événements et aux circonstances de l'existence, ainsi qu'à l'apparition de troubles mentaux caractérisés, transitoires ou durables. » (2016, cité par le site psychologies.com). Les changements physiques quant à eux, augmentent les risques de complications cardiovasculaires et infectieuses et exposent les femmes à des pathologies propres à la grossesse (Brown, 2017). C'est pourquoi la période péri-natale, bien qu'étant un processus physiologique, est considérée comme une phase potentiellement dangereuse pour la mère et l'enfant (Peretti-Watel, 2004, cité dans Carricaburu, 2007). Ces complications peuvent être augmentées en cas de pathologies, préexistantes ou apparaissant durant la grossesse, mais également par la présence de certains facteurs de risques (Carricaburu, 2007). Comme expliqué précédemment, le risque d'hémorragie ou de mauvaise adaptation néonatale sont corrélés avec les interventions médicales et avec le temps passé en salle d'accouchements (Neal & al., 2014, Hemminki & Simukka, 1986 ; Holmes & al., 2001 ; Bailit & Blanchard, 2004 ; Rahnema & al., 2006). L'OMS souhaite donc harmoniser les prises en charge des parturientes et limiter les interventions médicales (OMS, 2017).

Les grossesses sont divisées en 2 catégories : les grossesses à haut risque, plus ou moins sévère, et les grossesses à bas risque. L'évaluation des risques peut être basée sur plusieurs systèmes différents (Artal-Mittelmark, 2017). La grossesse à bas risque, elle, est définie par exclusion de pathologies maternelles et/ou fœtales (Carricaburu, 2007). En moyenne, 70-80% des parturientes sont dites « à bas risque obstétrical » en début de travail (OMS, 1996, cité par Gouilhers-Hertig, 2012). La présentation du fœtus est également un facteur pris en compte : un accouchement à bas risque concerne uniquement les présentations céphaliques occipitales (Vaillant, 2018)

Une grossesse est dite à risque lorsqu'elle est liée à une pathologie maternelle, une pathologie fœtale ou lors d'accouchement avant 37 semaines d'aménorrhée (Carricaburu, 2007). Les grossesses multiples, bien que souvent spontanées, sont considérées comme des grossesses à risque en lien avec l'augmentation de complications maternelles et fœtales associées (pré-éclampsie, diabète gestationnel, prématurité, retard de croissance in-utéro, syndrome transfuseur-transfusé) (Gondry, Lanta & Lo Presti, 2010). Même si la présentation du siège est physiologique, la réalisation de l'accouchement du siège a été peu pratiquée au cours des dernières années lui préférant la césarienne. Par conséquent, les manœuvres du siège sont peu enseignées. C'est donc aujourd'hui considéré comme un accouchement à risque (Vérot & Harvey, 2010).

## Le déclenchement du travail

La mise en travail spontanée se caractérise par la venue de contractions utérines naturelles, devenant de plus en plus fréquentes et douloureuses et entraînant une modification cervicale (UVMaF, 2010). Ce type de contractions utérines se différencie des contractions de Braxton-Hicks qui, bien que parfois douloureuses, sont plus courtes et moins fréquentes (American Pregnancy Association, 2019). Généralement, ces contractions s'estompent avec le repos et n'entraînent pas de modifications du col (American Pregnancy Association, 2019). Ce sont des contractions utérines qui apparaissent dans le 2ème ou 3ème trimestre de la grossesse et qui servent à préparer le corps à l'accouchement (Kandola & Riggins Nwadike, 2019 ; American Pregnancy Association, 2019). La différenciation de ces deux types de contractions utérines est enseignée durant les consultations prénatales et dans les cours de préparations à la naissance et à la parentalité [PNP] afin de sensibiliser les femmes à leur corps et les amener à consulter à temps en cas de contractions utérines selon le moment de la grossesse (HAS, 2005).

Dans les pays développés, jusqu'à 25% des accouchements sont provoqués (OMS 2015). Il existe différents moyens de provocation qui sont adaptés selon le Score de Bishop et le dossier médical de chaque patiente (HAS, 2008). Ces différentes méthodes ont pour but de maturer

le col et provoquer des contractions utérines afin d'avancer le moment de l'accouchement (HAS, 2008). Les déclenchements ont généralement lieu pour de raisons médicales ou, plus rarement pour des raisons de convenance (Boulvain & Jastrow Meyer, 2015 ; Benchimol, 2015). Dans le premier cas, cela implique des facteurs de risques présents pour la grossesse nécessitant une avancée de la naissance et donc augmente le risque de complications liées à la raison thérapeutique du déclenchement (HAS, 2008). Toujours selon la HAS, les déclenchements sont également plus douloureux qu'une mise en travail spontanée. Cette procédure demande généralement une hospitalisation et comporte un management particulier, avec une hausse des surveillances (2008).

Notre travail se concentre sur les grossesses à bas risque obstétrical comportant une mise en travail spontanée afin d'étudier la physiologie et de cibler la majorité des grossesses.

## Les différentes phases du travail obstétrical

Dans la physiologie, en fin de grossesse, le corps de la femme se met spontanément à réagir afin de déclencher le travail entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée sous l'effet d'hormones (Vaillant, 2018). On peut définir le travail comme les contractions utérines régulières croissantes en intensité, souvent douloureuses, qui entraînent des modifications cervicales (Martin, 2010). En 1955, Friedman a étudié la dynamique de la mise en travail et sépare la première phase de travail en deux étapes (cité par la HAS, 2017) :

1. La phase de latence : elle concerne l'effacement du col et la dilatation jusqu'à 3 centimètres. Cette phase dure entre 8 et 10 heures pour les nullipares et en moyenne 5-6 heures pour les multipares.
2. La phase active : elle se caractérise par une accélération de la dynamique de dilatation et comprend l'évolution du col de 3 cm jusqu'à la dilatation complète. Pour un premier accouchement elle dure environ 5 heures, et 2 heures 30 pour les accouchements suivants.

En pratique, il n'est pas rare que l'effacement et la dilatation du col s'effectuent en simultané chez les multipares (Essential obstetric and newborn care, 2015) Selon Friedman une dilatation est considérée comme physiologique lorsque le col se dilate d'un centimètre par heure (1978). Cette définition, a été remise en question dans plusieurs études ces dernières années. Zhang et al, en 2010, ont décidé d'analyser à nouveau la durée du travail suite à l'évolution de certaines caractéristiques de la population : l'âge maternel ainsi que le poids et taille des nouveau-nés ont augmenté. Il a montré que la courbe de Friedman n'était plus d'actualité, car trop restrictive, notamment pour la période de 3-5 cm de dilatation. L'OMS en

2017 se penche également sur la dynamique du travail obstétrical et explique que la norme pour la dilatation d'1cm/heure durant la phase active du travail est peu adaptée car elle serait trop rapide. Elle ne définit pas une progression physiologique du travail. L'OMS décourage donc les professionnels de santé à intervenir lorsqu'un rythme inférieur à cette norme est observé sans autres facteurs de risque. Il préconise la pose du diagnostic du travail actif uniquement à partir de 5 cm de dilatation (OMS, 2017). Ces différentes définitions rendent le diagnostic du travail complexe et provoque un manque de consensus dans le domaine de l'obstétrique

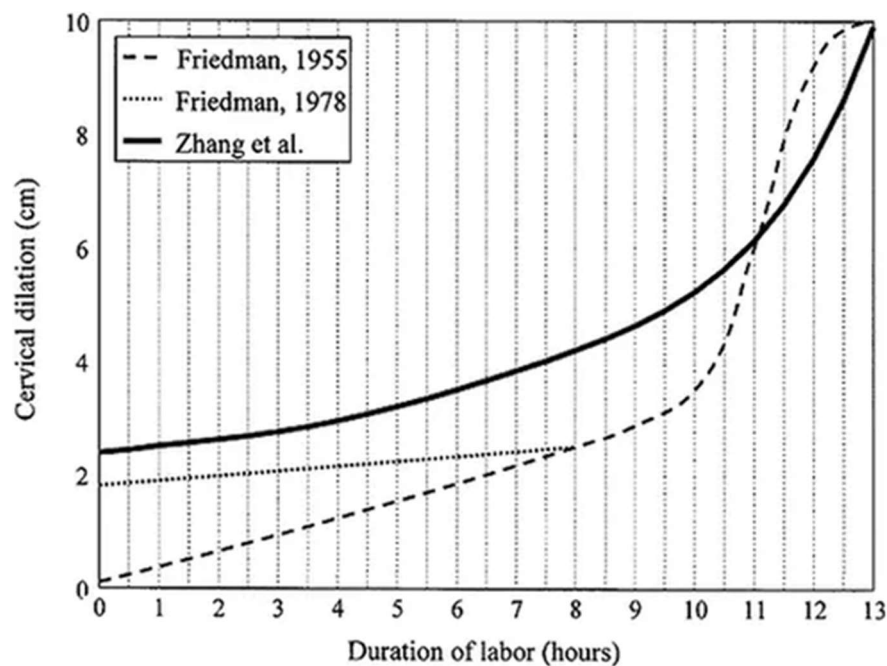


Figure 1. Courbe de dilatation du col chez la femme nullipare (D'après Friedman, (1978). *Functional divisions of labor*, American Journal of Obstetrics and Gynaecology, 109, 274-280)

Aujourd'hui encore, nous avons pu observer durant notre formation que de nombreuses maternités se basent sur la courbe de dilatation de Friedman pour justifier la prise en soin de la patiente en salle de naissance et, malgré les recommandations actuelles, le travail est souvent diagnostiqué dès 3-4 cm. Lors de notre pratique nous avons cependant noté que certains établissements Suisses désirent se rapprocher de ses recommandations et changent actuellement leur ligne de conduite face à la définition du travail et au management de celui-ci.



## II- Le vécu des parturientes

### Le vécu

L'arrivée d'un enfant est une étape de la vie complexe et incertaine qui peut devenir une source d'anxiété pour les futurs parents (Sjögren, 1997). Or, un mauvais vécu de l'accouchement, comme exposé plus haut, peut avoir des répercussions sur la santé psychique de la mère et conduire à des troubles de l'attachement (Carquillat, Bouvelain & Guittier, 2016).

L'anxiété périnatale et les risques associés sont des sujets étudiés à de nombreuses reprises dans la littérature scientifique. Il en ressort que 50% des femmes disent être anxieuses pour la santé de leur bébé, 40% auraient peur des douleurs de l'accouchement et 12% des femmes avouent que le risque d'interventions médicales, telles que la pose d'anesthésie ou la césarienne, est une source de stress (Geissbuehler & Eberhard, 2009). L'anxiété périnatale est donc composée d'une multitude de paramètres et influe sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement (Rebelo Marques & Dall'armellina, 2018).

La satisfaction de l'accouchement se compose de nombreux éléments tels que le déroulement de l'accouchement en lui-même (intensité de la douleur, durée du travail et les issues obstétricales), les soins médicaux et infirmiers prodigués, les informations reçues et la participation des femmes aux décisions (Seguin, Therrien, Champagne & Larouche, 1989). Généralement, la collaboration avec les professionnels à propos des décisions est un facteur influençant positivement la satisfaction des patientes (Séguin et al., 1989). Ce partenariat entre soignant-soigné est encouragé dans le secteur de la santé comme l'exprime l'Office Fédérale de la Santé Publique « les soins devront être plus fortement conçus en fonction des patients et se concentrer sur leurs besoins » (2013, p.5). De même, la sensation de contrôle est également un élément influençant positivement le vécu de l'accouchement et la satisfaction des femmes (Chabbert & Wendland, 2016). Enfin, ces paramètres sont également influencés par le soutien perçu par les femmes (Razurel, Desmet & Sellent, 2011). Ainsi, le cercle social et familial a une influence sur le vécu positif de l'expérience de l'accouchement (Fenwick, Hauck, Downie & Butt, 2005). Le soutien perçu est également corrélé avec le sentiment de compétence des femmes (Razurel & al., 2011). Or, la peur du manque de compétence individuelle concernant leur capacité à être parents est un élément anxiogène durant la grossesse selon Sjögren en 1997.

Lors de l'enquête du CIANE en 2012, 40% des femmes participant à l'étude expriment un bon vécu de l'accouchement et elles estiment que 60% de leurs souhaits ont été pris en compte. Cependant il est aussi mis en avant que 84% des femmes estiment ne pas avoir le soutien espéré durant l'accouchement et 47% ont le sentiment d'avoir été seules lorsqu'elles avaient

besoin de soutien. Il est également soulevé que les moments d'urgences ou les douleurs intenses affectent négativement ce vécu de l'accouchement et donc le sentiment de satisfaction (Chabbert & Wendland, 2016).

Pour conclure, nombreux sont les éléments qui impactent le bon vécu et la satisfaction des femmes et ainsi les potentielles conséquences sur le psychique maternel. C'est pourquoi, la satisfaction et le vécu des femmes durant le pré-travail nous semblent important à étudier afin que le management correspondant à leurs besoins.

## La douleur de l'accouchement

Comme exprimée dans le paragraphe précédent, la douleur a un impact important sur le vécu de l'accouchement et est une cause de venue à la maternité (Seguin, 1989). La douleur est définie par International Association for the Study of Pain comme « une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrites en ces termes » (cité par Atallah & Guillerrou, 2004, p.722). Les contractions utérines, déclenchées par la hausse des taux de progestérones et d'œstrogènes ainsi que par l'accommodation fœto-pelvienne, passage du fœtus dans le bassin, sont les causes des douleurs de l'accouchement (UVMaF, 2011). Les douleurs ressenties durant le travail obstétrical peuvent revêtir différentes formes : la durée, l'intensité ainsi que la localisation varient d'une personne à une autre et au cours du travail (UVMaF, 2011). La douleur est une perception subjective et individuelle, ayant un impact plus ou moins important sur la personne en fonction de nombreuses variables sensorielles, cognitives, émotionnelles et comportementales (Atallah & Guillerrou, 2004). Atallah et Guillerrou mettent en avant que la douleur est mieux supportée si un sens lui est donné (2004). Par conséquent, il est intéressant d'étudier les représentations des femmes des douleurs de l'accouchement et de leur proposer des explications.

Afin de limiter les douleurs des contractions utérines, il existe certains moyens médicamenteux tels que la péridurale, l'utilisation de dérivé morphinique ou de MEOPA (Mélange Equimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote). Ces méthodes nécessitent la surveillance de personnel compétent et sont utilisées dans certaines situations précises (CHUV, 2019). En outre, certaines méthodes non médicamenteuses, et plus facilement accessibles pour les femmes, peuvent être utilisées afin de réduire les douleurs des contractions (HAS, 2017).

Du fait de la variation de la manifestation physique de contractions utérines et de la sensibilité à cette douleur est individuelle selon les variables expliquées en amont, il est essentiel de pouvoir adapter la PEC de manière personnalisée.

## Les représentations et la préparation de l'accouchement

Dès l'enfance, chacun est confronté à des films, émissions, témoignages et publicités influençant ses représentations de la grossesse, du travail et de l'accouchement (Van Bekkum & Hilton, 2013). Ces médias peuvent donner une vision faussée du déroulement de l'accouchement et ne préparent pas les couples à la réalité notamment sur la durée des phases d'accouchement qui sont nettement minimisées dans les films (Gagnon, 2017). Ces éléments peuvent induire des représentations erronées et ainsi une mauvaise préparation à l'accouchement (Gagnon, 2017). En effet, cette étude met en avant le manque d'accouchement physiologique présent dans les médias, et l'influence que cela peut avoir sur les parturientes (2017). Pour préparer au mieux les femmes et limiter l'impact des informations parfois biaisées d'internet, des cours de PNP sont proposées dans les maternités (Gagnon, 2017).

Les auteurs Blondel, Supernant, Mazaubrun et Breart (2005) expliquent que 66.6% des femmes primipares ont recours à des cours de PNP lors de leur grossesse et seulement 24.9% des multipares. Ces cours visent à préparer les femmes ou les couples aux changements de la grossesse, au travail de l'accouchement ainsi qu'à la venue de leur enfant et ont pour objectifs de réduire le stress périnatal et de favoriser le bon déroulement et le bon vécu de l'accouchement (HAS, 2005).

## III- Rôle sage-femme et mise en travail

### Le parcours à la maternité

En Suisse, on dénote une augmentation de 26% des consultations aux urgences dans les hôpitaux entre 2007 et 2011 (Vilpert, S. 2013). Afin de gérer ce flux en augmentation dans les hôpitaux, et de continuer d'assurer la sécurité des patients et l'efficacité des soins, des systèmes de triage ont été mis en place dans les établissements (Gazzah, 2012). Le triage consiste à une évaluation rapide de la situation en cours à l'aide d'une échelle de tri permettant dans un premier temps d'identifier les situations urgentes et d'en prioriser les prises en soin (Gazzah, 2012). Ce tri est effectué de manière différente au sein des maternités. En effet, comme observé lors de nos stage pratiques dans différentes institutions, certaines maternités proposent des consultations téléphoniques afin d'évaluer la situation et de limiter les déplacements non nécessaires aux urgences gynéco-obstétricales (UGO) ou en salle de naissance. Une fois à la maternité, les patientes sont évaluées selon l'anamnèse et la dilatation du col. Si les femmes ne sont pas en travail, il leur est recommandé de rentrer à domicile avec des conseils d'usage pour reconnaître le moment opportun pour consulter (Lauzon & Hodnett,

2001) Ce retour à domicile peut être source de stress, comme le montre l'étude de Carlsson et al. (2009). Cette étude explique que les patientes se sentent souvent démunies lorsqu'elles sont à la maison, alors que le milieu hospitalier représente une forme de sécurité pour leur bien-être et celui de l'enfant. Lorsque les femmes sont hospitalisées durant la phase de pré-travail, pour des raisons médicales ou pour une aide à la gestion de la douleur, les établissements proposent différentes options selon leur configuration. Selon le site du HUG et du CHUV et lors de nos différents stages de formation pratique nous avons pu relever le parcours des femmes admises lors de la phase du pré-travail (2019). Le plus souvent les femmes sont admises dans le service prénatal dans des chambres d'hospitalisation classique simple ou double, celles-ci disposent généralement de ballon pour aider à la gestion de la douleur. Les plus petites maternités utilisent des salles de post-partum de la même manière. Il arrive également que des salles d'accouchement soient utilisées pour accueillir des patientes en phase de latence. Quelques hôpitaux ont à leur disposition des salles consacrées et aménagées pour la gestion du pré-travail. En dehors de l'hôpital, le diagnostic du travail peut aussi être posé par le biais d'une sage-femme indépendante [SFI] lors d'un suivi de travail à domicile ou dans une maison de naissance, que le projet de la femme soit d'accoucher en milieu hospitalier ou non (orientation.ch, 2019).

Une femme consultant en phase de pré-travail va donc avoir un parcours différent selon l'hôpital sélectionné. Après un appel téléphonique ou une consultation, elle se verra soit renvoyée à domicile ou hospitalisée dans une salle plus ou moins aménagée selon les besoins de la patiente et la configuration de la maternité choisie. Dès lors du diagnostic du travail actif, d'un désir de péridurale ou lorsque cette phase est trop longue selon les normes institutionnelles en vigueur, la patiente sera alors admise en salle d'accouchement (HUG, S. d.).

Par conséquent, le tri est un axe important de la problématique de la gestion de la phase de latence, car c'est cette étape qui oriente la femme vers différents services et donc différentes prises en soin. Il est intéressant de comprendre comment ces différentes méthodes influencent le déroulement et le vécu de l'accouchement et ainsi pouvoir évaluer leur efficacité.

## Le rôle sage-femme

La profession de sage-femme se compose d'une partie essentielle en matière de prévention et promotion de la santé auprès des femmes, du couple et de la famille (orientation.ch, 2019). Son rôle est de favoriser la physiologie en proposant un suivi complet, régulier et personnalisé en plaçant la femme au centre de la prise en soin dans les différentes étapes que sont la grossesse, l'accouchement et l'instauration de la parentalité (orientation.ch 2019). Elle exerce en autonomie lors de situations physiologiques ce qui la pousse à travailler en se basant sur

des données scientifiques et actuelles afin de remettre en question ses pratiques et favoriser le bien-être des patientes. (orientation.ch, 2019, Ordre des Sages-Femmes, s.d.)

Son rôle de promotrice de la santé s'exerce à travers différents aspects : La sage-femme peut délivrer des cours de PNP de manière individuelle ou en groupe à toutes femmes enceintes intéressées afin de favoriser le bon déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de la parentalité (Fédération Suisse des Sages-Femmes [FSSF], 2019). En proposant des informations, des discussions et des exercices corporels, la sage-femme a pour objectif d'augmenter l'autonomie et le bon vécu des couples durant ces étapes en mettant en avant leurs ressources personnelles (HAS, 2005). La promotion de la santé regroupe également le soutien apporté mais aussi la mise en avant et le renforcement des stratégies de coping (HAS, 2005). Cependant, dans la pratique, la qualité et la quantité de l'accompagnement peuvent être limitées par la charge de travail (Kieft, de Brouwer, Francke & delnoij, 2014 ; Blondel, Supernant, Mazaubrun & Breart, G., 2005). La sage-femme se retrouve en position inconfortable et doit jongler entre les désirs des patients et les protocoles en vigueur (Eri & al., 2010 ; Kieft & al., 2014).

En maison de naissance ou à domicile, l'accompagnement de manière rapprochée est possible dès que les contractions deviennent difficiles à gérer (FSSF, S. d.).

Le diagnostic de mise en travail entraîne différentes répercussions dans la prise en soin. Lorsqu'une femme est en travail, elle est amenée en salle d'accouchement, un partogramme est ouvert afin de suivre l'évolution et le déroulement de celui-ci (HAS, 2017). Dès son ouverture, la vitesse de dilatation est évaluée de manière plus rapprochée avec des touchers vaginaux. La fréquence de ceux-ci dépend des protocoles et des signes cliniques (HAS, 2017). Ce geste intime entraîne une hausse du risque d'infection lorsqu'il est répété (DocSanté, 2019). La vitesse de dilatation est alors évaluée et des actions comme l'utilisation d'ocytocine, la rupture prématurée des membranes ou la césarienne sont mises en place en conséquence (HAS, 2017).

Ce besoin d'accélérer le travail des patientes peut parfois également être une conséquence due à la réalité du terrain comme nous le confie une sage-femme d'une grande maternité (communication personnelle, 13 février 2019). En effet, des raisons institutionnelles peuvent pousser les professionnels médicaux à être proactifs dans l'accouchement : le nombre de salles d'accouchement étant limité et les accouchements souvent imprévus, il est important pour le personnel d'avoir toujours des chambres de disponibles afin d'accueillir des accouchements imminents ou des situations urgentes (communication personnelle, 13 février 2019). Les sages-femmes doivent alors jongler entre le désir de favoriser et encourager la

physiologie et la réalité des contingences du terrain (Eri, Blystad, Gjengedal, & Blaaka, 2010 ; Kieft & al, 2014).

## IV- Politique de santé

Les institutions et les professionnels sont régis par des plans de santé à long terme dans le but d'améliorer les prises en soin des patients. Ces plans impactent ainsi les intervenants et les centres d'accueil sur les soins proposés aux patients (OMS, S. d.).

### Plan de santé Suisse et mondial

Les politiques de santé comprennent des plans de santé sur plusieurs années à différentes échelles : locale, nationale et internationale. L'OMS a élaboré un programme mondial global pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2020. D'un point de vue obstétrical, ce plan propose une liste d'actions contre « les principales causes de morbidité et de mortalité », des actions afin d'« améliorer très efficacement la santé » et des actions pour « la santé et le bien-être en général des femmes, des enfants et des adolescents » (p. 88). Dans le contexte de ce plan commun à la santé, l'« International Confederation of Midwifery » [IMC] a publié un plan d'action 2017-2020. Celui-ci comporte 3 axes : la qualité des soins, l'équité face aux soins et la promotion du leadership de la sage-femme. Ainsi, l'IMC s'engage pour la reconnaissance du métier de sage-femme et veut augmenter leur autonomie. En Suisse, on peut retrouver sur le site de la FSSF les actions principales pour une bonne pratique basée sur la qualité des soins afin de permettre une « amélioration continue de la prise en charge des clientes, avec des prestations fournies de manière professionnelle et compétente, en réponse aux besoins et dans un souci d'économicité » (p.4, 2006).

Ainsi, ce travail de Bachelor s'inscrit dans le cadre des politiques mondiales de santé ainsi que nationales pour la favoriser la santé des femmes et des enfants dans un souci d'économie et d'équité des soins.

### Les différents acteurs

Autour de la grossesse et de la naissance, on retrouve de nombreux acteurs influant sur le bon déroulement et le vécu des femmes. Les professionnels de santé sont là pour accompagner et guider les futurs parents dans la période périnatale. En Suisse, les principaux protagonistes sont, en premier lieu, les sages-femmes (orientation.ch, S. d.). Ces professionnelles de santé proposent un accompagnement pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum lorsque le suivi est physiologique et s'associe avec d'autres professionnels lors que la situation devient pathologique (FSSF, 2019). Parmi ces autres

professionnels, les obstétriciens sont le plus souvent sollicités de par leur expertise en pathologie de la grossesse et de l'accouchement (Gynécologie Suisse, 2014)

Enfin, il existe une profession encore peu connue en Suisse, les doulas, qui proposent un accompagnement non thérapeutique à la naissance (doulasuisse.org, 2019 ; doulas.ch, 2019). Ce corps de métier a choisi de se concentrer sur le soutien émotionnel et psycho-affectif des femmes pendant la période périnatale.

Tous ces intervenants font donc partie des acteurs qui gravitent autour des parturientes et qui ont une influence sur le bon vécu de la grossesse et de l'accouchement. Il est important que chaque corps de métier collabore avec les autres dans un but commun, celui de favoriser le bon déroulement de l'accouchement. Les changements de pratique impliquent donc un ensemble de professionnels.

## Protocole institutionnel

Dans les soins, il existe des conventions créées par les professionnels de santé d'une institution afin de décrire une attitude à observer lors d'une situation ou pour un soin (formation santé droit, 2013). Le protocole de soins permet de cerner une problématique complexe, en tenant compte des différents facteurs et des différents acteurs pouvant influencer sur une situation (HAS, 2011) et d'assurer une « amélioration de la qualité des soins, de leur sécurité et de leur optimisation » (Cloarec, 2008, p. 1). Les directives de soins proposées dans le protocole se doivent d'être basées sur la littérature scientifique afin d'assurer la qualité des soins (HAS, 2011). Ainsi, ces conventions, ou protocoles de soins, permettent d'uniformiser les pratiques et assurer une qualité dans les soins au sein d'une institution (formation santé droit, 2013). Ces protocoles servent de guide et doivent comporter une certaine souplesse pour maintenir l'individualisation des soins (Gonzales, 2012).

Les protocoles sont donc une part importante des politiques de santé. Afin de changer le fonctionnement dans un service, il est nécessaire que les protocoles soient mis à jour régulièrement et exposés à un regard critique afin d'être en adéquation avec les dernières recommandations.

# PROBLÉMATIQUE

Dans notre pratique, nous observons dans le management des femmes en pré-travail, un décalage entre les recommandations actuelles et ce qui est effectivement réalisé dans les institutions Suisses. Ainsi, nous remarquons que le taux de femmes en salle d'accouchement avec un col dit « défavorable » reste élevé et ce malgré les risques expliqués en amont concernant l'utilisation d'ocytocine et le nombre en hausse de césarienne en cours de travail. Au moment d'une consultation précoce, les propositions amenées par les professionnels répondent peu aux besoins des parturientes. En effet, les patientes venant en consultation ont une problématique physique qui cache généralement un besoin de sécurité ou d'information (Formarier, 2007). En dépit de nos conseils dispensés pour favoriser le pré-travail à domicile, les femmes consultent de manière précoce ce qui laisse à penser que l'aide proposée pour gérer cette période n'est pas adéquate. D'un autre côté, il a été mis en avant que 41% des femmes ne veulent pas retourner à domicile après s'être déplacées à la maternité pour des raisons de douleurs trop importantes ou à cause du manque de proximité avec l'établissement (Hosek & al., 2014).

A travers ce travail, nous souhaitons étudier la gestion de la phase de latence par les maternités afin de pouvoir transposer ou non les stratégies qu'elles proposent. Ainsi, différents lieux d'accueil pourraient s'inspirer des stratégies proposées pour réduire le nombre en femmes en salle d'accouchement avec un col non favorable. Nous avons également voulu réfléchir aux améliorations possibles autour du soutien apporté par la sage-femme ainsi qu'aux stratégies visant à renforcer l'empowerment des parturientes durant la phase de latence. D'un autre côté, l'amélioration de la satisfaction et le bon vécu des femmes durant cette phase est un point important de notre travail. Le but est de réduire les admissions en salle d'accouchement lors de la phase de pré-travail et les complications qui y sont liées. Nous souhaitons mettre en lumière des stratégies visant à répondre aux craintes et besoins des parturientes durant cette étape difficile à gérer, pour elles, comme pour le personnel soignant.

A travers les différentes réflexions précédentes nous sommes arrivées à la problématique suivante : « **Comment promouvoir l'arrivée en travail actif en salle d'accouchement des parturientes à bas risque obstétrical ?** »



# RÉFLEXION ÉTHIQUE

Afin de protéger les familles des déviations possibles et d'améliorer la qualité des soins proposés, un questionnement éthique est nécessaire de la part des professionnels de santé. Cette idée prend en compte de nombreux points tels que les relations entre les différents acteurs, la place de la technologie dans les soins, la qualité des soins, les prises de décisions ou encore l'allocation des ressources (CHU Sainte-Justine, 2019). Pour cette raison, il existe un code de déontologie qui régit ce qu'il convient de faire au sein d'une profession d'un point de vue éthique. Le dictionnaire Larousse définit la déontologie comme étant : « l'ensemble des règles et des devoirs, qui régissent une profession, la conduite de ceux qui l'exercent, les rapports entre ceux-ci et leurs clients et leurs publics » (S. d.). La pratique du métier de sage-femme est intimement liée à l'éthique et au respect de la femme, du couple et de l'enfant (ICM, 2009). Les sages-femmes travaillent afin de proposer un accompagnement global respectueux de leur santé physique et psychique tout en prêtant attention à respecter leur autonomie et leur choix. Pour cela, elles s'appuient sur les 4 principes éthiques de la vision humaniste : la bienfaisance, la non-malfaisance, la justice et l'autonomie (Pitte, 2016) Pour agir au mieux, elles doivent donc (HEdS, 2017) :

- Se remettre régulièrement en question en auto-évaluant leur pratique.
- S'appuyer sur le cadre légal lié à la pratique de la sage-femme, son cahier des charges, responsabilités, droits et devoirs.
- Discerner les valeurs, enjeux et conflit éthiques impliqués dans la prise en soin.
- Promouvoir les réflexions et raisonnement d'éthiques cliniques au sein de l'équipe professionnelle.
- S'assurer de la compréhension et le choix éclairé des acteurs afin de favoriser l'autonomie et le respect.

Dans la même idée, de nombreux textes ont été publiés sur le sujet pour guider la profession sage-femme à différentes échelles telles que le code international de déontologie des sages-femmes (ICM, 2009), la philosophie et modèle de soins de la pratique sage-femme (ICM, 2005) ou la charte de la FSSF (2011).

Au centre du travail et des préoccupations de la sage-femme se trouvent la femme, le nouveau-né ainsi que la famille (FSSF, 2011 ; ICM 2009). Les actions de la sage-femme sont donc guidées par le désir d'être bienveillante pour ces différents acteurs. Cela passe par une remise en question régulière des pratiques et prise en soin en se basant sur la littérature scientifique récente (ICM 2009). La thématique que nous avons choisie d'explorer dans ce travail est étroitement liée au fondement éthique de la sage-femme : comment pouvons-nous améliorer la prise en soin de la phase de latence ? Quelles stratégies pouvons-nous mettre en place pour réduire l'impact iatrogène des prises en soin en salle de naissance ?

Aujourd'hui, on connaît les risques liés à l'admission en salle de naissance en phase de latence. Une sage-femme d'une grande maternité suisse nous confie :

« Il est courant de noter dans le dossier médical une dilatation inférieure à la dilatation réelle, pour donner plus de temps à la patiente. [...] Quand une patiente est à 2 ou 3 cm, notamment pour les primipares, on préfère dire que le col est encore 0.5 cm de long, comme ça elle n'est pas considérée en travail et on lui laisse plus de chance d'avoir un accouchement physiologique. » (communication personnelle, 13 février 2019).

Les professionnels connaissent donc les risques et sont parfois tiraillés éthiquement par les protocoles et les normes en vigueur dans les institutions.

Lors de recherches scientifiques, médicales ou non, une attention particulière doit être apportée à plusieurs principes éthiques pendant leur réalisation. Le corps scientifique se doit de respecter les droits fondamentaux des hommes, femmes et enfants (Haute Ecole de Travail Social [HETS], 2013). Ils se doivent de trouver et limiter les risques qu'ils encourent sur le plan physique, psychique, intellectuel et social (HETS, 2013). Les personnes qui participent à ces études doivent signer un consentement libre et éclairé, elles doivent être tenues au courant des objectifs, risques et méthodes utilisées au long de celle-ci (HETS, 2013). Les études ne doivent pas porter préjudice ou mettre en danger les personnes y participant (HETS, 2013). Elles sont aussi assurées du respect de leur vie privée et de leur anonymat pendant et après la fin de l'étude, les informations sont donc codées et inaccessibles au public (HETS, 2013). Les résultats obtenus sont transmis directement aux individus impliqués de façon objective, aucune généralisation abusive ne doit être faite (HETS, 2013). Par conséquent, le responsable de la recherche s'engage à respecter ces principes éthiques et à les faire respecter par ses équipes (HETS, 2013).

Tout au long de notre travail, une attention particulière a été prêtée à la dimension éthique en s'assurant que :

- Les grands fondements de la philosophie sage-femme soient respectés.
- Les études sélectionnées respectent les principes généraux de la recherche scientifique énoncés plus haut concernant le respect, l'anonymat et les droits de l'homme.
- Le respect d'un cadre objectif et transparent lors de la mise en place de l'étude ou la présentation des résultats : les auteurs doivent tendre vers un minimum de biais possible.
- Le respect de la propriété privée en référant religieusement les sources de nos informations.

# MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

## Sélection des mots-clés

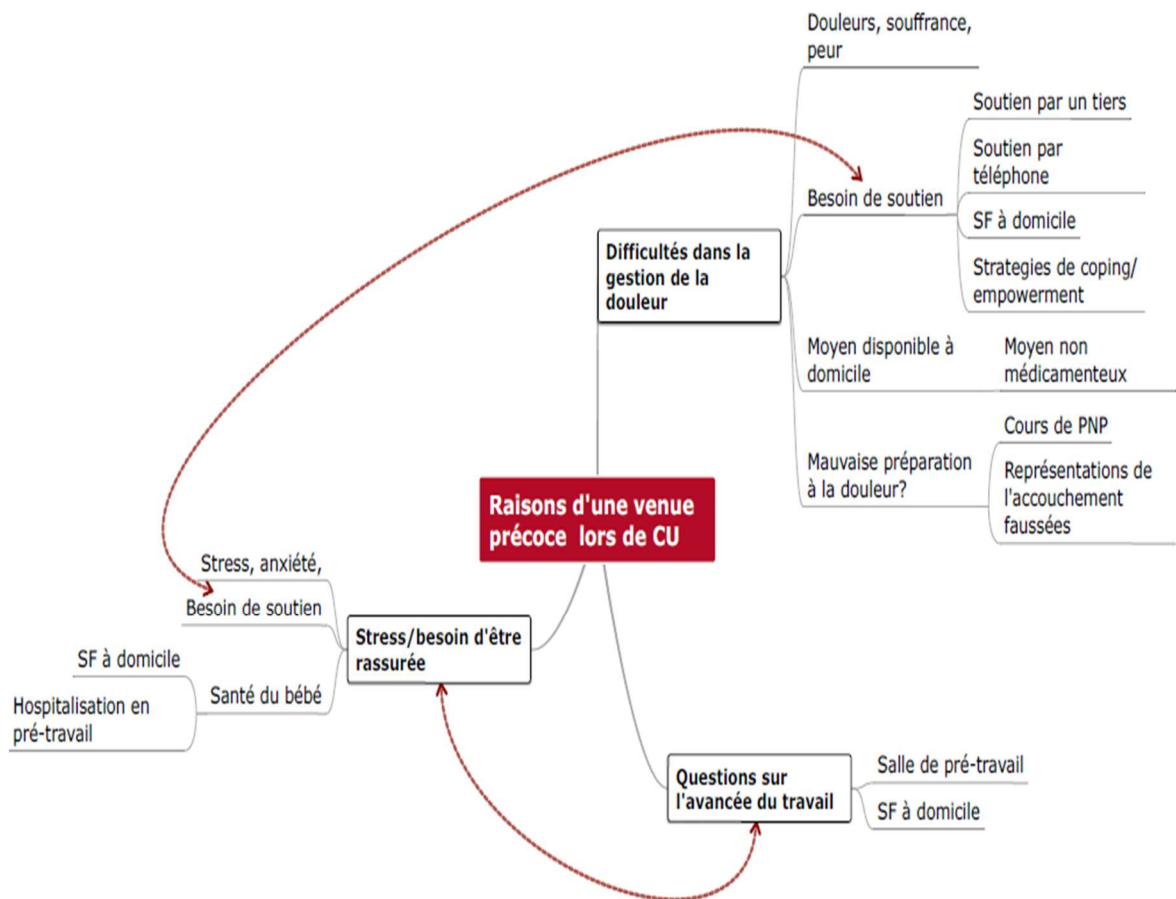
Afin de répondre aux mieux à notre problématique et guider la recherche d'articles scientifiques, nous avons défini certains mots-clés déterminés à partir de notre question de recherche.

- Population étudiée : les femmes présentant un bas risque obstétrical lors de la mise en travail spontané.
- Intervention : la prise en soin intra et extra hospitalière lors de la première phase du travail.
- Comparaison : les différents modèles de soins possibles.
- Issue : l'admission précoce en salle d'accouchement.

Les principaux mots-clés qui s'en dégagent sont donc : « première phase du travail », « prise en soin » et « admission précoce ». Ces mots clés ont été traduits en anglais puis transformés en Mesh Terms à l'aide de la plateforme HeTop. Les Mesh Terms n'étant pas disponibles pour chacun de nos mots clés et dans le but d'élargir nos recherches, nous avons utilisé différents synonymes, ce processus est décrit dans le tableau suivant.

	Concepts en français	Concepts en anglais	HeTOP Mesh Terms
<b>Première phase du travail</b>	-Première phase du travail -Pré-travail -Phase de latence	-First stage of labour -Early labour -Latent phase	-First stage labor -Labor onset
<b>Prise en soin</b>	-Stratégie -Prise en charge -Méthode -Prise en soin -Procédure -Programme -Gestion des soins	-Strategy -Patient care -Methods -Management -Protocol -Program/planning -Nursing care -Guideline	-Patient care management -Methods -Programs -Nursing care -Antepartum care
<b>Admission précoce</b>	-Limiter l'admission -Admission précoce -Admission retardée	-Limit admission -Early patient admission -Delayed patient admission	-Patient admission

Les différentes combinaisons de mots-clés ont montré peu de résultats se rapprochant de notre sujet dans les différentes bases de données. De ce fait, nous avons créé une carte heuristique dans le but de faire émerger de nouveaux concepts en lien avec nos mots-clés. Nous avons souhaité trouver des articles nous permettant d'avoir un impact sur les 3 raisons principales qui poussent les femmes à consulter de manière précoce lors de CU, présentées en amont, à savoir : la difficulté à gérer la douleur, le désir de connaître l'avancée du travail et le stress avec le besoin de se rassurer sur le bien-être du fœtus (Carlson & al. 2009). Le vécu des différentes prises en soin possible durant la phase de latence nous a également paru être un point important à chercher afin que les patientes soient satisfaites.




Un deuxième tableau a ensuite été créé avec les concepts suivants : « vécu », « gestion de la douleur » et « stress ». Ces nouveaux mots clés ont alors été traduits et utilisés dans la recherche de nos articles avec les outils expliqués précédemment.

	Concepts en français	Concepts en anglais	HeTOP Mesh Terms
<b>Vécu</b>	-Vécu -Expérience -Epreuve -Satisfaction -Stress -Anxiété	-Expérience -Satisfaction -Complacency -Anxiety -Stress	-Personal satisfaction -Patient satisfaction -Emotional stress
<b>Gestion de la douleur</b>	-Gestion de la douleur -Contrôle de la douleur -PEC de la douleur	-Pain management	-Pain management
<b>Stress, peur</b>	-Stress -Peur -Appréhension -Soutien	-Stress -Support	

## Moteurs de recherche et Bases de données

Nous avons effectué nos recherches dans plusieurs bases de données différentes afin d'élargir au plus les résultats :

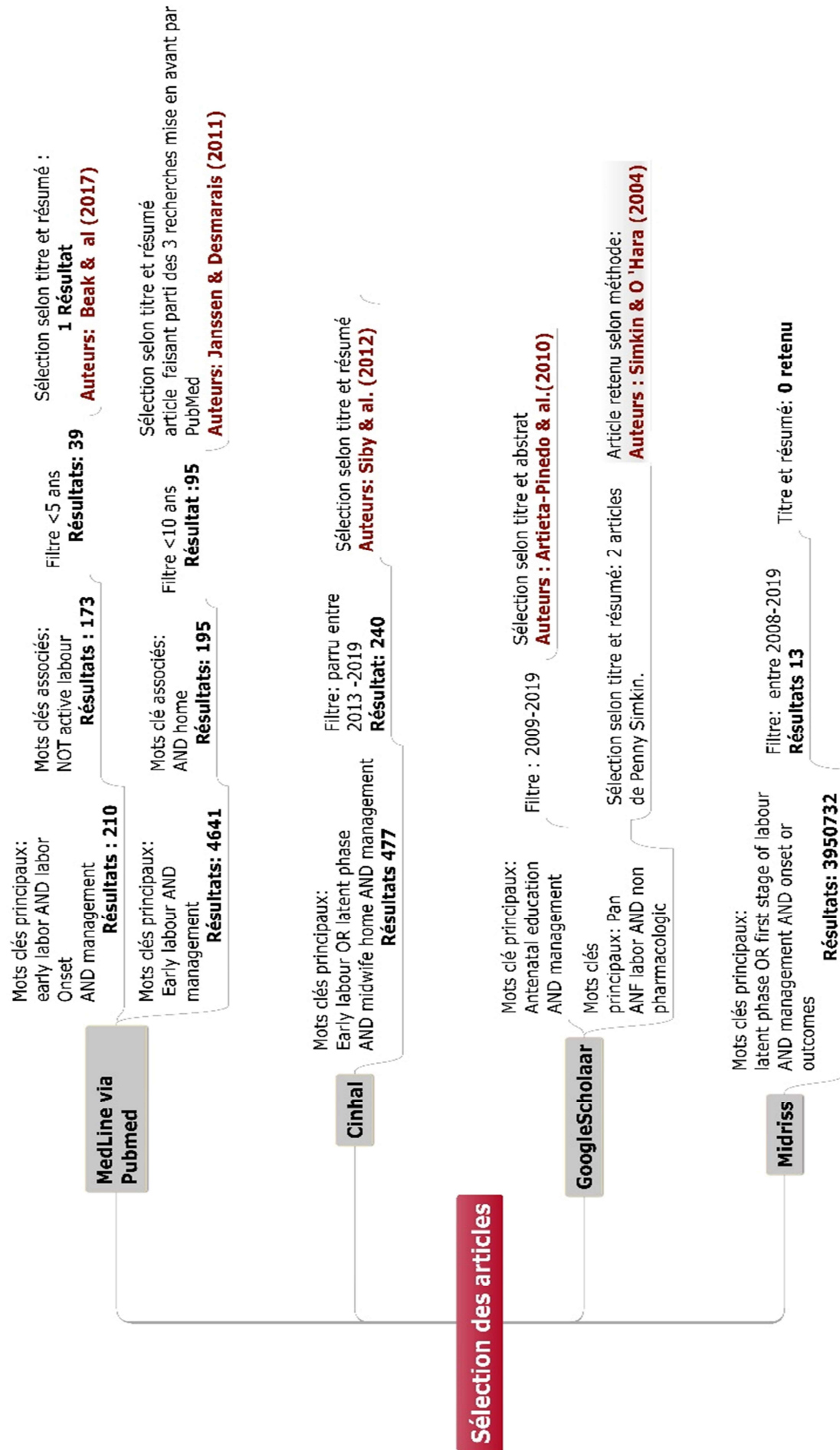
- Medline via Pubmed® : PubMed® est une base de données créée par le Centre Américain pour les Informations Biotechnologiques (NCBI) regroupant une partie des articles scientifiques en biologie et dans les différents domaines de la médecine. (National Library of Medicine, 2018)
- CINAHL® : CINAHL® est une base de données s'adressant principalement aux infirmiers et personnels paramédicaux. Le but étant de mettre à disposition des articles sur les domaines de la santé, de fiches de soins, basés sur des recherches scientifiques, mais également des livres et des conférences, permettant ainsi l'avancée et le partage d'information sur les différents domaines du paramédical (CINHAL® nursing journal database, S. d.)

- MIDIRS Reference Database  : MIDIRS® est une base de données s'adressant aux sages-femmes et professionnels de la santé regroupant plus de 250'000 articles scientifiques sur la maternité (Midwives Information & Resource Service, S. d.).
- Google Scholar® : Google Scholar® est une fonctionnalité du moteur de recherche Google entièrement destinée à la recherche scientifique (Google Scholar®, S. d.).

## Sélection des articles

Afin de trouver des articles correspondant à notre question de recherche, nous avons utilisé les critères de sélection et les combinaisons de mots-clés ci-dessous. Nous avons trouvé peu d'articles répondant à notre problématique selon nos critères dans les diverses bases de données. Nous avons tout de même utilisé différents filtres dans nos recherches afin de cibler des articles pertinents. Nous avons souhaité prendre en compte des recherches qualitatives et quantitatives afin d'avoir à la fois une vision large et globale de la problématique.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Article en anglais/ français</li> <li>- Publié entre 2009-2019</li> <li>- Concernant des femmes à bas risque obstétrical</li> <li>- Étude qualitative</li> <li>- Étude quantitative</li> <li>- Pertinent par rapport à notre sujet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Article parlant des répercussions d'une admission précoce</li> <li>- Étude traitant de la prématurité ou de pathologies de la grossesse</li> <li>- Étude ne proposant pas de méthode/stratégie pour réduire les conséquences de l'admission précoce</li> <li>- Article parlant principalement de la phase active</li> </ul>



## Articles sélectionnés

Nous avons sélectionné une étude quantitative, une étude mixte ainsi qu'une étude observationnelle traitant de sujets différents mais nous permettant, ainsi, d'avoir une vue d'ensemble des différents axes comportant notre problématique. Nous avons aussi choisi deux revues de littérature car celles-ci permettent une vision globale de la problématique. Malheureusement la seconde revue ne répondait pas à tous nos critères : la limite concernant la date de parution était dépassée et elle traitait en grande partie de la phase active. Cependant nous l'avons intégrée dans notre travail car les méthodes de gestion de la douleur qu'elle propose nous ont parues pertinentes pour notre recherche.

Ces documents ont été trouvés dans trois des bases de données présentées en amont, PubMed, Cinhal et GoogleScholaar :

1. *Early labour services : Changes, triggers, monitoring and evaluation*. Par Spiby, Green, Richardson-Foster et Hucknall en 2013.
2. *Experiences of early labour management from perspectives of women, labour companions and health professionals : A systematic review of qualitative evidence*. Par Beake, Chang, Cheyne, Spiby, Sandall et Bick en 2017.
3. *Women's experience with early labour management at home vs. in hospital : a randomised controlled trial* . Par Janssen et Desmarais en 2012
4. *The Benefits of antenatal Education for the Childbirth Process In Spain*. Par Artieta-Pinedo, Paz-Pascual, Grandes, Payo, Odriozola-Hermosila, Bacigalupet et Remiro-Fernandezdegamboa en 2010.
5. *Nonpharmacologic relief of pain during labor : Systematic reviews of five methods* Par Simkin et O'hara en 2002.

Trois de nos articles choisis ont été publiés dans « midwifery », un journal dédié à la pratique sage-femme qui publie les dernières revues et recherches internationales sur la sécurité, la qualité, les résultats et les expériences concernant la grossesse, la naissance et les soins liés à la maternité. (Journal Elsevier Midwifery, 2018). Un autre article a été publié dans « Nursing Research », un journal Américain publiant des études quantitatives, qualitatives et des nouvelles méthodologies dans le domaine de la santé (Nursing research, 2019). Enfin le dernier article a été publié dans « American Journal of Obstetrics and Gynecology » qui a pour but de publier des articles de recherches mais également des revues, des interviews et d'autres formes de support pour favoriser la compréhension de nouvelles informations et la mise en place de changements dans les prises en soin (American Journal of Obstetrics and Gynecology [AJOG], S. d).



## PRESENTATION DESCRIPTIVE

Afin de présenter notre revue de littérature nous avons choisi de l'articuler en 2 parties. Dans un premier temps se trouve les cinq articles précédemment nommées, hiérarchisés par ordre de pertinence et détaillé dans les tableaux ci-dessous. Dans un deuxième temps nous avons pu, en nous appuyant sur le guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (Tétreault, Sorita, Ryan & Ledoux, 2013), présenter une analyse critique de ces études scientifiques puis une analyse thématique des différentes sujets abordés.

## Experiences of early labor management from perspectives of women, labour companions and health professionals : A systematic review of qualitative evidence

- Sarah BEAKE (RM, MA, Research Associate)
- Yan-Shing CHANG (BA, MPhil, PhD, Lecturer)
- Helen CHEYNE (RM, RGN, MSc, PhD, Pr of midwifery)
- Helen SPIBY (MPhil, RN, RM, Pr of midwifery)
- Jane SANDALL (RM, MSc, PhD, Pr of Social Science and Women's health)
- Debra BICK (RM, BA, MMedSci, PhD, Pr of Evidence based Midwifery Practice)

Publié en Février 2018 dans "Midwifery", numéro 57, pages 69 à 84.

**Objectif :** Analyser les données autour de l'expérience des femmes, des compagnons et des professionnels de santé lors de la prise en soin du pré-travail et de la phase de latence à travers 7 questions différentes.

Design : Revue de la littérature.

Lieu : États-Unis, Irlande, Italie, Nouvelle-Zélande, Norvège, Royaume-Uni et Suède.

Date : publiée en 2017.

Population : 21 études qualitatives ou mixtes réalisées dans des pays industrialisés, publiées de janvier 2003 à juin 2016.

Recrutement / Échantillon : Grossesse à bas risque obstétrical, travail spontané.

Outils : Réalisé en suivant les recommandations du "Joanna Briggs Institute". Plusieurs outils tels que le CASP (The Critical Appraisal Skills Programme) pour analyser la fiabilité des articles. JBI: méthodes pour synthétiser les résultats.

Procédure : Le choix des articles a été réalisé après l'analyse de mots-clés, l'étude des résumés d'article et la mesure de la fiabilité de l'étude selon le score de STROBE. Les auteurs ont fait émerger 7 questions : 2 principales, 5 secondaires. L'analyse des résultats a permis la création de 18 catégories de réponses.

### Résultats principaux

**Décalage représentation/vécu** du début du travail par les femmes : une **préparation inadap-tée** ou de mauvaises connaissances impliqueraient un mauvais vécu et une venue précoce à la maternité. Questionnement autour des **capacités personnelles** des femmes à faire face.

Accompagnement par un professionnel de santé formé afin de rassurer / guider les femmes : besoin de **conseils clairs et personnalisés** sur la CAT. Privilégier les consultations téléphoniques car une **consultation à la maternité serait plus anxiogène**.

**Paradoxe** entre l'envie de prendre soin des femmes / proposer un accompagnement optimum / charge de travail en salle d'accouchement / les protocoles institutionnels / retour à domicile difficile.

**Ambivalence autour du rôle du compagnon-nage** : positif ou négatif selon sa propre préparation / représentation mais essentiel pour maintien à domicile.

### Conclusion

Forces selon auteurs : Résultats transposables à plusieurs pays / cultures.

Limites selon auteurs : Manque de consensus autour de la définition du travail.

Manque de préparation adaptée.

Peu de recherches et de moyens autour de la prise en charge de cette période.

Articles uniquement en anglais.

Beaucoup de répétitions dans les réponses aux 7 questions : il aurait fallu créer une question de recherche plus large.

Ouverture : Besoin de réajuster les protocoles de PEC du travail et proposer aux femmes des solutions concrètes pour la PEC.

Recherche sur la formation des sages-femmes aux consultations téléphoniques / stratégies de communication.

Etudier l'impact des méthodes alternatives sur la PEC (en particulier l'hypnose) et des nouvelles technologies + renforcer le sentiment de compétences de l'accompagnant.

## Early labour services : Changes, triggers, monitoring and evaluation

- Helen SPIBY (MPhil, RM, RGN, Professor in Midwifery)
- Josephine M. GREEN (BA, PhD, AFBPsS, CPsychol, Professor of Psychosocial Reproductive Health)
- Helen RICHARDSON-FOSTER (BSocSC, MSc, PhD Student)
- Clare HUCKNALL (MA, Wellbeing and Mental Health Projects Manager)

Publié dans le journal "Midwifery" 29, en 2013, pages 277-283

**Objectif** : Etudier les nouvelles prises en soin proposées aux parturientes en pré-travail ou en phase de latence : évaluer leurs efficacités et les enjeux.

Design : Étude mixte multicentrique.

Lieu : Angleterre et Pays de Galles.

Date : 2011.

Population : Unités de Naissance et Chef de Service de blocs obstétricaux.

Recrutement / Échantillon : **1er temps** → Envoi de 2 questionnaires à l'ensemble des services obstétricaux.

**2ème temps** → Sélection des services présentant des innovations.

Outils : **1er temps** → questionnaire sur la direction des équipes, questionnaire sur les services proposés avant le travail actif. Questions ouvertes et fermées. Analyse de la fréquence, distribution et test W2.

**2ème temps** → Interview semi-structurée

Procédure : Étude des lieux (taille, population, organisation chef d'unité) et des services proposés (modification, évaluation, impact, échec, réussite, formation, nature et raison du changement).

Etudes des types de services (consultation, centre d'accueil, visites à domicile, UGO, visites sans rendez-vous, téléphone).

### Résultats principaux

73% de réponses complètes. **Représentatif** de toute la population.

83% **ont fait des changements** dans leur PEC depuis 5 ans. 49% **ont prévu des changements** dans les 5 prochaines années. Corrélation avec le type de lieu d'accueil (taille, niveau).

63% des changements sont motivés par des **facteurs locaux** (↑charge de travail), 43% suites à des **demandes extérieures** (expériences des femmes ou des professionnelles), 43% après la lecture de **recherche scientifique** (problématique autour de l'admission précoce) et 35% par une **volonté institutionnelle** (normalisation du travail, partage des ressources).

Mise en avant de l'importance de la **collaboration de l'équipe** dans la réussite de la mise en place.

69% des institutions **ne savent pas** le nombre de femmes qui viennent à la maternité avant la phase active, seules 10% ont pu donner un **chiffre précis**.

47,5% **n'évaluent** pas les services proposés, 35% proposent un **questionnaire de satisfaction** et 30% un **audit informel**.

### Conclusion

Forces selon auteurs : Taux de réponses satisfaisant et représentatif de la population.

A permis de mettre en valeur les différents concepts / stratégies de PEC.

Limites selon auteurs : Chaque stratégie de PEC n'a pas pu être explorée pleinement.

Manque d'évaluation des méthodes

Ouverture : Nécessité de mieux évaluer les innovations avant de les transposer au reste de la population et de réévaluer le type de femme se présentant à la maternité pour justifier les changements.

Faire attention aux inégalités d'accès aux soins (ex: téléphone pas adapté si la femme ne parle pas la langue).

## Women's experience with early labour management at home vs in hospital : A randomised controlled trial

- Patricia A. JASSEN (PhD, Professor, Director)

- Sarah L. DESMARAIS (PhD, Assistant Professor)

Publié dans le journal "Midwifery" 29, en 2013, page 190.

**Objectif :** Comparer la satisfaction des parturientes avec une prise en charge Sage-femme à domicile ou par téléphone.

Design : Etude quantitative randomisée multicentrique.

Lieu : Hôpitaux au Sud-ouest du British Columbia, Canada.

Date : 2012.

Population : Nullipare, bas risque obstétrical, habitant non loin de la maternité, parlant au moins une des 6 langues de l'étude.

Recrutement / Échantillon : Recrutement lors du premier contact avec la maternité par téléphone ou lors de consultations.

Outils : Questionnaire "Labour experience questionnaire" (ELEQ), comportant 26 items à évaluer sur une échelle de 5 points et abordant 3 domaines d'étude : le bien-être émotionnel, la détresse émotionnelle et le soutien perçu.

Analyse des résultats par tests T et W2

Phase active dès 3 cm de dilatation.

Procédure : 630 femmes sélectionnées, réparties de manière aléatoire en 2 groupes, 443 questionnaires de satisfaction distribués, Analyse de 423 questionnaires (182 lors du suivi téléphonique : 43 %, 241 lors du suivi à domicile : 57 %).

### Résultats principaux

**Meilleure satisfaction** ( $p < 0,001$ ) générale de la PEC ( $103,14 \pm 12,45$  vs  $99,67 \pm 13,11$ ), avec un **meilleur soutien perçu** ( $p < 0,001$ ) lors des visites à domicile ( $38,64 \pm 2,90$  vs  $36,82 \pm 4,09$ ).

Résultats significatifs plus positifs ( $p < 0,001$ ) concernant le sentiment d'avoir eu des **informations utiles** ( $4,79 \pm 0,63$  vs  $4,51 \pm 0,76$ ), d'avoir été **rassurées** par la sage-femme ( $4,75 \pm 0,60$  vs  $4,45 \pm 0,83$ ), d'avoir passé **assez de temps** auprès de la sage-femme ( $4,75 \pm 0,70$  vs  $4,25 \pm 1,06$ ), avec un **meilleur respect de l'accompagnant** ( $4,95 \pm 0,26$  vs  $4,82 \pm 0,49$ ) et concernant le sentiment d'avoir **été écoutées** par la sage-femme ( $p < 0,002$ ) ( $4,89 \pm 0,44$  vs  $4,75 \pm 0,65$ ) ainsi que dans son **désir d'aller à la maternité** ( $p < 0,047$ ) ( $4,80 \pm 0,56$  vs  $4,65 \pm 0,80$ ).

Pas de différence significative sur le sentiment de sécurité, la confiance en soi, le sentiment de contrôle pendant cette phase ni sur le bien-être ou la détresse émotionnelle.

### Conclusion

Forces selon auteurs : Résultats attendus par l'équipe, similaires à d'autres études.

Limites selon auteurs : Pas de prise en compte du contexte de la grossesse (complication ou harmonieuse).

Plus de réponses dans un groupe que dans l'autre, éventuellement corrélées à la satisfaction.

Ouverture : Questionnements autour des facteurs influençant les issues défavorables ; PEC du travail ou temps d'hospitalisation.

Explorer les stratégies retardant l'admission à l'hôpital des femmes et réadapter les CAT des lieux d'accueil.

## The Benefits of antenatal Education for the Childbirth Process In Spain

- Isabel ARTIETA-PINEDO (PhD, RN, Midwife)
- Carmen PAZ-PASCUAL (RN, Midwife, Lecturer, Midwifery Training Unit of the Basque Country)
- Gonzalo GRANDES (MD, MS, Specialist in Family and Community Medicine, Epidemiologist, and Head, Primary Care Research Unit of Bizkaia)
- Itziar ODRIOZOLA-HERMOSILLA (RN, Midwife, Osakidetza-Basque Health Service, Tutor for Clinical Placements, Midwifery Training Unit of the Basque Country)
- Janire PAYO (RN, Bachelor in Psychology, Primary Care Research Unit of Bizkaia)
- Gurutze REMIRO-FERNANDEZDEGAMBOA (RN, Midwife)
- Amaia BACIGALUPE (Bachelor in Sociology)

Publié dans le journal "Nursing Research" 59, en mai-juin 2010, pages 194 à 202

**Objectif :** Evaluer l'impact des cours de PNP sur les issues obstétricales.

Design : Etude prospective observationnelle.

Lieu : 2 hôpitaux du Pays Basque, Espagne.

Date : De septembre 2005 à mai 2006.

Population : Nullipare, grossesse à bas risque obstétrical suivi, de 18 à 42 ans, parlant espagnol ou basque.

Recrutement / Échantillon : Recrutement lors des consultations à 36 SA par les sages-femmes.

Outils : Chi<sup>2</sup>-test, analyses de variables, questionnaire de personnalité (30 questions pour 5 catégories : contrôles interne et externe, attente de succès, impact de la chance, degré de confiance en soi et questionnaire de variabilité). Outils informatiques EpiInfo et SAS.

Procédure : 620 femmes sélectionnées. 8 cours proposés de 36 SA jusqu'à l'accouchement. Création de 3 groupes selon le nombre de séances (Grp A= 0 cours [7%]; Grp B= 1-4 cours [10%]; Grp C= 5 ou plus cours [83%]) de PNP suivis selon la méthode de LAMAZE. Double contrôle des données effectué par une sage-femme.

### Résultats principaux

Le groupe C comporte des femmes **plus âgées** ( $p < 0,0001$ ), **plus instruites** ( $p < 0,0001$ ), **plus de classe moyenne ou élevée** ( $p < 0,009$ ) et **moins d'immigrantes** ( $p < 0,0063$ ).

**Différence du nombre de questionnaires complétés** selon les hôpitaux (62% vs 80% ; questionnaire anxiété) (64% vs 73% ; questionnaire satisfaction).

Selon les données non-ajustées : ↓ significative ( $p < 0,04$ ) de **l'anxiété** chez les femmes espagnoles (8,21 vs 6,48 vs 6,57). ↓ ( $p < 0,04$ ) **du nombre d'AVB spontanée** lors de présence de cours (75,56% vs 59,68% vs 55,80%).

Selon les données ajustées : ↑ de (OR= 4,06(B) et 2,39(C) ; IC= 95%) chez les immigrées du groupe B. Pas d'autre relation sur l'anxiété. Pas de différence sur les autres variables.

**Arrivée en travail actif variable** selon l'hôpital (OR= 1,214 ; IC= 1-1,475) de même que la pose de péridurale en travail actif et le temps de dilatation (OR= 1,91 ; IC= 1,57-2,32). ↓ **du nombre d'AVB spontanés** avec l'augmentation de l'âge (OR= 0,93 ; IC= 0,89-0,98) mais ↑ de la **satisfaction** (OR= 0,58 ; IC= 0,34-1,01). ↑ de **lésions périnéales graves** (OR= 0,28 ; IC= 0,13-0,59) chez les femmes issues de l'immigration.

### Conclusion

Forces selon auteurs : Résultats semblables aux études réalisées précédemment avec ce type de population. Grand échantillon. Double contrôle des variables par l'équipe de recherche. Analyse multivariable. Facilité d'accès au données.

Limites selon auteurs : Ne prend en compte que les nullipares. Différence de nombre entre les groupes. Manque d'information sur certaines variables.

Fiabilité de l'enregistrement des données. Etude observationnelle et non expérimentale donc pas de randomisation possible.

Ouverture : Cours de PNP très demandés malgré l'efficacité remise en question. Besoin d'individualiser les cours.

## Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods

- Penny SIMKIN (PT)

- MaryAnn O'HARA (MD, MPH)

Publié dans "American Journal of Obstetrics and Gynecology" Vol. 186, Mai 2002, Pages 131-159

**Objectif :** Étudier des méthodes antalgiques non pharmacologiques nécessitant une adaptation des lieux de naissance puis évaluer les issues obstétricales et la satisfaction maternelle lors de l'utilisation de ces méthodes.

Design : Revue de littérature

Lieu : Afrique du Sud, Angleterre, Argentine, Australie, Belgique, Canada, Danemark, Etat-Unis, Espagne, Finland, Hong-Kong, Mexique, Suède.

Date : Recherche entre Novembre 2000 et Juin 2001.  
Publié en 2002

Population : 15 études en anglais sélectionnées entre 1950 et 2001

Recrutement / Échantillon : Pré-sélection de 393 articles anglophones puis évaluation de la qualité des études.  
Sélection de 38 articles.

Outils : Selon les recommandations du British National Health Service Center for Review and Dissemination et de la Cochrane Library

Procédure : Recherche dans les bases de données PsycINFO, CINAHL, PUBMED, CCTR, AMED et MIDRIS ainsi que dans les références d'articles et articles non-publiés à l'aide de nombreux mots-clefs.  
3 critères de sélections : Méthode nécessitant des changements (politique, équipement ou de compétence) + Études prospectives contrôlées évaluant la douleur et la sécurité des méthodes + Comparaison avec un groupe témoin

Choix de 5 méthodes : Soutien proposé, Bain, Mobilisation, Toucher et Massage, Injection de bloc d'eau intradermique.

### Résultats principaux

Soutien : Plus satisfaisant si effectué par du **personnel formé** (infirmière vs doula ou Sages-femmes/étudiant vs partenaire). ↓ de la **douleur si début avant l'hospitalisation**.

Bain : ↓ temporaire (30 min) de la **douleur en travail actif**. Effet mitigé si proposé en systématique. Pas de résultat significatif pendant le pré-travail.

Mobilisation : **Position verticale ou accroupie** permet amélioration du confort (Coucher<assis<debout). ↓ de la **douleur** (EVA). ↑ de l'**efficacité des CU**.

Toucher & Massage : ↓ de la **douleur + soulagement émotionnel** lors de massage par l'accompagnant. ↓ de l'**anxiété maternelle** avec le toucher rassurant par professionnel de santé.

Injection bloc d'eau intradermique : ↓ temporaire de **douleur dorsale** (45-90 min). ↑ de la **satisfaction** des femmes mais risque douleur lors injection. Notion de bénéfices à répéter le geste.

### Conclusion

Forces selon auteurs : Résultats similaires avec chaque stratégie. Stratégie simple et sécuritaire à mettre en place. Faible coût.

Limites selon auteurs : Méthode des essais pas toujours fiable ni claire (prise en compte variable des biais). Peu d'études pour le "toucher & massage". Échantillon parfois petit. Beaucoup de variables. Manque de recherches.

Ouverture : Etude sur l'impact des doulas (milieu intra et extra-hospitalier), moment idéal pour commencer le soutien. Modification physiologique pendant la grossesse. Condition optimale de sécurité. Influence des représentations sur la mobilisation. Plus d'études sur l'effet du massage/toucher. Mécanisme de fonctionnement des "Water block". Interprétation de la douleur chez la femme.

Recommandations : matériel à disposition, favoriser la mobilité, former le personnel soignant.

# PRÉSENTATION ANALYTIQUE

## I- Analyse critique des articles

### Design des études

Nos articles traitent de sujets variés mais complémentaires afin de répondre à notre problématique. Nous observons une diversité dans les méthodes de recherche utilisées. Cela permet une vision plus large et plus complète de la problématique. Afin de déterminer la pertinence et le niveau de preuves des différentes méthodes, nous nous sommes appuyées sur la hiérarchisation de preuves proposée par l'HAS (2013) qui classe les recommandations selon leur force entre A et D (A étant la catégorie de preuve la plus élevée).

Les deux revues de littérature de Beake et al. (2017) et Simkin et O'Hara (2002) sont toutes deux classées en catégorie B (HAS, 2013). Les revues de littératures sont des moyens pertinents de traiter notre sujet car elles donnent une vision générale de la problématique. La première explore le vécu des femmes, des conjoints et des soignants lors de la phase de latence afin de déterminer comment améliorer les PEC et pouvoir répondre au mieux aux besoins de chacun. La seconde revue évalue plusieurs moyens non médicamenteux permettant de pallier la douleur. Elle s'intéresse aux méthodes nécessitant des aménagements de la part des institutions et aux répercussions possibles en termes d'interventions médicales, de satisfaction maternelle et de durée du travail. Cet article ne prend en compte que 5 des multiples méthodes non pharmacologiques existantes pour pallier la douleur et aurait donc pu être plus complet.

L'étude de Spiby et al. (2013) est une étude mixte multicentrique. Ce type d'étude est en adéquation pour répondre à la problématique car elle permet d'avoir des données chiffrées tout en explorant plus précisément les justifications qualitatives des résultats. Son but est d'explorer les changements faits ou prévus dans les différentes structures de soin en Angleterre concernant la gestion de la phase de latence. Les auteurs souhaitent mettre en avant les aménagements faits et évaluer leur efficacité. Cette étude se situe également dans la catégorie B dans le niveau de recommandations (HAS, 2013).

L'étude de Janssen et Desmarais (2012) est une étude quantitative, randomisée et multicentrique. Elle compare la satisfaction et le vécu des parturientes lors d'un suivi par téléphone ou par consultation à domicile lors de pré-travail. Les objectifs ne sont pas exprimés de manière plus précise dans cet article. La randomisation est un point fort de cette étude puisqu'elle permet d'éviter les biais. Les résultats vont d'un niveau de preuves élevé à intermédiaires puisque qu'ils se situent entre A et B selon l'HAS (2013).



Enfin, l'étude de Artieta-Pinedo et al. (2010) est une étude observationnelle et prospective qui cherche à déterminer l'impact des cours de PNP sur plusieurs points : le moment de la venue à la maternité, la diminution de péridurale précoce, une hausse de la satisfaction de la part des femmes et une diminution de l'anxiété. Ce design d'étude la classe en catégorie C dans le niveau de recommandations (HAS, 2013). Le fait que ce soit une étude prospective permet une récolte complète de données. Dans ce type d'étude, les éléments sont étudiés sur une courte période ce qui peut représenter un biais car cela exclut les variations de population et des professionnels au cours du temps. Cependant la durée de 9 mois pour cette étude nous semble être suffisante pour récolter des données objectives.

## Auteurs et dates de publication

Les auteurs sont des professeurs, des sages-femmes, une physiothérapeute, ou des étudiants en recherche pour les cinq études présentées : ce qui permet un haut niveau de fiabilité (Beake & al., 2017 ; Spiby & al., 2013 ; Janssen & Desmarais, 2012 ; Artieta-Pinedo & al., 2010 ; Simkin & O'Hara, 2002). Il est aussi intéressant de voir que cette grande palette de professions permet d'aborder les différents aspects de la thématique.

Trois des cinq études utilisées dans ce travail ont été publiées entre 2010 et 2013 : cela permet d'avoir un regard récent des travaux scientifiques sur la thématique (Spiby & al., 2013 ; Janssen & Desmarais, 2012 ; Artieta-Pinedo & al., 2010). La revue de littérature de Beake et al. a été publiée en 2017, ce qui est très récent et permet d'avoir les dernières données scientifiques car elle prend en compte des articles compris entre juin 2003 et janvier 2016. En revanche, la revue de Simkin et O'Hara date de 2002 et fait référence à des articles publiés entre 1950 et 2000, ceci représente un grand échantillon mais les résultats obtenus sont à contrebalancer avec les avancées technico-médicales et les modifications contextuelles autour de la grossesse.

## Lieux d'étude

Chacune des études sélectionnées sont multicentriques, elles prennent en compte de 2 à 178 maternités ce qui permet une augmentation de la fiabilité des résultats. Elles se déroulent en Europe, en Amérique du Nord mais comportent également des articles d'Afrique du sud et d'Asie. Regrouper un grand nombre de services ou de participants est un point positif pour permettre une vue d'ensemble et limiter les biais. En effet, comme expliqué dans notre première partie théorique, les statistiques quant aux interventions varient fortement d'un établissement à un autre, tout comme la population ciblée. Ce large éventail de services permet de limiter les biais et d'obtenir des résultats plus facilement transposables à l'ensemble de la population.



L'étude de Spiby et al. (2013) récolte des données venant d'Angleterre mais comprend également des articles internationaux exposant une nouvelle avancée pour la gestion du pré-travail. Nous regrettons toutefois le manque d'informations sur ces dernières avancées. Concernant les revues de littérature, l'étude de Beake et al. (2017) prend en compte une population venant de différents pays États-Unis, Irlande, Italie, Nouvelle-Zélande, Norvège, Royaume-Uni et Suède. Ce large éventail de population permet de transposer les résultats de manière plus fiable. De plus, ces pays ont un mode de fonctionnement plus ou moins semblable à la Suisse. La revue de Simkin et O'Hara (2002) utilise des études anglophones provenant d'Amérique du Nord, d'Europe, d'Argentine, d'Afrique du Sud et de Chine. Ces derniers pays comportant certaines différences culturelles dans la vision de la maternité et de l'accouchement, ainsi, les résultats devront donc être transposés à notre système avec plus de recul.

En majorité, les pays de provenance de ces différents articles sont proches du système Suisse d'un point de vue socio-économique et culturel, ce qui permet de nous identifier et d'extrapoler les résultats.

### Critères d'inclusion et d'exclusion

Comme expliqué dans le cadre théorique, la définition de « bas risque obstétrical » et le diagnostic du travail ne sont pas des concepts universels. Ceux-ci se retrouvent également dans nos articles qui traitent tous de cette partie de la population mais qui se réfèrent à des critères différents ou n'exposent pas clairement les critères selon l'étude. Ce manque de clarté dans les critères rend difficile la comparaison des données. En ce qui concerne les revues de littératures, les critères d'inclusion et d'exclusion sont clairement définis et paraissent pertinents pour les sujets traités.

Quatre de nos articles ont une date de parution ultérieure à la nouvelle définition du travail par l'OMS en 2017 ce qui nous laisse supposer que ceux-ci n'utilisent pas les mêmes critères. Les données exposées dans ces articles ont pour but de retarder l'admission en salle d'accouchement jusqu'à 3-4 cm de dilatation et non pas 5 cm comme les nouvelles recommandations de l'OMS le préconisent. Par conséquent, les résultats des différentes études sont à nuancer et à mettre en perspective avec le changement de définition du travail.

L'ensemble de ces articles traitent de la prise en charge du travail et de sa dynamique. Seul l'article de Janssen et de Desmarais (2012), donne une définition du travail actif dans son introduction et appose un seuil de dilatation à 3 cm. Pour les 2 revues de littérature, écrite par Beake et al. (2017) et Simkin et O'Hara (2002), ne pas avoir donné une définition précise du travail est justifiable. En effet, il est possible que les études traitées dans ces revues aient

elles-mêmes des définitions différentes. Ainsi, il est légitime de se demander si les données obtenues sont réellement comparables car on sait qu'il peut exister des discordances entre les nations mais également au sein d'un même pays. Dans l'article de Artieta-Pinedo et al. (2010), aucune définition du travail actif n'y est mentionnée bien que ce diagnostic fasse partie des critères recherchés dans l'efficacité des cours de PNP. Ce manque d'information est un critère réduisant la fiabilité de l'étude : une comparaison des deux institutions ne peut être faite seulement si ces deux institutions ont les mêmes conduites à tenir.

## Taille et limitation des biais

Les études choisies traitent toutes d'un nombre important de participants ce qui permet de limiter les biais.

Les deux revues de littératures ont choisi un nombre d'articles appropriés afin d'avoir une vision globale et représentative. La revue de littérature de Beake et al. (2017) a pris en compte 21 articles dans sa recherche, 15 concernant l'expérience des femmes, 4 sur l'expérience des professionnelles, seul 1 article traitant des deux parties et 1 seul également traitant des partenaires. Cette différence entre les catégories demande de prendre du recul sur les résultats obtenus. Il en est de même pour la revue de Simkin et O'Hara (2002) qui comporte 15 articles dont uniquement 2 articles traitant de la partie toucher & massage et 4 pour la partie « water block ».

Concernant l'étude de Janssen et Desmarais (2012), on retrouve une inégalité dans les réponses obtenues concernant la satisfaction de chacun des deux groupes. Bien que les deux catégories ont été randomisées dans un premier temps, le manque de réponse dans le groupe « téléphone » n'est que peu expliqué et peut impliquer un biais dans les résultats. En ce qui concerne l'étude de Artieta-Pinedo et al. (2010), il existe un manque d'homogénéité dans la taille et dans la composition des différents groupes, lié au design de l'étude. Bien que les données aient été ensuite ajustées les différences réduisent tout de même la valeur des résultats.

Enfin l'article Spiby and al. (2013), prend en compte 178 institutions avec différentes caractéristiques ce qui est un point fort de cette étude.

## Guide rédactionnel et outils de recherche

Les auteurs Beake et al. (2017) se sont basés sur les recommandations du « Jonas Briggs Institute » pour mener à bien leur revue de littérature, un outil reconnu internationalement. Ils utilisent une approche en 3 étapes pour la sélection de leur article ce qui permet de confronter les avis et de choisir les plus pertinents. Ensuite, les auteurs ont analysé les articles grâce à

un programme du CASP (Critical Appraisal Skills Programme) qui est utilisé régulièrement pour traiter les revues systématiques. La revue de Simkin et O'Hara (2002) est fondée selon les recommandations du « British National Health Service Center for Review and Dissemination » et de la « Cochrane Library ». Les articles sélectionnés ont chacun été analysés par les deux auteurs à l'aide du « National Health Service Centre for Reviews and Dissemination Guidelines » et de la « Cochrane Reviewers' Handbook ». Ce sont des outils fiables pour la réalisation de revue de littérature.

Les sujets et les designs des études sont divergents, chacun utilise des outils distincts pour mener à bien leurs études ce qui rend la comparaison difficile. Nous retrouvons l'utilisation de questionnaire dans nos 3 articles (Spiby & al., 2013, Janssen & Desmarais, 2012, Artieta-Pinedo & al., 2010), afin de recueillir des informations diverses. L'article de Siby et al. (2011) est composé de 2 étapes : un questionnaire pour récolter des données générales puis dans un deuxième temps, une interview semi-structurée téléphonique pour explorer les changements dans les services. Les éléments analysés dans chaque partie sont expliqués de manière claire et précise. Les questionnaires ont été analysés grâce à un logiciel SPSS. Nous regrettons cependant le manque d'informations concernant le traitement des données de la partie interview.

Janssen et Desmarais (2012) ont utilisé un questionnaire avec une échelle à 5 points pour comparer la satisfaction des femmes. Ce type de questionnaire permet aux sujets de nuancer leur ressenti et d'obtenir des données chiffrées pour les meneurs de l'étude. Ce questionnaire comptait 26 items comportant des questions relatives au sentiment de bien-être, de détresse et de la perception des soins reçus. On suppose que ce questionnaire demandait du temps pour être rempli convenablement. Cependant au vu des 3 sujets traités, le nombre de questions semble approprié. Les données des deux groupes ont ensuite été analysées grâce au T-Test.

Artieta-Pinedo et al. (2010) ont utilisé un questionnaire sociodémographique et un questionnaire de personnalité. Le questionnaire de personnalité comporte 30 questions sur une échelle de 1-9 pour déterminer des aspects tels que le sentiment de contrôle, le rôle assigné à la chance et au succès. Ce questionnaire est intéressant car il permet de réduire les biais liés à la personnalité et aux compétences individuelles de chacun dans la gestion de la phase de latence. Par la suite, le « Hospital Anxiety and Depression » questionnaire a été utilisé.

## Auto-évaluation et limites des recherches

La revue de littérature écrite par Beake et al. (2017) ne répond que partiellement à la problématique initiale : les auteurs avaient pour souhait d'explorer le vécu des femmes, des partenaires et des professionnels de la santé. Malheureusement, seules 5 études sont consacrées au vécu de ces 2 dernières catégories et une comparaison sur si peu de variables doit être discutée. De même, l'étude de Artieta-Pinedo et al. (2010) concerne uniquement les nullipares ce qui cible déjà une partie de la population restreinte et spécifique. Ils critiquent leur étude en expliquant que le manque de données sur l'effet dose-réponse des cours de PNP peut suggérer des différences entre les groupes qui n'ont pas été identifiées. Ils regrettent l'inégalité inattendue entre les groupes de patientes et le manque de certaines informations lors de la récolte de données. Enfin, ils recommandent de mener une étude expérimentale sur l'efficacité des cours de PNP. Rares sont les femmes n'ayant eu aucun cours de PNP, l'échantillon de population est donc faible et difficilement comparable avec les participantes à ces cours.

A l'inverse, l'étude de Janssen et Desmarais (2012) expose très peu de critiques autour de leur recherche. Les auteurs expliquent que le groupe « téléphone » comporte moins de questionnaire en retour. Ils expliquent que cette différence peut faire suite au manque de satisfaction de cette catégorie. Ils supposent que des différences non connues peuvent exister entre les deux groupes de femmes, ce qui pourrait influencer les résultats. L'article de Spiby et al. (2013) expose l'innovation au sein des institutions pour prendre en soin le travail avant la phase active. Les auteurs mettent en avant l'absence d'évaluation de l'efficacité de ces différentes stratégies. Ils regrettent également que les changements apportés dans les services ne soient fréquemment mis en place sur la base de données scientifiques. Les auteurs remettent en question leur méthodes de sélection des maternités et le recueil de données. Nous pensons qu'ils n'ont pas une vision objective de la situation car ils ont été mandatés par le réseau de soin (NHS) pour l'effectuer seulement sur les maternités appartenant à ce groupe, plusieurs lieux d'accueil n'ont donc pas été interviewés.

Enfin, la revue de Simkin et O'Hara (2002) explique que les articles sélectionnés comportent certains biais et qu'il est difficile de tirer des conclusions de ses résultats. Ils déplorent le manque de pertinence et de clarté de certains des articles notamment au sujet de la méthode utilisée. Les échantillons réduits de certaines études et le peu d'articles pour la partie « toucher & massage » laissent à penser à la présence de potentiels biais dans les résultats. Nous regrettons que les auteurs ne prennent pas plus de recul sur leurs études.

## Analyse éthique des articles

Beake & al. (2017)	Ethique
Revue de littérature <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confidentialité et anonymat ✓</li> <li>• Attention à l'intégrité éthique de chaque étude ✓</li> </ul>	Respectée ✓
Siby & al. (2011)	
Analyse de service <ul style="list-style-type: none"> <li>• Approuvé par un comité éthique ✗</li> <li>• Consentement éclairé ✓</li> <li>• Confidentialité et anonymat ✓</li> <li>• Informations sur l'étude données ✓</li> <li>• Possibilité de quitter l'étude ✓</li> </ul>	Respectée +/-
Janssen & Desmarais (2012)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approuvé par «the University of British Columbia Clinical Ethics Review Board» et le «Research Review Board» des hôpitaux participants ✓</li> <li>• Consentements éclairé ✓</li> <li>• Confidentialité et anonymat ✓</li> <li>• Informations sur l'étude données ✓</li> <li>• Possibilité de quitter l'étude ✓</li> </ul>	Respectée ✓
Artieta-Pinedo & al. (2010)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approuvé par «the commission for Primary Healthcare Research of Basque Health Service/Osakidetza» ✓</li> <li>• Consentement éclairé ✓</li> <li>• Confidentialité et anonymat ✓</li> <li>• Informations sur l'étude données ✓</li> <li>• Possibilité de quitter l'étude ✓</li> </ul>	Respectée ✓
Simkin & O'Hara (2002)	
Revue de littérature <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confidentialité et anonymat ✓</li> <li>• Attention à l'intégrité éthique de chaque étude ✓</li> </ul>	Respectée ✓

## II- Analyse thématique

### 1. Augmenter l'empowerment des parturientes

La recherche de Spiby et al. (2013) explore les raisons poussant une institution à changer ses pratiques concernant la PEC des femmes avant la phase active du travail. Près de la moitié de ces changements (43%) sont réalisés à la suite de demandes de la part des parturientes ; il existe donc une non-satisfaction des prises en soin extrahospitalières classiques poussant les institutions à modifier leurs CAT. Nous souhaitons de ce fait explorer les stratégies visant à favoriser l'empowerment des patientes.

#### Identification des besoins des parturientes

Comme évoqué dans notre problématique, nombreuses femmes ont exprimé une anxiété face à la situation ce qui les amène à se rendre à la maternité avant que le travail actif soit établi. Cette problématique nous pousse à nous intéresser aux besoins des femmes pendant cette période et à explorer quelles stratégies seraient efficaces pour pallier ce phénomène. La revue de littérature de Beake et al. (2017) a recherché les besoins des parturientes au début de travail à domicile ; il en ressort qu'elles souhaitent en général principalement être rassurées, bénéficier d'une oreille attentive et recevoir des informations sur la normalité de la situation. La présence d'une tierce personne formée à accompagner les couples pendant cette période, sage-femme, infirmier ou doula, apporterait une meilleure satisfaction de la PEC selon l'étude de Janssen et Desmarais (2012). Il est intéressant de noter que les auteurs ne font pas de distinction entre sage-femme et doula. Ils ne donnent pas non plus d'explication sur le rôle propre à chacun. Par le biais de consultation à domicile, les femmes disent alors recevoir les informations nécessaires pour la compréhension de leur état ainsi que des conseils clairs et personnalisés permettant la réduction de leur stress et une augmentation de leur confiance en elle. (Janssen & Desmarais, 2012).

#### La préparation des parturientes

La revue de littérature de Beake et al. (2017) attribue une partie de cette anxiété au manque de préparation des femmes. Les parturientes évoquent plusieurs fois avoir eu de fausses représentations du travail obstétrical et, en guise de préparation, certaines femmes se contentent d'informations recherchées sur internet. Cette préparation serait malheureusement plutôt anxiogène pour la parturiente en travail et ne permettrait pas aux femmes de différencier le travail actif de la phase de latence. Afin de pallier ce manque d'informations, les femmes souhaiteraient participer à des cours de PNP. Cette proposition

est confirmée dans l'article de Artieta-Pinedo et al. (2010). Ces auteurs ont choisi d'étudier l'impact des cours de PNP sur le niveau d'anxiété des femmes en Espagne. Il en ressort peu de résultats significatifs : il existe une baisse du niveau d'anxiété chez les femmes ayant suivis des cours. Cependant ce n'est pas le cas pour les femmes originaires d'Espagne (HAD score 8,21 VS 6,48 ;  $p < 0,04$ ). Une des informations régulièrement relevée par les auteurs est qu'il n'existe pas de corrélation dose-effet avec le nombre de cours. Ainsi, une préparation, aussi minime ou importante soit-elle, n'a que peu d'impact sur l'anxiété ressentie lors de la phase de pré-travail.

## Les consultations

Une autre origine de l'anxiété évoquée par les auteurs Beake et al. (2017) serait la consultation en elle-même : les femmes aspirent à venir à la maternité au bon moment. Consulter pour un début de travail est une source de stress pour la parturiente et le résultat, le renvoi à domicile ou l'hospitalisation, le sont d'autant plus. L'article de Janssen et Desmarais (2012) a souhaité comparer 2 types de consultations, téléphonique ou à domicile, pour confirmer la venue ou non des femmes à la maternité. Il en ressort que les femmes ressentent un meilleur soutien global lors de consultations à domicile ( $103,14 \pm 12,45$  VS  $99,67 \pm 13,11$  ;  $p < 0,001$ ), avec le sentiment de venir au moment opportun ( $4,53 \pm 0,89$  VS  $4,32 \pm 1,09$  ;  $p = 0,03$ ), d'être respectée dans ses choix ( $4,80 \pm 0,56$  VS  $4,65 \pm 0,80$  ;  $p = 0,047$ ) et de confiance mutuelle avec la sage-femme ( $4,85 \pm 0,47$  VS  $4,60 \pm 0,73$  ;  $p < 0,001$ ). A l'inverse, les consultations téléphoniques sont vécues comme plus impersonnelles dans cette étude. Il est intéressant de noter que l'article Spiby et al. (2013), qui se concentre sur les changements au sein des instituts, parle aussi de la consultation téléphonique. Le téléphone serait le premier service proposé aux parturientes lors de la mise en travail en Angleterre. Cependant, ce type de tri serait moins adapté pour les femmes ne parlant pas la langue ou n'ayant pas l'accès à un téléphone. Les inconvénients des consultations par téléphone auraient motivé nombreux des changements déjà effectués dans les maternités. Ces nouveaux aménagements dans les prises en soin tendent donc vers une réduction du nombre de consultations téléphoniques pour diagnostiquer une mise en travail actif.

## Les facteurs intrinsèques

Lors de la discussion de l'article de Beake et al. (2017), les auteurs se questionnent autour de la « capacité individuelle des femmes à faire face » : toutes les femmes ont-elles les mêmes ressources pour gérer en autonomie la première phase du travail ? Cet article mentionne la différence de vécu entre les primipares et les multipares. L'expérience d'un précédent accouchement serait un facteur rassurant pour les femmes, il est donc légitime de

se demander si la prise en soin ne devrait pas être différente entre une primipare et une multipare. D'autres variables socio-économiques devraient être évaluées pour personnaliser la prise en soin telles que la distance avec la maternité, les coûts d'accès au soin. L'impact du compagnon sur le vécu comme présenté dans la revue de Beake et al. (2017) est également un facteur sur lequel se pencher, tout comme les préférences individuelles des femmes qui doivent être prises en compte. Par exemple, dans l'article de Simkin et O'Hara (2002) la satisfaction de la PEC liée au toucher et au massage est extrêmement variable d'une femme à l'autre ce qui nécessite une certaine adaptabilité.

## 2. Stratégies de gestion de la douleur

La revue de la littérature écrite par les auteurs Simkin et O'Hara (2002) a choisi d'explorer 5 stratégies pour prendre en charge la douleur pendant le travail obstétrical. Une partie de cette revue concerne la prise en soin pendant la phase de latence car en effet, la douleur est l'une des raisons principales de consultation à la maternité (Carlsson et al., 2009). Ces cinq stratégies, le bain, la mobilité, le toucher et le massage, le soutien et l'injection de bloc d'eau intradermique (« water block »), sont relativement accessibles et de faible coût et donc facilement reproductible en salle de pré-travail ou à domicile.

### Le soutien perçu

A domicile ou en milieu hospitalier, on encourage les femmes à ne pas être seules pendant le travail. En effet, le soutien perçu par les parturientes est essentiel pour son vécu et pour la gestion de la douleur (Beake & al., 2017 ; Simkin & O'Hara, 2002). L'accompagnement est un élément clé pour la gestion de la douleur et l'article de Simkin et O'Hara (2002) exprime que le soutien par un tiers permet de réduire statistiquement la douleur pendant le travail ( $p < 0,05$  dans 7 études sur 9). La revue insiste sur la qualité du soutien : l'efficacité « antalgique » de cette méthode est fortement augmentée lorsqu'elle est prodiguée par une personne formée telle une sage-femme, une infirmière ou une doula. Ce point est également soulevé dans la revue de Beake et al. (2017) qui présente l'accompagnant de façon mitigée : il peut-être un soutien pour retarder la venue à la maternité ou alors, être un auteur de stress pour la femme et favoriser une venue précoce. Les mêmes auteurs, préconisent un soutien très tôt dans le travail obstétrical : une des études contenues dans l'article assure une réduction de la douleur si le soutien par un professionnel est effectué avant l'hospitalisation.

La satisfaction dépend aussi de la façon dont les stratégies sont amenées : le soutien effectué par un professionnel formé serait plus satisfaisant (82,5% VS 67,4% ;  $p < 0,01$ ) que par un tiers selon Simkin et O'Hara (2002).



## La mobilité

Le mouvement est une autre méthode pour gérer la douleur. Depuis toujours, les femmes bougent, déambulent, changent de position régulièrement pour gérer la douleur des contractions (Simkin et O'Hara, 2002). La médicalisation de la naissance de ces dernières décennies a conduit à une restriction de ces mouvements (Simkin et O'Hara, 2002). Dans l'introduction, les auteurs ont trouvé des articles mettant en avant les avantages certains de la position verticale : réduction du taux de péridurale, réduction du temps de travail, réduction de stimulation du travail, augmentation de l'intensité et de l'efficacité des contractions. Une seconde étude assure que la déambulation permet de réduire significativement le temps de pré-travail de 3 heures pour une primipare et de 2 heures pour une multipare. La revue de littérature Simkin et O'Hara (2002) a choisi d'étudier 14 articles s'intéressant aux positions antalgiques et autres facteurs favorisant le bon déroulement de l'accouchement. Certaines positions sont privilégiées par les parturientes : une femme est généralement en position inconfortable couchée et plus à l'aise debout. La position verticale permettrait de rendre le travail plus efficace et donc d'accélérer celui-ci. Cependant le réel impact de la mobilisation sur la douleur reste difficilement évaluable. Deuxièmement, il est éthiquement compliqué d'imposer à une parturiente une position qui ne lui serait pas confortable : cela pourrait remettre en compte les résultats obtenus. Par conséquent, encourager la mobilisation permettrait une réduction subjective de la douleur et faciliterait une consultation à la maternité plus tardive.

Les auteurs concluent en expliquant que les femmes sont satisfaites par les changements de position lorsqu'elles se sentent libres de le faire et encouragées par l'équipe médicale.

## Le bain

Il est courant de proposer aux femmes de prendre un bain chaud pour faciliter le relâchement musculaire et la détente psychique. Son introduction se base sur un rapport de Odent qui donne les principes clefs du bain pendant le travail : l'eau doit être à température corporelle (37-38°) et recouvrir les épaules, une rupture prématurée des membranes n'exclut pas l'utilisation de cette méthode, le bain doit durer au maximum une heure trente et doit être proposé uniquement à partir de 5 cm de dilatation. Les auteurs Simkin et O'Hara (2002) ont inclus dans leurs revues de littérature deux cohortes prospectives et sept essais contrôlés randomisés. Ils sont arrivés à la conclusion que l'effet antalgique du bain n'est significativement efficace que pendant une période transitoire de 30 minutes durant le travail actif (-7,2 VS +8,5 ;  $p < 0,01$ ). Par conséquent, proposer un bain pendant la phase de latence n'est pas efficace pour réduire la douleur et aurait tendance à augmenter le temps de travail.

La satisfaction des femmes face au bain est variable d'un individu à un autre et notre proposition de prise en soin doit en dépendre. Elle est soumise à certains critères : le lieu, la quantité d'eau, la possibilité de mouvement ou non, etc. Les auteurs regrettent que beaucoup des études publiées jusqu'à présent n'arrivent pas à identifier et prendre compte l'ensemble des variables.

## Le toucher & le massage

Le toucher et le massage sont d'autres moyens pour faciliter le relâchement de la tension musculaire (Simkin & O'Hara, 2002). Les auteures font une distinction entre le toucher et le massage. Le massage est une manipulation systématique du corps pour le bien-être et la guérison alors que le toucher est une forme de contact physique comparable à une caresse afin d'entrer en contact avec la patiente et la réassurer (Simkin & O'Hara, 2002). Elles nuancent aussi le geste réalisé par un professionnel de santé de celui procuré par un accompagnateur. Une étude précédente, référencée dans cette même revue, a permis de mettre en avant l'impact du massage sur la femme. Cela amène : une aide pour faire face à la situation, une réduction de la douleur, une augmentation du réconfort, une acceptation de la douleur et un encouragement. Le soulagement de la douleur et le réconfort apportés par les massages sont confirmés dans l'étude de Beake et al. (2017).

La revue comporte deux études descriptives sur l'impact du toucher. Les résultats principaux concluent que le toucher permet, lorsqu'il est réalisé par l'accompagnant, une réduction de la sensation de douleur ( $p < 0,05$ ) mais également un soulagement émotionnel de la parturiente ( $p < 0,05$ ). Ensuite, elles constatent que le contact corporel par un professionnel a un effet apaisant ( $p < 0,05$ ) chez les parturientes et est un soin recherché pendant le travail. Les professionnels de santé doivent quand même prendre en compte le désir et la culture de la femme.

## L'injection de bloc d'eau intradermique ou « water block »

Enfin, la dernière méthode visant à réduire la douleur qui est analysée dans la revue de Simkin et O'Hara (2002) est le « water block ». Cette technique scandinave consiste à injecter des blocs d'eau (0,05 à 0,1 mL) dans le derme au niveau des quatre épines iliaques pour réduire les douleurs lombaires lors des contractions. Le pourcentage de réussite de cette méthode varie selon les études : il serait de 15% à 74% dans la première étude et de 93% dans la seconde.

Les auteurs ont sélectionné 4 études sur le sujet et ils sont arrivés à la conclusion que c'est une méthode sécuritaire, peu coûteuse et simple d'utilisation. Elle permettrait de réduire la

sensation de douleur dans le bas du dos pendant un période de 45 à 90 minutes ( $p < 0,001$ ). C'est donc une méthode transitoire, que l'on pourrait reproduire plusieurs fois, et qui permettrait de retarder la mise en place d'une anesthésie loco-régionale. Cependant, la douleur passagère lors de l'injection peut réduire le sentiment de satisfaction lié à cette technique. Réaliser cette intervention avec deux infirmières (injections simultanées sur 2 points) permettrait de rehausser la satisfaction. La fiabilité des études sur le sujet est remise en question par les auteures, elles souhaiteraient pouvoir se référer à d'autres études plus larges.

### 3. Influer sur les politiques de santé

Dans la littérature, il existe un « gap » concernant la gestion de femme durant la phase de latence, le nombre de femmes admises en salle d'accouchement avant la phase active est encore mal connu. Ainsi, l'étude de Spiby et al. (2013) a demandé aux institutions des statistiques sur le nombre de parturientes qui rentrent dans cette catégorie dans leur établissement. Il en ressort que seuls 10% des établissements arrivent à donner un chiffre exact, 21% arrivent à donner une estimation et 69% ne savent pas répondre à cette question. Parmi les 10% de chiffres obtenus, 50% des institutions constatent que plus d'une femme sur trois est en salle d'accouchement avec un travail non établi. Il est aussi intéressant de noter que l'article de Artieta-Pinedo et al. (2010) a des résultats variables sur l'admission en travail actif en fonction de l'hôpital. On peut donc supposer que la politique institutionnelle a un impact sur la CAT face au pré-travail. Cette idée est confirmée par le questionnement de cette même étude concernant l'impact des protocoles et de la médicalisation sur la prise en soin : des protocoles stricts pourraient avoir un impact sur l'admission en travail actif des femmes.

La politique générale actuelle tend à réduire le nombre de femmes hospitalisées en pré-travail : l'article de Spiby et al. (2013) annonce que 35% des changements au sein des lieux de naissance sont basés sur une volonté institutionnelle. Des modifications de pratique sont observées depuis plusieurs années, 49% depuis 5 ans en Angleterre, et de nombreuses sont à venir (52%) dans les 5 prochaines années. Seules 14% des institutions ne souhaitent pas revoir leur position sur la phase de latence et sa prise en soin. Pourtant, l'article de Beake et al. (2017) et l'article de Simkin et O'Hara (2002) sont tous deux d'accord sur la nécessité de réévaluer la prise en soin de ces femmes, leur accueil et la CAT qui en découle. L'article de Beake et al. (2017) soutient le besoin de faire des recherches sur les consultations téléphoniques et particulièrement la formation des professionnels au niveau de la communication adéquate pour les réaliser. A contrario, l'article des auteurs Spiby et al. (2013) remet en doute les bénéfices de la consultation téléphonique : même si c'est aujourd'hui le premier service proposé en Angleterre, les nombreux éléments négatifs, tels

que l'aspect impersonnel et la barrière de la langue, encouragent des changements de stratégie.

L'étude de Spiby et al. (2013) annonce que 65% des changements sont justifiés par la modification des facteurs locaux au cours des dernières années : on observe une réduction du nombre de maternités avec la disparition de petit lieu d'accueil et une augmentation du nombre de femmes dans les grandes institutions. S'ajoute à cette problématique un manque de personnel constant dans les établissements. Ces éléments ont donc poussé les maternités à rechercher l'optimisation des ressources matérielles et intellectuelles dans les unités obstétricales. La présence de femmes en salle d'accouchement avant la phase active du travail entraîne des conduites inconvenantes (utilisation de ressources, de lits, de personnels sans justification médicale) et conduit donc à une augmentation de la médicalisation. Ces raisons confirment la nécessité d'instaurer un tri en amont de l'admission pour une meilleure optimisation des ressources selon Spiby et al. (2013). Malheureusement, l'article de Beake et al. (2017) mentionne le stress qu'implique la venue à la maternité pour une consultation lors d'une suspicion de mise en travail. Dans le même esprit, la distance comprise entre le lieu d'habitation et le centre d'accueil le plus proche est un élément clé dans le choix du moment de venue à la maternité. Enfin, seules 43% des maternités se basent sur la littérature scientifique pour instaurer des changements selon l'article de Spiby et al. (2013). Selon ces auteurs, la connaissance d'autres systèmes de fonctionnement est un élément qui encourage les changements au sein de l'institution. Enfin, il note l'importance de l'implication et de la participation de l'équipe ou d'une personne ressource pour la réussite du projet.

Ce même article expose une autre problématique liée aux changements de PEC : le manque d'étude et de recul des experts. En effet, 47,5% des établissements n'étudient pas l'efficacité de leurs stratégies de prise en soin. Si une évaluation est faite, elle l'est sous forme de questionnaire de satisfaction (35%) ou des audits informels (30%). Seules 11,3% des institutions peuvent donner des données précises sur l'impact des stratégies. En fin de compte, il est autant nécessaire d'étudier les besoins de changement que l'efficacité même de ces changements. Ainsi, on pourra transposer des stratégies à différents lieux d'accueil.

## DISCUSSION

La gestion de la phase de pré-travail est une problématique importante sur laquelle se pencher afin de limiter les interventions médicales et leurs conséquences sur la santé materno-fœtale. Une optimisation de la gestion de cette phase permettra de retarder l'admission en salle d'accouchement avant la phase active du travail. Cette problématique est d'autant plus complexe qu'il existe un manque de consensus sur sa définition mais également du manque de recherche scientifique sur ce sujet. Différents aspects ont été abordés à travers les études réalisées dans le but d'amener à une vision globale nécessaire à la gestion de cette phase. Nous avons pu faire ressortir trois thèmes principaux à la lecture des articles : l'empowerment, la douleur et les politiques de santé. Il est important, dans cette deuxième partie, de pouvoir compléter et nuancer les propos exposés précédemment.

### 1. Augmenter l'empowerment des parturientes

#### Prise en compte des besoins des parturientes

La revue de littérature Beake and al. (2017) insiste sur les besoins d'écoute et de sécurité des parturientes lors de la première phase du travail. Les femmes dans l'étude de Janssen et Desmarais (2012) expriment recevoir un meilleur soutien lors que celui-ci est dispensé par une personne formée à cette tâche. Ainsi, le soutien proposé par l'accompagnant, tel que le futur père, ne serait pas aussi efficace que celui d'une sage-femme, d'une infirmière ou d'une doula. En effet, la revue de Beake et al. (2017) rend attentif à une discordance dans l'efficacité liée à la présence de l'accompagnant selon son comportement. Même si le soutien par un proche n'est pas toujours efficace pour retarder la venue à la maternité et les interventions (Beake et al., 2017), il est perçu comme constructif et important par les parturientes et est un élément clé pour la satisfaction de l'accouchement. (Somers-Smith, 1999).

Se pose alors la question des différences entre les formations des professionnels de santé et de l'efficacité qui en découle pour l'accompagnement des femmes pendant le travail obstétrical. Les auteurs Janssen et Desmarais (2012) ne font pas de différences dans leur revue de littérature entre les doulas, les sages-femmes et les infirmières. Pourtant la formation de chacune de ces trois professions diffère grandement à travers le monde. En ce qu'il concerne la Suisse, il n'est pas courant de voir des infirmières dans la prise en soin de la naissance malgré un statut professionnel semblable celui de la sage-femme : métier paramédical, indépendant ou salarié, bachelor à la Haute Ecole Santé [HES] en 3 ans (orientation.ch, 2019). Ceci est compréhensible car la sage-femme est spécialisée dans les

soins de gynécologie et d'obstétrique alors que l'infirmière a des connaissances générales dans plusieurs domaines de santé (orientation.ch, 2019). Cependant, dans de nombreux pays, le métier de sage-femme n'existe pas et ce sont les infirmières qui ont ce statut. Elles suivent alors une formation complémentaire plus ou moins longue selon les pays pour acquérir les connaissances propres à une sage-femme (euroguidance, S. d.). Le métier et la formation de la doula sont fortement différents : une préparation de 13 jours est suffisante pour exercer ce métier d'accompagnant non thérapeutique à la naissance (Doulasuisse.org, 2019). En second lieu, les compétences proposées ne sont pas les mêmes pendant le travail obstétrical : le rôle de la doula n'est pas médical : elle propose uniquement un accompagnement, un soutien physique et émotionnel durant l'accouchement (Association des Doulas de France, 2018). Elle dispense donc des conseils de préparation à la naissance, promeut des positions ou mouvements et participe au soutien et à l'encouragement des parturientes (Doulasuisse.org, 2019). La sage-femme a, quant à elle, le rôle d'assurer la sécurité de la mère et du fœtus mais également d'accompagner le couple lors de la phase de pré-travail : elle peut donner des conseils de prévention et de promotion de la santé, répondre aux questions, créer une relation de confiance avec le couple et suivre la progression du travail (orientation.ch, 2019). Les doulas et les sages-femmes sont donc toutes deux formées à l'apport de soutien aux femmes. Cependant, les formations et rôles étant différents, nous supposons que la qualité et les méthodes de soutien peuvent elles aussi variées, c'est pourquoi nous regrettons le manque de précision concernant les acteurs de santé dans cette étude. De plus, le besoin d'informations professionnelles est aussi recherché par les parturientes (Beake et al., 2017). Dans ce cas, la sage-femme est plus à même de répondre à cette demande. On peut donc supposer que la diversité de compétences des sages-femmes est appréciée par les parturientes.

## L'importance de la préparation des parturientes

L'étude de Beake et al. (2017) met en avant une différence entre les représentations des parturientes et la réalité de l'accouchement. Elle évoque également le manque de connaissances et informations des femmes sur le moment le plus opportun pour se rendre à la maternité, notamment pour les primipares. Outre les cours de PNP, ne répondant que très peu à la problématique (Artieta-Pinedo & al., 2010) les femmes vont chercher des informations sur internet ; les données trouvées sont alors parfois source d'anxiété (Beake & al, 2017). L'étude de l'IPSOS, publiée en 2010 soutient que 71% des personnes interrogées pendant cette étude recherchent des renseignements sur internet pour des problèmes liés à la santé. Pendant la grossesse, internet serait une source courante d'information pour 83.3% des femmes. Elles se renseignent notamment sur l'accouchement et les complications obstétricales (Leune & Nizard, 2012). Cette étude explique que c'est l'accès rapide et

anonyme aux informations qui est recherché par les futures mères. Cependant, l'éventail d'informations parfois contradictoires disponibles sur internet peut aussi être une source d'anxiété (Beake & al., 2017). Il est donc envisageable que les témoignages et les renseignements renforcent certaines idées reçues sur l'accouchement et ne préparent pas les femmes à la réalité (Van Bekkum Hilton & Hilton 2013). Heureusement, selon l'étude de Leune et Nizard (2012), la population remet de plus en plus en compte les données trouvées sur les sites. Elle dénote qu'en 2009, 76.3 % déclarent faire confiance à internet contre 92.6% en 2007.

Beake et al. (2017) expliquent que, malgré les cours de PNP, les femmes sont peu préparées aux événements et aux douleurs qui composent l'accouchement. Ceci se retrouve également dans le travail de mémoire de Menard en 2016 qui explique la perte de moyens des femmes lors de la venue des CU. Le stress face aux douleurs empêcherait les femmes de mettre en pratique les éléments appris. Pourtant les cours de PNP ont démontré des effets bénéfiques sur l'anxiété dans l'étude de Artieta-Pinedo et al. (2010) chez les femmes d'origine espagnole. Même si dans la littérature, les bénéfices des cours de PNP sont encore controversés et les résultats différents selon les auteurs, plusieurs études confirment l'effet positif de ces cours sur l'anxiété (Toohill & al., 2014 ; Hosseininasab, Taghavi Simin & Ahmadian, 2010). En se concentrant sur la gestion de la douleur, l'étude de Ip et al. (2009) montre que les cours de PNP contribuent à favoriser les capacités des femmes à faire face à la douleur des contractions. Néanmoins, l'étude de Bergstrom, Kieler et Waldenström (2009) ne démontre pas d'effet significatif sur une diminution de l'utilisation d'anesthésie péridurale.

L'HAS (2005) explique que 66,6 % des primipares et 24,9% des multipares ont recours à des cours de PNP. Ce chiffre relativement important pour une première grossesse montre l'intérêt de la population à s'informer. Cependant, les éléments précédents montrent que les conseils donnés correspondent peu aux besoins des femmes et ne leur permettent pas d'appréhender cette étape de la bonne manière. De plus, la revue de Brixval et al. (2015) ne démontre pas d'impact positif significatif quant aux issues obstétricales et psychosociales. L'HAS explique que selon la littérature il n'existe pas, pour le moment, une technique éducative recommandée pour ces cours. Il est tout de même conseillé de personnaliser les méthodes selon les besoins des couples et de favoriser les interactions (HAS, 2005). Les cours de PNP enseignés actuellement montrent certains bénéfices, cependant des recherches futures dans le but de déterminer comment modifier les cours de PNP sont nécessaires. Cela permettrait de comprendre sous quelles formes et avec quels outils les renseignements sont le plus intégrés et parlants pour les patientes et ainsi améliorer les bénéfices et l'empowerment des femmes.

## Les consultations

La revue de Beake et al. (2017) met en évidence qu'une consultation pour un début de travail est une source de stress, tout comme les options proposées : le retour à domicile ou l'hospitalisation. Comme exprimé par cette même étude, les connaissances en communication sont un élément important afin d'avoir un impact sur l'anxiété des patientes. Il est donc intéressant de se demander quels sont les éléments d'une communication efficace. La communication est un élément faisant partie intégrante de la formation de sage-femme. Toutefois, comme toutes compétences, il est important de l'entraîner régulièrement (Gilbert-Kawano, 2016). Si les mots employés et le ton de la voix jouent un rôle important dans la communication, le non verbal représente à lui seul 55% des informations transmises (Mehrabian, 2007 cité par le Centre pour la santé mentale en milieu de travail, S. d.). Les professionnels se basent beaucoup sur le langage corporel (Pierrot, 2000) : les façons d'exprimer la douleur ou de se mouvoir peuvent donner des indications à la sage-femme sur l'avancée du travail et lui permettre ainsi d'amener des conseils appropriés et personnalisés.

L'étude de Janssen et Desmarais (2011) qui compare le vécu des parturientes d'un accompagnement par téléphone ou à domicile, démontre une meilleure satisfaction avec un suivi à la maison. En effet, les parturientes se sentent plus soutenues, écoutées et informées que lors de consultations téléphoniques. De plus, comme expliqué auparavant, le téléphone masque les éléments de la communication non verbale tels que la gestuelle et le langage corporel mais enlève également la possibilité de « toucher » rassurant exprimé dans l'article de Simkin et O'Hara (2002). Le manque de contact visuel pourrait conduire à une mauvaise évaluation de la situation par les professionnels (Roberts, 2007). On observe aussi une baisse de confidentialité des consultations téléphoniques (Borton, 2009). La consultation téléphonique nécessite de mettre en place un service de téléphonie disponible, des professionnels attitrés et formés à la communication par téléphone et la mise en place d'un algorithme de tri pour les patientes (Manning, Magann, Rhoads, Ivey & Williams, 2012). Les consultations téléphoniques comportent tout de même certains intérêts. Tout d'abord, le téléphone a l'avantage d'être accessible facilement pour une majeure partie de la population et ainsi permettre un contact rapide avec un professionnel. De plus, il a l'intérêt d'être peu coûteux et d'être un gain de temps pour la sage-femme (Borton, 2009). La revue de Beake et al. (2017) exprime que le soutien apporté par téléphone est perçu positivement uniquement si le personnel soignant dispose de connaissances dans la communication et d'une bonne capacité d'écoute. Selon l'étude de Manning et al. (2012) il n'existe pas assez de données pour promouvoir ou restreindre le tri par téléphone.

L'étude de Janssen et Desmarais (2011) montre une plus grande satisfaction des femmes lors d'un suivi à domicile de la phase de latence. Cette méthode permet d'amener un soutien



personnalisé et continue de la patiente dans un environnement familial et rassurant. Contrairement à un suivi de pré-travail à l'hôpital, la sage-femme se trouvant à domicile a également l'avantage de pouvoir être disponible pour une seule patiente. La phase de latence à domicile est prise en compte par les assurances maladies suisse. Cependant cette étape peut s'étirer sur plusieurs jours et demande une grande disponibilité, ce qui pourrait décourager les SFI à s'investir dans ce domaine comme l'une d'elle nous le confie (communication personnelle, 12 juillet 2019). Il faut noter qu'une communication et une collaboration entre l'hôpital et les sages-femmes est importante pour limiter tous conflits notamment sur le moment de venue opportun à la maternité.

## 2. Gestion de la douleur en pré-travail.

La difficulté à gérer la douleur est un des principaux facteurs qui entraîne une venue précoce à la maternité. Dans la revue de Simkin et O'Hara (2002), on retrouve différents moyens antalgiques non-médicamenteux pour aider les parturientes pendant cette période.

Nous avons abordé précédemment le besoin de soutien en continu recherché par les femmes. Ceci est également une des méthodes citée dans cette revue de littérature pour augmenter le sentiment de compétence et ainsi trouver les ressources pour gérer au mieux la douleur des contractions. Les auteurs Simkin et O'Hara (2002) expriment que le soutien donné par une sage-femme n'a pas d'impact sur le taux d'anesthésie péridurale ou sur les interventions obstétricales. Il aurait été intéressant de connaître la dilatation précise du travail au moment de pose de péridurale. Une étude de Lundgren, justifie ces résultats par le fait que, les sages-femmes, devant jongler avec plusieurs patientes et avec les responsabilités médicales qui en découlent, sont potentiellement moins disponibles pour apporter un soutien en continu (2010). A l'inverse, la revue de Simkin et O'Hara (2002) affirme qu'un soutien amené par une tierce personne telle une doula serait plus efficace pour augmenter le sentiment de compétences des femmes et ainsi permettre aux femmes de supporter la douleur du début de travail. Le thème du soutien par une doula a fait l'objet de plusieurs études dans la littérature scientifique. Certaines de ces études montrent que l'aide supplémentaire apportée par une doula réduirait notamment les interventions médicales, l'utilisation de moyens antalgiques et permettrait au père de s'investir plus dans le soutien auprès de sa compagne. (Klaus & Kennell, 2008 ; Scott, Berkowitz & Klaus, 1999)

La seconde méthode proposée par l'article de Simkin et O'Hara (2002) parle des mouvements et des changements de position. Ceci est un autre moyen visant à rendre la douleur plus supportable mais également à réduire la durée de l'accouchement. L'article de Zwelling (2010) et Ondeck (2014) confirme les bénéfices des changements de position sur ces deux aspects. Ces derniers soutiennent également que le changement de position

comporte des bénéfices sur la baisse d'intervention médicale. L'article de Simkin et O'Hara en 2002 précise qu'une position verticale comporte des bienfaits obstétricaux, mais c'est surtout la liberté de pouvoir changer de mouvement selon ses ressentis qui est efficace et qui procure de la satisfaction chez les parturientes.

Une option bien connue pour gérer la douleur et qui est investiguée dans l'étude de Simkin et O'Hara (2002) est le bain. Cette étude explique que prendre un bain est un moyen efficace de réduire les douleurs sous certaines conditions. Une température adaptée, est nécessaire ainsi qu'une immersion complète du ventre. Elle explique également que le temps d'efficacité de cette méthode est relativement court (30 minutes). L'efficacité sur les douleurs de l'immersion dans le bain est affirmée par d'autres études comme celle de Da Silva, De Oliveira et Nobre en 2007. Les auteurs Simkin et O'Hara en 2002 précisent également qu'il est préférable d'attendre un travail actif pour cette méthode sous peine de prolonger la phase de latence. En effet l'effet relaxant de l'eau chaude permet de détendre les muscles et peut ainsi ralentir ou stopper le travail. Cette méthode est souvent proposée par les sages-femmes au moment d'apparition de contractions et aide à définir s'il s'agit de contractions utérines de Braxton Hicks ou des contractions utérines de travail qui, dans ce cas, ne cesseraient pas avec un bain (Martory, 2016).

La revue de Simkin et O'Hara (2002) met en avant, malgré le peu d'études prises en compte, les bénéfices du toucher et du massage pour la gestion de la douleur. Premièrement, les massages permettent de réduire les douleurs. Ces propos sont confirmés par l'étude Mortazavi, Khaki, Moradi & Heidari (2012) qui montre une augmentation de la satisfaction et une baisse de la douleur lors de massage durant toutes les phases de l'accouchement. Mais ce n'est pas l'avis de la revue Cochrane de Smith & al. (2018) qui ne démontre pas d'effet sur la douleur durant la phase de latence, cependant une hausse de la satisfaction et du sentiment de compétence sont tout de même mis en évidence. Le massage est un élément enseigné aux accompagnants durant les cours de PNP et encouragé lors du travail. Cependant il n'existe actuellement pas d'étude pour évaluer son utilisation par les proches à domicile. De la même manière, peu d'informations sur le type de massage efficace ont été trouvées dans la littérature. Dans un second temps, le toucher amène du réconfort et augmente les compétences pour faire face à la douleur (Simkin & O'Hara, 2002). Comme le relève Chillot en 2013, le toucher, tout comme la parole, est un moyen de transmettre des informations et des émotions entre les êtres humains. Ces gestes peuvent transmettre du réconfort, de l'empathie et ainsi augmenter la confiance de la personne et l'apaiser (Hentz & al. 2009). De plus le toucher permet la libération d'hormones telle que l'ocytocine et permet de réduire le rythme cardiaque (Chillot, 2013). Il y a donc un intérêt à inclure le toucher durant les prises en soin, en tenant compte de la culture des parturientes.

La dernière méthode étudiée par la revue Simkin et O'Hara (2002) est le « water block ». Cette méthode se révèle efficace pour réduire la douleur durant une période variable. Néanmoins cette méthode, en plus de ne pas être applicable de manière autonome par la patiente, a des bénéfices uniquement sur les douleurs lombaires lors de l'accouchement (Simkin & Bolding, 2004). La revue Cochrane de Derry, Moore et Rabbie (2012), ne trouve pas de différence d'efficacité entre une injection d'eau stérile et un sérum physiologique. En Suisse, nous n'avons pas retrouvé l'utilisation de cette technique dans les différentes maternités que compose notre formation pratique.

Nous connaissons bon nombre de méthode pour pallier la douleur de manière non pharmacologique, et ce depuis plusieurs années. Cependant, malgré les cours de PNP, les femmes à domicile ne semblent pas armées pour les utiliser. Il est encore une fois important de mieux préparer et soutenir les femmes concernant les douleurs possibles durant cette phase. Des méthodes comme l'acupuncture, les TENS, l'auto-hypnose n'ont pas été abordées dans ce travail et sont pourtant des outils supplémentaires proposés aux parturientes par les sages-femmes. Ces techniques nécessitent toutefois la présence d'un professionnel ou une préparation au préalable durant la grossesse (Simkin & Bolding, 2004 ; Smith & al., 2018). Pourtant dans notre pratique, beaucoup de femmes ont recours à une péridurale avant la mise en travail actif. Bien que les sages-femmes soient formées à différentes méthodes pour accompagner les femmes dans leur douleur. Il est donc légitime de se demander si ces méthodes sont couramment appliquées dans la pratique. L'étude de Spiby et al. (2013) explique qu'il existe un manque de personnel constant dans les maternités. Ceci peut être l'une des causes expliquant qu'aujourd'hui encore, les femmes peinent à attendre le bon moment avant d'avoir recours à une péridurale et sont donc admises en salle d'accouchement avant la phase active.

### 3. Influer sur les politiques de santé

L'étude de Spiby et al. (2013) met en avant la difficulté observée quant à l'obtention de statistique sur le nombre de femmes admises en salle d'accouchement avec un col défavorable. L'estimation réalisée parle d'une femme sur trois environ. Dans le cadre théorique, nous avons notion de chiffres plus ou moins semblables : entre 36,9% (Gharoro et Enabudoso, 2006) et 45% (Janssen & al., 2003).

Une des justifications possibles de ce nombre important de parturientes en pré-travail en salle d'accouchement est une inadéquation entre les recommandations officielles de l'OMS et les protocoles de soin institutionnels. En effet, les auteurs Artieta-Pinedo et al. (2010) expliquent dans leur publication que les protocoles de soin impactent la décision d'admettre ou non des femmes en salle de naissance. Ces données font suite à la différence observée

entre les deux hôpitaux de l'étude concernant l'avancée du travail lors de l'admission en salle d'accouchement. Pourtant, un article de Seferdjeli et Terrané, écrit en 2015, ayant pour sujet le rôle et enjeux des protocoles de soin, assure que ceux-ci ont pour but d'uniformiser les pratiques individuelles en se basant sur la littérature scientifique. L'article évoque aussi un fait important : la mise en place et l'intégration de nouveaux protocoles de soin prend du temps. Ceci peut expliquer le décalage entre les recommandations actuelles tirées de la littérature et les protocoles en vigueur actuellement.

L'étude de Spiby (2013) explique que de nombreux changements ont été faits ou sont prévus dans le futur pour améliorer la PEC du pré-travail. 65% de ces changements sont justifiés par l'impact de facteurs locaux, en particulier la hausse de la charge de travail. Celle-ci est pondérée par plusieurs facteurs : l'effectif de soignant, la contrainte corporelle, la fatigue physique, mentale et sociale, l'effectif de patient, l'aménagement des locaux ainsi que la disponibilité des ressources (Maouche & Mehdi, 2016). Cette charge de travail a un impact sur la qualité de la prise en soin des femmes dans les institutions comme décrit par Maouche & Mehdi en 2016 : « Le volume du travail subit au quotidien affecte d'une manière directe la relation du soignant avec le soigné » (p. 91). Il met donc en évidence la nécessité d'effectuer un tri auprès des patientes dès leur admission hospitalière. Les types de tri proposés en Suisse sont exposés dans le cadre théorique. Malheureusement, comme expliqué dans l'article de Spiby et al. (2013), ces techniques de tri sont très peu évaluées pour leur efficacité ou leur satisfaction auprès des parturientes. De plus, les mêmes auteurs expliquent que la connaissance d'autres systèmes de fonctionnement facilite les changements dans les CAT. Il est donc nécessaire de faire des études autour des méthodes de prise en soin et de leur efficacité. Ainsi, une personne interne au service ayant eu une expérience précédente d'un autre modèle de prise en soin peut devenir un facteur facilitateur du changement.

43% des institutions justifient les changements dans leur PEC de la phase de latence en se basant sur l'Evidence Based Medicine [EBM] (Spiby & al., 2013). Dans notre recherche de littérature, nous avons eu beaucoup de mal à trouver des articles traitant directement de la qualité du travail au moment de l'admission, ce qui peut également expliquer la provenance des difficultés à entreprendre un changement dans les PEC.

## Limites et forces du travail

Nous rédigeons pour la première fois un travail de ce type, bien qu'ayant respecté les recommandations liées à la rédaction de celui-ci, il présente certains biais et imperfections. Toutefois des points forts se dégagent également de cette revue de littérature.

### Limites :

- Manque de littérature scientifique nous conduisant à changer d'approche plusieurs fois.
- Manque de consensus sur la définition des différentes phases de travail rendant les comparaisons difficiles.
- Certains choix de mots-clés sont tirés de réflexions personnelles, il est probable que nous ayons manqué des articles plus pertinents.
- Articles traitant tous d'un axe du sujet différent ce qui a pour conséquence un manque de données, ce qui ne permet pas d'affirmer les résultats.
- Manque de pertinence dans le choix d'articles dû au manque de littérature : la sélection présente donc certains biais et comporte des études anciennes. De plus l'article traitant de la gestion de la douleur n'a pas apporté les renseignements recherchés et mériterait d'être plus complet.
- Pas d'études trouvées traitant de salle de pré-travail, ne nous permettant pas d'explorer cette piste de réflexion dans l'analyse.

### Forces :

- Sujet pertinent et d'actualité qui mérite d'être mis en lumière.
- Plusieurs axes entourant la problématique ont été pris en compte, ceci permet d'amener des pistes de réflexion variées et susciter l'intérêt des professionnels de santé pour ce sujet.
- Analyse et méthodologie respectant les critères et recommandations des grilles disponibles induisant une qualité à notre travail.

# RETOUR DANS LA PRATIQUE

## Implication pour la pratique

La présente revue de littérature a permis de mettre en avant la complexité de la prise en soin de la phase de latence dans notre pratique actuelle. En effet, cette problématique comporte de nombreux thèmes et enjeux. Or, notre revue de littérature étant limitée à cinq articles, nous n'avons pas pu aborder complètement chaque axe lié à ce vaste sujet.

Sur le plan médical, les risques liés à une hospitalisation précoce expliqués en première partie de ce travail sont conséquents pour la santé physique de la femme et du nouveau-né. Une meilleure prise en soin de cette phase permettrait de réduire les interventions non nécessaires et ainsi éviter les complications qui peuvent en découler. D'un point de vue psychosocial, une meilleure prise en soin des femmes et des couples pendant la phase de latence permettrait de favoriser un bon vécu de l'accouchement. Ce point est tout aussi important, comme expliqué plus haut, à cause des risques psychologiques associés à une mauvaise expérience. Enfin, sur le plan organisationnel et économique, une optimisation de la prise en soin pourrait réduire la charge de travail en salle d'accouchement et ainsi faciliter les prises en soin des parturientes. Elle pourrait aussi permettre une collaboration des réseaux pluridisciplinaires intra et extrahospitaliers.

Malgré les points abordés dans ce travail, la présente revue de littérature ainsi que les données obtenues ne permettent pas de proposer des changements concrets dans notre pratique actuelle. Il est donc nécessaire de compléter et d'affiner les résultats par des études supplémentaires, notamment des études quantitatives pour déterminer quelles méthodes ont une efficacité probante. Toutefois certains éléments peuvent déjà nous pousser à la réflexion et amener des améliorations dans notre pratique.

## Débouchés de retour dans la pratique

### Proposer un soutien professionnel

Un point important ressortant de ce travail est le besoin de soutien des parturientes pour gérer la phase de latence et les douleurs qui y sont liées. Les conseils et informations reçus actuellement ne permettent pas aux patientes de se sentir suffisamment en confiance pour rester à domicile lors d'apparition de contractions utérines douloureuses. Il est important que les professionnels ne minimisent pas cette phase et soient sensibilisés aux répercussions qu'un mauvais management peut engendrer.

Nous avons envisagé, dans un premier temps, de proposer un suivi systématique à domicile pendant le pré-travail par une sage-femme indépendante sur le même modèle que le suivi post-partum : l'attribution d'une sage-femme référente pour chaque femme pour les consultations prénatales, le suivi du pré-travail et le suivi post-partum. Cela permettrait de favoriser une prise en soin globale des femmes comme l'encouragent les recommandations de l'OMS en 2017. La SFI est déjà habilitée à accompagner les femmes durant le pré-travail, il s'agirait donc de le promouvoir son savoir. La FSSF explique qu'en 2016, sur les 4 204 suivis d'accouchement réalisé par des SFI, l'accompagnement de la phase du travail uniquement, ne représente que 555 (13,2%) femmes (FSSF, 2017). Ce chiffre comprend également les parturientes qui souhaitent un accouchement extrahospitalier mais qui ont été transférées en cours de travail. Le suivi à domicile est malheureusement encore peu connu par les obstétriciens de ville et les maternités, comme nous confie l'une des SFI interrogée à ce sujet (communication personnelle, 10 août 2019). Pourtant, ce type de suivi est cité dans le « Guideline National Institute for Health and Care Excellence » [NICE], recommandant un suivi du pré-travail à domicile ou dans une unité d'évaluation (2014). Plusieurs éléments expliquent que ce type de suivi demeure rare en Suisse aujourd'hui. Premièrement, l'accompagnement du pré-travail à domicile est contraignant pour les SFI car il nécessite une grande disponibilité de leur part (de la 37<sup>e</sup> semaine à la 42<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée, jour et nuit). Deuxièmement, la durée de la phase de latence varie d'une femme à une autre ce qui demande une organisation importante pour la SFI afin qu'elle ne s'épuise pas (communication personnelle, 10 août 2019 ; Sandall, 1996 cité par Martinelli & Wolfrath, 2013). Financièrement parlant, la LAMAL rembourse intégralement le suivi du pré-travail à domicile par une sage-femme ainsi que le travail (OFSP, S. d.). Les SFI nous confient que la rémunération du pré-travail à domicile ne lui permet pas d'être rentable par rapport à la charge que celui-ci implique. Par conséquent il arrive que les SFI comptabilisent l'accompagnement du pré-travail en tant que « suivi du travail », permettant ainsi une rémunération plus adéquate (communication personnelle, 10 août 2019). Ces nombreux inconvénients peuvent expliquer en partie le manque d'investissement des SFI à ce sujet. L'obstétrique reste un domaine de santé imprévisible et par conséquent, la création d'un tel suivi nécessite tout de même un protocole ou une convention avec les maternités partenaires pour limiter les risques d'accouchement à domicile non souhaité. Ainsi, avertir le lieu de naissance lorsque la SFI entreprend un suivi de pré-travail est apprécié par les établissements et permet d'instaurer une relation de confiance entre le milieu hospitalier et extrahospitalier (communication personnelle, 10 août 2019).

Il existe aussi des formes de contrats hospitaliers permettant à des sages-femmes indépendantes de proposer un suivi global en plateau technique. Ainsi, ces sages-femmes, dites agréées, ont à disposition les infrastructures de la maternité ainsi que l'aide de

médecins en cas de besoin. Ce type de suivi est répandu en Suisse Alémanique afin de répondre à la demande croissante d'accompagnement global de la part des patientes (Affolter & Joliat, S. d.). En Suisse, 1364 naissances (1,55%) en 2016 ont été effectuées par des sages-femmes agréés en plateau technique (FSSF, 2017). Ainsi, les SFI peuvent proposer un suivi dès le début des contractions utérines à domicile jusqu'au post-partum immédiat, à la maternité. L'accompagnement global, en plus de favoriser l'autonomie et la polyvalence de la sage-femme comme le souhaite l'IMC dans son plan de santé de 2017-2020, engendre une grande satisfaction des femmes grâce à la création d'une relation de confiance (Vitrai, 2018). Cependant, ce type de suivi demande, comme dit précédemment, une disponibilité importante et peut s'étendre sur plusieurs heures, ce qui demande un grand investissement de la SFI (Affolter & Joliat, S. d.) et peut conduire à des difficultés pour séparer vies personnelles et professionnelles (Fereday & Oster, 2007). Ce concept nous a permis de réfléchir à la création d'un service hospitalier regroupant des sages-femmes qui seraient détachées pour le suivi à domicile de parturientes et qui pourraient ensuite continuer le suivi à la maternité. Un tel projet semble pourtant difficilement réalisable dans notre système actuel : est-il juridiquement possible d'exercer une fonction hospitalière en milieu extrahospitalier ? Combien de personnes faudrait-il affecter à ce service ? Enfin, nous nous sommes questionnées sur la rentabilité économique d'une telle pratique pour les maternités : est-ce intéressant pour elles de réaliser ce projet ?

Le modèle de soin appelé « midwife-led continuity of care » qu'on retrouve au Royaume-Uni, Canada, Australie et Nouvelle Zélande, propose des concepts ressemblants : le « team midwifery » ou le « Caseload midwifery » (Sandall, Soltani, Gates, Shennan & Devane, 2016 ; Martinelli & Wolfrath, 2013). Les sages-femmes « team midwifery » regroupées en équipe, s'occupent d'un certain nombre de femmes à bas risque obstétrical à domicile et en milieu hospitalier pendant toute la grossesse, l'accouchement et le post-partum (Sandall & al., 2016). Le nombre de sages-femmes dans l'équipe peut varier fortement mais une équipe de six sages-femmes peut s'occuper d'environ 250 à 360 femmes par année (Homer et al., 2008, p. 19, cité par Martinelli & Wolfrath, 2013). Ce type de modèle est apprécié par les sages-femmes car il permet d'avoir des horaires hospitaliers tout en gardant leur autonomie en milieu extrahospitalier et assurer une continuité des soins (Martinelli & Wolfrath, 2013). D'autre part, le modèle « Caseload midwifery » est un modèle qui confie à une sage-femme un certain nombre de patientes pour s'occuper d'elles du prénatal au postpartum en milieu hospitalier ou à domicile (Moore, 2009 cité par Martinelli & Wolfrath, 2013). Les sages-femmes sont de garde sur appel et s'occupent en général de 35 à 42 femmes par an (NSW Ministry of Health, 2012 cité par Martinelli & Wolfrath, 2013). Les sages-femmes pratiquant le modèle « Caseload midwifery » peuvent travailler en équipe afin de réduire les risques



d'épuisement (New South Wales (NSW) Ministry of Health, 2012 cité par Martinelli & Wolfrath, 2013).

En conclusion, la complexité liée à la mise en place et à la promotion d'un système de suivi à domicile nous semblait difficilement réalisable à notre échelle. Cependant c'est une piste de réflexion sur laquelle il serait intéressant de se pencher à l'avenir et de s'intéresser aux différents modèles de soin déjà existants. De plus amples recherches concernant le suivi à domicile de la phase de latence sont nécessaires afin de promouvoir des changements, encourager les professionnels à s'investir dans ce domaine et justifier une augmentation de rémunération envers les assurances en Suisse.

## Chambre ou service de pré-travail

Lors de nos recherches de littérature, nous n'avons pas trouvé d'études scientifiques évaluant l'impact des salles dédiées à la gestion de la phase de latence. Pourtant il est courant dans la pratique que des chambres de périnatale ou post-partum se transforment en salle de pré-travail au besoin. Seulement, une salle de pré-travail se doit d'être aménagée dans le but de favoriser la physiologie mais également de promouvoir l'intimité avec une chambre individuelle (Louis, 2012). Un service où des chambres affectées à cette phase délicate, pourrait permettre de répondre au besoin de soutien recherché par les femmes en venant à la maternité avec la mise en place de sages-femmes dédiées à la gestion de cette phase (Louis, 2012). Une étude de Breman en 2018 a démontré que les femmes apprécient avoir des ballons et tapis de yoga, une cuisine, un coin méditation et une salle de bain dans la salle de pré-travail. Cependant, elles ne savaient pas forcément utiliser l'ensemble des ateliers proposés. Les parturientes ne se sentaient pas toujours en sécurité dans un tel environnement et préféraient parfois être admises en salle d'accouchement (Breman, 2018). Or les aménagements qui en découlent ont un coût et nécessitent la mise en place de nouvelles infrastructures. Un article écrit par Paul et al. en 2017 décrit la mise en place et l'utilisation d'un nouvel espace de pré-travail dans une maternité aux Etats-Unis. Ceux-ci ont choisi de créer un service réservé à la prise en soin de la phase de latence. Ils proposent plusieurs ateliers pour les parturientes afin de les faire patienter jusqu'à la phase active du travail. Ainsi, ce service peut accueillir plusieurs femmes en début de travail et une sage-femme est à disposition en cas de besoin. A nouveau, les bénéfices d'un tel service sont peu évalués. Le manque d'études sur l'efficacité de salle de pré-travail ne permet pas de justifier leur création.

## Accompagnement à la naissance

Au cours de ce travail, nous avons pu approfondir nos connaissances sur l'accompagnement à la naissance. En Amérique du nord, les femmes ont recours à une doula pour l'accompagnement à la parentalité en plus d'une sage-femme dans 6% des cas (Dekker, 2019). Le soutien par une doula a été étudié à de nombreuses reprises par la communauté scientifique d'outre-mer. Ces articles expliquent que le soutien qu'elles proposent est efficace, de part par leur disponibilité en continu durant l'accouchement et par leur formation à l'accompagnement (Dekker, 2019). Malgré ces résultats encourageants, les doulas interviennent encore peu auprès des femmes en Suisse selon les statistiques de DoulasSuisse.org en 2018 (communication personnelle, le 20 juillet 2019). Cette pratique est très peu répandue et mal reconnue dans le milieu médical : dans la partie Romande, seulement 32 accompagnements globaux et 37 accompagnements partiels ont été effectués par une doula en 2018. Ces suivis ont lieu à 80% dans des centres hospitaliers (doulasuisse.org, 2018). Elles collaborent en majorité avec le canton de Zurich (67x), de Vaud (12x) et de Berne (12x) en 2018 et elles sont très peu présentes dans les autres cantons (doulasuisse.org, 2018). Pourtant, Fabienne Kessler, travaillant au Bureau des doulas de Romandie, nous confie que, bien que les sollicitations augmentent d'année en année, les doulas pourraient assurer une charge de travail plus importante. Il y a cependant un frein de la part des hôpitaux suisses pour une collaboration plus régulière (communication personnelle, le 20 juillet 2019). De même, l'accompagnement par une doula n'est pas remboursé par les assurances donc ceci reste une charge financière pour les couples. Un travail pluridisciplinaire pourrait donc être envisagé entre les maternités, les sages-femmes et les doulas, cependant les freins de la part des infrastructures et du personnel hospitalier rendent cette collaboration difficile actuellement. Nous avons contacté la maternité de Zurich afin d'avoir plus d'informations sur le partenariat sages-femmes, doula et parturientes. Madame Gutknecht, sage-femme cheffe du service, nous confie qu'il n'est effectivement pas rare que les femmes arrivent accompagnées d'une doula en salle d'accouchement, en particulier dans la communauté juive. Selon ses observations, les femmes qui font appel à une doula dès le début de travail arrivent plus facilement avec un travail avancé. La collaboration avec l'équipe est plus ou moins efficace en fonction de la doula présente mais cela permet d'assurer un soutien continu pour le couple quel que soit la charge de travail. Malheureusement, elle nous confie qu'il arrive que celles-ci dépassent leur compétences théoriques et interfèrent dans les décisions médicales de la sage-femme ou du médecin (communication personnelle, 07 août 2019).

## Améliorer les consultations téléphoniques

Les données obtenues pendant cette revue de littérature ont mis en avant qu'une communication efficace est limitée lors d'appel téléphonique. Un appel téléphonique ne permet ni l'observation de la clinique obstétricale, ni l'interprétation du non verbal. Pourtant, la consultation téléphonique a de nombreux avantages ce qui conduit les maternités à facilement proposer ce type de tri. Au cours de nos réflexions, nous nous sommes interrogées sur les améliorations possibles concernant ce type de consultation. Par exemple, une formation supplémentaire spécifique pour le soutien et l'accompagnement au téléphone pourrait être une stratégie réalisable. Dans la même idée, une personne interne au service pourrait spécialement être détachée pour traiter les appels, ce qui est déjà le cas dans certaines maternités suisses. Ainsi les parturientes auraient toujours la même personne au téléphone et un suivi et accompagnement pourraient être proposés. Enfin, au cours de notre formation pratique, nous nous sommes rendues compte que les consultations téléphoniques avaient souvent lieu dans le bureau central des sages-femmes. Un lieu plus calme, dédié à ces appels, permettrait de favoriser la confidentialité et la communication avec la parturiente.

## Proposition de recherche scientifique

Au cours de ce travail, nous avons souvent déploré la pauvreté littéraire sur la prise en soin de la phase de latence. Ainsi, il nous a paru intéressant de proposer une étude scientifique sur cette thématique afin d'obtenir un retour pertinent dans la pratique. Pour ce fait, nous nous sommes basées sur un article de Bossali et al. (2015) pour la construction d'un projet de recherche. Ceci pourrait être le fruit d'un travail de master en santé.

**Cadre de recherche** Le but principal de l'étude serait d'étudier le suivi à domicile des femmes lors de la phase de pré-travail par des SFI. Les enjeux et les études qui ont conduit à étudier cette thématique ont été expliqués dans ce travail de bachelor. La gestion du pré-travail par des SFI existe déjà en Suisse, une telle étude permettrait d'améliorer et de renforcer nos connaissances sur l'efficacité d'un tel suivi. La satisfaction des femmes qui en découle pourrait être mise en avant et ainsi compléter les données scientifiques à ce sujet. Cela permettrait également d'instaurer des échanges entre les réseaux intra et extra hospitalier et de valoriser les compétences de la SFI dans la gestion de la phase de latence, s'inscrivant ainsi dans le cadre des recommandations de l'ICM (2017).

**Type d'étude** Il serait intéressant de créer une étude mixte unicentrique. Ainsi, les auteurs pourront évaluer comment un tel suivi influence le moment de venue à la maternité et les issues obstétricales mais également de s'intéresser à la satisfaction des femmes en comparaison d'une PEC classique. Bien qu'une étude multicentrique permettrait un plus

large échantillon de participants, dans des soucis de faisabilité, il nous paraît plus abordable de se concentrer sur un seul terrain. Un partenariat avec une maternité serait essentiel pour la réalisation de l'étude. Un master est une formation sur deux ans, il nous paraît donc raisonnable de construire cette recherche sur cette période.

**Échantillon** Au vu des chiffres exprimés plus haut par la FSSF en 2017, un nombre relativement faible de femmes ont recours à un suivi à domicile durant cette phase. Cette population, plutôt restreinte, ne nous permet pas d'avoir un large échantillon pour cette étude. Il nous semble raisonnable d'inclure une trentaine de femme dans ce travail, afin d'avoir le temps de réaliser l'étude et que les résultats puissent ainsi être extrapolables. Nous proposerons ce service aux nullipares et aux multipares afin d'atteindre un nombre suffisant de parturientes. Par conséquent, les résultats devront être étudiés en fonction des deux catégories afin d'obtenir des données fiables. A noter qu'une étude comparant deux groupes de femmes ayant les mêmes caractéristiques, avec l'un bénéficiant d'un suivi classique et le second un suivi à domicile permettrait d'obtenir des résultats plus fiables. Cependant, ceci engendre également un plus grand échantillon et une organisation supplémentaire, ce type d'étude pourrait être envisagée dans un second temps si les résultats de la première étude semblent satisfaisants.

**Éthique** Tout au long de l'étude, il nous paraît essentiel de garder en tête les principes éthiques liés à la recherche scientifique. Ainsi, nous souhaiterions, dans un premier temps, que cette étude soit approuvée par un comité d'éthique. Les auteurs devront s'assurer que les parturientes aient reçu toutes les informations essentielles à la compréhension de l'étude donc obtenir le consentement éclairé. Les femmes auront aussi la possibilité de quitter l'étude à tout moment et auront la garantie que leur anonymat soit respecté.

**Population** La population de cette étude concerne des patientes à bas risque obstétrical avec une grossesse physiologique. En effet, c'est uniquement ce type de population qui permet un suivi à domicile par une SFI lors d'une mise en travail pour les raisons exposées dans le cadre théorique.

**Objectif** Limiter le nombre de femmes en phase de latence présentes en salle d'accouchement afin réduire les risques liés à une admission précoce.

Hypothèse 1 Le suivi à domicile de la phase de latence à domicile par une SFI permet aux parturientes d'arriver à la maternité en travail actif.

Hypothèse 2 Le suivi à domicile de la phase de latence à domicile par une SFI permet de réduire le taux de péridurale, réduire la stimulation du travail, l'instrumentalisation et le taux de césarienne.

Hypothèse 3 Le suivi à domicile de la phase de latence à domicile par une SFI permet augmenter la satisfaction des parturientes face à la prise en soin du travail obstétrical.

**Méthode** Concernant la partie quantitative de cette recherche, il est important de mettre en place un questionnaire comportant des questions semi-ouvertes et fermées pour caractériser le suivi que les SFI ont exercé à domicile. Ainsi, nous pourrions obtenir des résultats facilement analysables tout en laissant la possibilité aux répondants de décrire leurs actions (Hyrkas, Paunonen & Laippala, 2001). Il nous paraît aussi essentiel qu'une partie du questionnaire soit dédiée aux caractéristiques sociodémographiques des patientes afin d'identifier les caractéristiques de la population étudiée, de plus les résultats peuvent varier en fonction de ces variables (Hyrkas, Paunonen & Laippala, 2001).

Pour le suivi à domicile, ce questionnaire devra comporter de nombreux items sur la prise en soin tels que le moment d'appels de la SFI, le moment d'arrivée à domicile et le temps passé auprès de la femme. Il devra également comprendre des rubriques expliquant les actions mises en place pour aider la patiente ainsi que les éléments ayant menés à se diriger vers l'hôpital. La dilatation au moment de l'arrivée à l'hôpital devra être précisément décrite dans le dossier de la patiente tout comme l'utilisation d'ocytocine, le recours à la péridurale et le mode d'accouchement. Si la femme accouche par césarienne, il est intéressant de noter l'étiologie afin de permettre une récolte de données fiable. Un questionnaire de satisfaction du suivi peut être utilisé dans un premier temps. La forme et le fond du questionnaire devront être le fruit d'un travail approfondi afin d'éviter les nombreux biais liés aux questionnaires de satisfaction. En effet, ces questionnaires sont remis en question face aux résultats trop positifs obtenus (Hyrkas & al., 2001). Ce questionnaire pourrait être rempli durant les premiers jours de post-partum afin que les femmes puissent avoir un peu de recul sur la situation, car le contexte de réponse influence sur les résultats obtenus (Hyrkas & al., 2001). Malheureusement, durant les premiers jours post-partum le temps libre à disposition par les femmes est relativement restreint, c'est pourquoi le questionnaire devrait être relativement rapide à remplir. Nous pourrions envisager de faire également passer un entretien semi-structuré afin de récolter un éventail de réponse plus large et plus précis sur la satisfaction de la prise en soin. Cette méthode nécessite aussi une certaine disponibilité des femmes et pourrait être réalisé après le retour à domicile des femmes. Cependant, dans le cadre d'un travail de master, nous avons pensé que cet interview est difficilement réalisable et donc nous avons choisi de ne pas proposer cette possibilité.

Ces questionnaires devront être complétés et retournés afin d'être étudiés par les auteurs de la recherche. Le système de question fermée permet une analyse par outils informatiques statistiques tel un test de Khi2. La partie ouverte du questionnaire nécessite la lecture et l'interprétation par plusieurs professionnels afin de limiter les biais d'interprétation. La

réalisation de l'étude par un seul auteur nous paraît donc difficilement réalisable. Un double contrôle permettrait d'éviter des biais d'interprétation et d'assurer la qualité de l'étude.

**Financement** Nous souhaiterions proposer une étude dans le cadre d'un travail de master. Par conséquent, le travail des auteurs ne sera pas rémunéré. De potentiels coût de réalisation seront à prendre en compte pour la rémunération des SFI.

**Difficulté possible** L'organisation d'une telle étude comporte certaines difficultés. D'une part, la réalisation de la recherche devra être le fruit d'un travail de collaboration entre les les SFI et les maternités. La sélection, l'identification et le suivi des femmes participantes à l'étude devront être effectués avec minutie et les données seront complétées à la fois par des SFI, par les patientes et par les auteurs de la recherche avec la participation de la maternité. Cette multitude d'acteurs augmente les risques de perte de données au cours du suivi. Des consignes claires et des questionnaires précis pourront réduire la perte d'informations.

La seconde difficulté présente concerne l'échantillon de population. En excluant les femmes ne souhaitant pas participer à l'étude ainsi que les parturientes présentant des indications obligeant leur venue à la maternité plus rapidement, il est possible que le nombre de participants soit relativement réduit. Ce nombre restreint de femmes pouvant choisir un suivi en dehors de la maternité peut conduire à un échantillon d'étude de taille restreint. L'étude devras alors s'étendre sur une durée appropriée pour permettre une récolte de données fiable.

Une troisième difficulté sera de recruter des SFI intéressées par le suivi du début de travail à domicile car les inconvénients liés à cette pratique sont nombreux. Cependant ce n'est qu'en étudiant cette pratique qu'il sera possible d'en connaître les bénéfices et, si les résultats sont probants, augmenter le nombre de SFI intéressées et réduire ainsi la contrainte de l'engagement de temps personnel par des tournus.

Enfin, la dilatation du col reste une analyse subjective et selon la sage-femme présente à l'admission et cela peut être un biais pour la sélection des données. Malheureusement, ce biais ne peut être réduit que par un grand échantillonnage.

## CONCLUSION

Une admission en salle d'accouchement avant la phase active du travail peut conduire à des interventions médicales supplémentaires ayant des répercussions sur la santé materno-fœtale. A travers ce bachelorthésis, nous avons cherché à optimiser le management de la phase de latence afin de retarder la venue à la maternité. Ainsi, nous pourrions concorder nos pratiques aux politiques de santé mondiale. Malgré cet enjeu, il existe peu de recherches scientifiques traitant de ce sujet. Nous nous sommes concentrées sur plusieurs aspects de cette problématique : la gestion de cette phase par les parturientes mais également par les institutions. Les cinq articles et revues de littératures retenus ont pour but de comprendre comme améliorer notre prise en soin actuelle en englobant chacun un axe de la problématique.

Cela nous a permis de faire émerger certains éléments de réponse. Le besoin de soutien, une difficulté à gérer la douleur ainsi que le besoin de se rassurer sur l'avancée du travail et la santé du bébé sont les éléments principaux qui poussent ces femmes à se présenter en amont à la maternité. En effet, les femmes sont à la recherche d'un accompagnement par un professionnel pendant cette période pour les aider à gérer leur anxiété et les aider à supporter la douleur. Les parturientes souhaitent plus d'accompagnement, d'informations et de soutien et sont plus satisfaites lors de suivi à domicile personnalisé.

Nous avons également pu observer la nécessité d'adapter nos cours de PNP pour que ceux-ci permettent aux femmes de mieux gérer la douleur mais également pour qu'ils soient source d'informations parlantes. En effet, les cours de PNP agissent sur l'anxiété mais ne sont pas efficaces pour retarder les admissions en salle d'accouchement.

Nous avons aussi pu mettre en avant que cette problématique interpelle les milieux de santé qui cherchent à modifier leur approche du pré-travail. Cependant peu évaluent les bénéfices de leur changement de management. La phase de latence est un sujet demandant plus de recherches scientifiques afin de nous améliorer et limiter les répercussions auprès des femmes et des nouveau-nés. Ainsi, nous avons souhaité présenter une proposition d'étude afin d'augmenter la littérature scientifique sur le sujet. De plus, nous espérons, à travers ce travail, avoir suscité l'intérêt pour cette problématique et éveillé des pistes de réflexion pour un potentiel travail de master.

# LISTE DE RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Affolter, A & Joliat, C. (S. d.) *Les sages-femmes agréées à la maternité de Delémont*.  
Accès : [www.h-ju.ch/Htdocs/Files/v/10196.pdf/Actualite/Obstetrica\\_10\\_2018\\_H-JU-sages-femmes...](http://www.h-ju.ch/Htdocs/Files/v/10196.pdf/Actualite/Obstetrica_10_2018_H-JU-sages-femmes...)
- Alfirevic, Z., Kelly, A. & Dowswell T. (2009), L'ocytocine pour le déclenchement du travail. Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003246.pub2>
- American College of Obstetricians and Gynecologists & Society for Maternal Foetal Medicine (2014), Safe prevention of primary cesarean delivery. *Obstetric Care Consensus*, 1, 1-19. Accès : <https://www.acog.org/-/media/Obstetric-Care-Consensus-Series/oc001.pdf?dmc=1&ts=20190804T2138197727>
- American Journal of Obstetrics and Gynecology (S. d.), *Aims and Scope*. Accès : <https://www.ajog.org/content/aims>
- American Pregnancy Association (2019), *Braxton Hicks Contractions : Causes and Treatment*. Accès : <https://americanpregnancy.org/labor-and-birth/braxton-hicks/>
- Artal-Mittelmark, R. (2017), *Revue générale des grossesses à haut risque*. Accès : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/grossesse-%C3%A0-haut-risque/revue-g%C3%A9n%C3%A9rale-des-grossesses-%C3%A0-haut-risque>
- Association des Doulas de France (2018), *Questions fréquentes : questions et réponses à propos des doulas*. Accès : <https://doulas.info/une-doula-cest-quoi/questions-frequentes/>
- Artieta-Pinedo, I., Paz-Pascual, C., Grandes, G., Remiro-Fernandezdegamboa, G., Odriozola-Hermosilla, I., Bacigalupe, A. & Janire Payo, J. (2010) The Benefits of Antenatal Education for the Childbirth Process in Spain, *Nursing research* 59(3), 194-202. Accès : [https://www.researchgate.net/publication/43346040\\_The\\_Benefits\\_of\\_Antenatal\\_Education\\_for\\_the\\_Childbirth\\_Process\\_in\\_Spain](https://www.researchgate.net/publication/43346040_The_Benefits_of_Antenatal_Education_for_the_Childbirth_Process_in_Spain)
- Atallah, A. & Guillerrou, Y. (2004), L'homme et sa douleur : dimension anthropologique et sociale, *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 23(7), 722-729. Doi : <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2004.06.004>



- Bailit, J. L. & Blanchard, M., H. (2004), The Effect of House Staff Working Hours on the Quality of Obstetric and Gynecologic Care, *Obstetrics & Gynecology*, 103(4), 613-616. Doi: 10.1097/01.AOG.0000119225.57285.c1
- Barazzoni, S. J. & Roth-Kleiner, M. (2008), Le taux de détresse respiratoire du nouveau-né augmente, celui des césariennes aussi : Et si ce n'était pas un hasard ? *Revue Médicale Suisse*, 4, 504-508. Accès : <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-146/Le-taux-de-detresse-respiratoire-du-nouveau-ne-augmente-celui-des-cesariennes-aussi-et-si-ce-n-etait-pas-un-hasard>
- Beake, S., Chang, Y.-S., Cheyne, H., Spiby, H., Sandall, J., & Bick, D. (2018), Experiences of early labour management from perspectives of women, labour companions and health professionals : A systematic review of qualitative evidence. *Midwifery*, 57, 69-84. Doi : <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.11.002>
- Bedon, P. M. (2016) *Sage-femme: suivi de grossesse et accouchement*. Accès : [https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/trimestre1/fiche.aspx?doc=sage-femme-maison-naissance-domicile#\\_Toc456618166](https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/trimestre1/fiche.aspx?doc=sage-femme-maison-naissance-domicile#_Toc456618166)
- Benchimol (2015), *Déclenchement du travail après 37 semaines d'aménorrhée*. Accès: <https://www.docteur-benchimol.com/obstetrique/78-declenchement-artificiel-du-travail-apres-37-semaines-d-amenorrhée.html>
- Bergström, M., Kieler, H., & Waldenström, U. (2009), Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers : A randomised controlled multicentre trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(9), 1167-1176. Doi: 10.1186/s12884-017-1553-8
- Billon, M., Bagou, G., Gaucher, L., Comte, G., Balsan, M., Rudigoz, R.-C. & Dupont, C. (2016) Accouchement inopiné extrahospitalier : prise en charge et facteur de risque, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 45(3), 285-290. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.04.001>
- Blondel, B., Supernant, K., Mazaubrun, C. & Breart, G. (2005), *Enquête nationale périnatale 2003*. 51. Accès : [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/enp\\_2003\\_rapport\\_inserm.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/enp_2003_rapport_inserm.pdf)

Borton, C. (2009), *Consultations téléphoniques*. Accès : <https://www.prevention-medicale.org/Revues-de-question-thematique/Toutes-les-revues-de-questions/Consultations-par-telephone-distractions-interruptions-mail-et-nouveaux-medias/Consultations-telephoniques>

Bossali, F., Ndziessi, G., Paraiso Moussilao, N., Ouendo, E., M., Napo Koura, F., Houinato, D., ... Assori-Itoua-Ngaporo (2015), Le protocole de recherche : étape indispensable du processus de recherche garantissant la validité des résultats, *Hegel*, 5(1), 23-28. Doi: 10.4267/2042/56336

Boulvain, M. & Jastrow Meyer, N. (2015), *Déclenchement de l'accouchement le pour et le contre*. Revue médicale Suisse Accès : <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-492/Declenchement-de-l-accouchement-le-pour-et-le-contre>

Breman, R. (2018), *Promoting admission in active labor for childbirth: Triage dynamics and early labor lounge use* [Dissertation, University of Maryland, Baltimore]. Accès: [https://archive.hshsl.umaryland.edu/bitstream/handle/10713/8030/Breman\\_umaryl\\_and\\_0373D\\_10966.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://archive.hshsl.umaryland.edu/bitstream/handle/10713/8030/Breman_umaryl_and_0373D_10966.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Brixval, C. S., Axelsen, S. F., Lauemøller, S. G., Andersen, S. K., Due, P., & Koushede, V. (2015), The effect of antenatal education in small classes on obstetric and psycho-social outcomes: A systematic review. *Systematic Reviews*, 4. Doi: 10.1186/s13643-015-0010-x

Brown, L. H. (2017), Prise en charge du travail normal. *Le manuel MSD*. Accès : <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/travail-et-accouchement-normaux/prise-en-charge-du-travail-normal>

Carbonne, B. (2010), Indications de césarienne en cas de dystocie, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 29(2), 68-73. Doi: JGYN-11-2000-29-S2-0368-2315-101019-ART7

Carquillat, P., Boulvain, M., & Guittier, M.-J. (2016), How does delivery method influence factors that contribute to women's childbirth experiences? *Midwifery*, 43, 21-28. Doi: 10.1016/j.midw.2016.10.002

- Carlsson, I.-M., Hallberg, L. R.-M., & Pettersson, K. O. (2009), Swedish women's experiences of seeking care and being admitted during the latent phase of labour : A grounded theory study. *Midwifery*, 25(2), 172-180. Doi: 10.1016/j.midw.2007.02.003
- Carricaburu, D. (2007), De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition. *Sociologie et sociétés*, 39(1), 123–144. doi : 10.7202/016935ar
- Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine (2019), *Définition de l'éthique clinique*. Accès : <https://www.chusj.org/fr/Professionnels-de-la-sante/Unite-d-ethique-clinique/Definition-de-l-ethique-clinique>
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois [CHUV] (2019), *Gestion de la douleur et péridurale*. Accès : <https://www.chuv.ch/fr/dfme/dfme-home/femme-mere/grossesse-accouchement/accoucher-a-la-maternite/gestion-de-la-douleur-et-peridurale/>
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois [CHUV] (2019), *La phase de latence*. Accès : <https://www.chuv.ch/fr/dfme/dfme-home/femme-mere/grossesse-accouchement/accoucher-a-la-maternite/la-phase-de-latence/>
- Centre pour la santé mentale en milieu de travail (S. d.), *La communication verbale et non verbale*. Accès : [https://www.strategiesdesantementale.com/mmhm/pdf/Articles/La\\_communication\\_verbale\\_et\\_non\\_verbale.pdf](https://www.strategiesdesantementale.com/mmhm/pdf/Articles/La_communication_verbale_et_non_verbale.pdf)
- Césarine (2015), *Évolution des taux de césarienne*. Accès : [https://www.cesarine.org/avant/etat\\_des\\_lieux.php](https://www.cesarine.org/avant/etat_des_lieux.php)
- Chabbert, M. & Wendland, J. (2016), Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : un impact sur les relations précoces mère bébé ? *Revue de Médecine Périnatale*, 8(4), 199-206.
- Chillot, R (2013), *The Power of Touch*. Accès : <http://www.psychologytoday.com/articles/201303/the-power-touch>
- Collectif interassociatif autour de la naissance [CIANE] (2012), Respect des souhaits et vécu de l'accouchement. *enquête sur les accouchements*, 3. Accès : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>

- CINAHL nursing journal databases (s.d), *CiNHAL complete*. Accès : <https://www.ebscohost.com/nursing/products/cinahl-databases>
- Cloarec, P (2008), Protocoles, référentiels de soins, démarche qualité : autonomie collective et dépendance personnelle, *Recherche en soins infirmiers*, 93, 28-31.  
Doi : <https://doi.org/10.3917/rsi.093.0028>
- Compendium Suisse des médicaments (2018), *SYNTOCINON prép inj perf 5 UI* .  
Accès : <https://compendium.ch/prod/syntocinon-prep-inj-perf-5-ui/fr>
- Confédération internationale des sages-femmes (2017), *Stratégies 2017-2020* [brochure]. Accès : <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/01/icm-strategy-2017-20-french---online-1.pdf>
- Courbier, D. (2017), *Comment rédiger un projet de recherche (thèse de doctorat, mémoire de master...)* ? Institut de Recherche en Sciences de l'Information et de la Communication IRSIC/IMSIC, Aix-Marseille Université, version 3. Accès : [https://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic\\_01560460/document](https://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic_01560460/document)
- Da Silva, F. M. B., de Oliveira, S. M. J. V., & Nobre, M. R. C. (2007), A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery*, 25(3), 286-294. DOI: 10.1016/j.midw.2007.04.006
- Dekker, R. (2019), *Evidence on: Doulas*. Accès : <https://evidencebasedbirth.com/the-evidence-for-doulas/>
- Deklava, L., Lubina, K., Circenis, K., Sudraba, V., & Millere, I. (2015), Causes of Anxiety during Pregnancy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 205, 623-626. Doi: 10.1016/j.sbspro.2015.09.097
- Derry, S., Moore, R., A., & Rabbie, R. (2012), Topical NSAIDs for chronic musculoskeletal pain in adults, *Cochrane Database Syst Rev*, 12(9). Doi : 10.1002/14651858.CD007400.pub2.
- Dictionnaire médical (2019), *Définition de « Physiologie »*. Accès : <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/577-physiologie/>
- DocSanté (2019), *Chorioamniotite : Causes, symptômes, diagnostic et traitement*. Accès: <http://santedoc.com/maladies/maladies-sexuelles-et/chorioamniotite.html>
- Doridot, J.-F. (Dir.), IPSOS (2010), *Les conséquences des usages d'internet sur les relations médecin patients*. Accès : <https://www.ipsos.com/fr-fr/internet-ne-remplace-pas-encore-le-medecin>

Doulasuisse.org (2019), *Doula : accompagnement à la naissance*.

Accès: <https://doulasuisse.org/>

Erdin, R., Grylka-Bäschlin, S., Schmid, M. & Pehlke-Milde, J. (2016), Recensement des activités des sages-femmes indépendantes de Suisse. Fédération Suisse des Sages-Femmes. Accès : [https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2018/08/02a\\_Statistikbericht\\_2016\\_f.pdf](https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2018/08/02a_Statistikbericht_2016_f.pdf)

Fédération Suisse des Sage-Femme [FSSF] (2006), *Fédération Suisses des Sages-Femmes : Charte*. Accès: [https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2018/08/06\\_Leitbild\\_f.pdf](https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2018/08/06_Leitbild_f.pdf)

Fédération Suisse des Sages-Femmes [FSSF] (2006), *La gestion de la qualité de la Fédération suisse des sages-femmes*. Accès : [https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2018/08/01\\_Konzept-Qualita%CC%88tsmanagement\\_f.pdf](https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2018/08/01_Konzept-Qualita%CC%88tsmanagement_f.pdf)

Fédération Suisse des Sages-Femmes [FSSF] (2017) *Recensement des activités des sages-femmes indépendantes de Suisse*. Accès: [https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2018/08/02a\\_Statistikbericht\\_2016\\_f.pdf](https://www.hebamme.ch/wp-content/uploads/2018/08/02a_Statistikbericht_2016_f.pdf)

Fédération Suisse des Sage-Femme [FSSF] (2019), *Ce qui est essentiel pour nous*. Accès: <https://www.hebamme.ch/qualite/quest-ce-qui-est-essentiel-pour-nous/?lang=fr>

Fédération Suisse des Sage-Femme [FSSF] (2019), *Devenir sage-femme*. Accès: <https://www.hebamme.ch/devenir-sage-femme/?lang=fr>

Fédération Suisse des Sage-Femme [FSSF] (2019), *Le profil de la profession de sage-femme*. Accès: <https://www.hebamme.ch/federation/le-profil-de-la-profession-de-sage-femme/?lang=fr>

Fenwick, J., Hauck, Y., Downie, J. & Butt, J. (2005), The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women, *Midwifery*, 21(1), 23-35. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2004.07.001>

Fereday, J. & Oster, C. (2007). Managing a work-life balance : the experiences of midwives working in a group practice setting. *Midwifery*, 26, 311–318. doi: 10.1016/j.midw.2008.06.004

Formarier, M. (2007), La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, (89), 33-42. Doi: 10.3917/rsi.089.0033

- Formation Santé Droit (2013), *Les protocoles de soin*. Accès :  
<http://www.formationsantedroit.org/article-les-protocoles-de-soins-118379497.html>
- Friedman E. A. (1978), *Labor: Clinical evaluation and management*. 2nd. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Gagnon, R. (2017), *La grossesse et l'accouchement à l'ère de la biotechnologie: l'expérience de femmes au Québec* (thèse de Doctorat, Université de Montréal). Accès :  
[https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/19996/Gagnon\\_Raymonde\\_2017\\_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/19996/Gagnon_Raymonde_2017_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Gazzah, M. (2012), *Le triage: pourquoi et comment ? efurgences*. Accès :  
<http://www.efurgences.net/seformer/cours/63-triage.html>
- Geissbuehler, V., & Eberhard, J. (2002), Fear of childbirth during pregnancy : A study of more than 8000 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23(4), 229-235. <https://doi.org/10.3109/01674820209074677>
- Gharoro, E. P. & Enabudoso, E. J. (2006), Labour management: An appraisal of the role of false labour and latent phase on the delivery mode, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 26(6), 534-537. Accès :  
<https://doi.org/10.1080/01443610600811094>
- Gilbert-Kawano, C. (2016), *Les secrets d'une communication efficace !* Accès :  
<https://management.efe.fr/2016/12/19/secrets-dune-communication-efficace/>
- Gondry, J., Lanta, S. & Lo Presti, J-P. (2010), *Surveillance des grossesses multiples*. Dans L. Marpeau (dir.), *Traité d'obstétrique* : Elsevier Masson
- Gonzales C. (2012), *Les protocoles: avantages et inconvénients*. Accès :  
<https://amdadworld.wordpress.com/2012/04/01/les-protocoles-avantages-et-inconvenients/>
- Google Scholar (S. d.), *About*. Accès :  
<https://scholar.google.com/intl/en/scholar/about.html>
- Goullhers-Hertig, S. (2012), Vers une culture du risque personnalisée : choisir d'accoucher à domicile ou en maison de naissance, *Socio-Anthropologie*, 29, 101-119. Accès : <https://journals.openedition.org/socio-anthropologie/1696>
- Gynécologie Suisse (2014), *Gynécologie Suisse*. Accès : <https://www.sgqg.ch/fr/>

- Haute Autorité de Santé [HAS] (2005), *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)*. Accès : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation\\_naissance\\_rap.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_rap.pdf)
- Haute Autorité de Santé [HAS] (2008), *Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée*. Accès : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/declenchement\\_artificiel\\_du\\_travail\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/declenchement_artificiel_du_travail_-_recommandations.pdf)
- Haute Autorité de Santé [HAS] (2011), *Indication à la césarienne programmée à terme*. Accès : [https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/reco2clics\\_indications-cesarienne.pdf](https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/reco2clics_indications-cesarienne.pdf)
- Haute Autorité de Santé [HAS] (2011), *Principes d'élaboration d'un protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours*. Accès : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/ppsrp\\_2clics\\_principes\\_elaboration\\_4pages.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/ppsrp_2clics_principes_elaboration_4pages.pdf)
- Haute Autorité de Santé [HAS] (2013), *Etat des lieux niveau preuve gradation*. Accès : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat\\_des\\_lieux\\_niveau\\_preuve\\_gradation.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf)
- Haute Autorité de Santé [HAS] (2017), *Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales*. Accès : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement\\_normal\\_-\\_argumentaire.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_argumentaire.pdf)
- Haute Ecole de Santé [HES], Centre de documentation (2018), *Guide de présentation des citations et références bibliographiques (style APA)* [Brochure]. Accès : [https://www.hesge.ch/heds/sites/default/files/documents/CentreDoc/citation-ref-biblio/guidecitationsreferences\\_2015\\_siteweb.pdf](https://www.hesge.ch/heds/sites/default/files/documents/CentreDoc/citation-ref-biblio/guidecitationsreferences_2015_siteweb.pdf)
- Haute Ecole de Travail Social de Genève [HETS] (2013), *Code d'éthique de la recherche (support de cours)*. Accès : [https://www.hesge.ch/hets/sites/default/files/contribution/formation\\_de\\_base/Documents/travail\\_social/codeethiquets-tb-etat\\_avril2013.pdf](https://www.hesge.ch/hets/sites/default/files/contribution/formation_de_base/Documents/travail_social/codeethiquets-tb-etat_avril2013.pdf)
- Hemminki, E. & Simukka, R. (1986), The timing of hospital admission and progress of labour, *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 22(1-2), 85-94. Doi: 10.1016/0028-2243(86)90093-6



- Hentz, F., Mulliez, A., Belgacem, B., Noirfalise, C., Barrier, H., Gorrand, J., ...  
Gerbaud, L. (2009), Évaluation de l'impact du toucher dans les soins infirmiers – résultats statistiques d'une étude multicentrique, prospective et randomisée. *Recherche en soins infirmiers*, N° 97(2), 92-97. Doi : <https://doi.org/10.3917/rsi.097.0092>
- Holmes, P., Oppenheimer, L., W. & Wu Wen, S. (2001), The relationship between cervical dilatation at initial presentation in labour, *BJOG An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 108(11), 1120-1124. Doi : 10.1016/S0306-5456(01)00265-0
- Hôpital Universitaire Genevois [HUG] (2017), *Chambres prénatales*. Accès : <https://www.hug-ge.ch/obstetrique/chambres-prenatales>
- Hôpital Universitaire Genevois [HUG] (2019), *Votre accouchement*. Accès : <https://www.hug-ge.ch/obstetrique/votre-accouchement>
- Hosek, C., Faucher, M. A., Lankford, J. & Alexander, J. (2014), Perceptions of care in women sent home in latent labor, *MCN American Journal Maternal Child Nursing*, 39(2), 115-121. Doi : 10.1097/NMC.0000000000000015.
- Hosseininasab, S. D., Taghavi Simin, Ahmadian, S. (2010), The effectiveness of prenatal education in decreasing the childbirth pain and anxiety 31(4), 24-30. Accès : <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=174660>
- Hyrkas, K., Paunonen, M. & Laippala, P. (2001), Patient satisfaction and research-related problems (part 1). Problems while using a questionnaire and the possibility to solve them by using different methods of analysis, *Journal of Nursing Management*, 8(4). Doi : <https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.2000.00177.x>
- International Confederation of Midwifery [ICM] (2005), Philosophie et modèle de soins de pratique de sage-femme. Accès : [https://sage-femme.be/wp-content/uploads/2015/07/CD2005\\_001-V2014-FRE-Philosophie-et-mod--le-de-soins-de-pratique-de-sage-femme.pdf](https://sage-femme.be/wp-content/uploads/2015/07/CD2005_001-V2014-FRE-Philosophie-et-mod--le-de-soins-de-pratique-de-sage-femme.pdf)
- International Confederation of Midwifery [ICM] (2009), *Code de déontologie internationale pour les sages-femmes*. Accès: <https://sage-femme.be/wp-content/uploads/2015/07/Code-de-d--ontologie-international-pour-les-sages-femmes.pdf>



- Ip, W.-Y., Tang, C., Goggins, W. (2009), An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal of Clinical Nursing*, 18(15), 2125-2135. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02720.x
- Irion, O. (2009), Risques à long termes de l'accouchement par césarienne. *Revue médicale Suisse*, 5, 2097-2101. Accès : <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-222/Risques-a-long-terme-de-l'accouchement-par-cesarienne>
- Janssen, P., Iker, C. & Carty, E. (2003), Early labor assessment and support at home:a randomized controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 25, 734–741. Accès: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12970808>
- Janssen, P. A., & Desmarais, S. L. (2013), Women's experience with early labour management at home vs. in hospital : A randomised controlled trial. *Midwifery*, 29(3), 190-194. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.05.011>
- Kandola, A. & Riggins Nwadike, V. (2019), *Braxton-Hicks vs. Real contractions : Differences and signs*. Accès : <https://www.medicalnewstoday.com/articles/324326.php>
- Kieft, R., de Brouwer, B., Francke, A. & delnoij, D. (2014), How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study, *BMC Health Services Research*, 14. Doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-249>
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (2008), The doula : An essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Paediatrica*, 86(10), 1034-1036. Doi : 10.1111/j.1651-2227.1997.tb14800.x
- Klein, M., C., Kelly, A., Kaczorowski, J. & Grzybowski, S. (2004), The Effect of Family Physician Timing of Maternal Admission on Procedures in Labour and Maternal and Infant Morbidity, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 26(7), 641-645. Doi: [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)30611-9](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)30611-9)
- Larousse (S. d.), *Déontologie*. Accès : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9ontologie/23671?q=d%C3%A9ontologie#23552>
- Lauzon, L. & Hodnett, E. D. (2001), Programmes d'évaluation du travail visant à retarder l'admission en salle d'accouchement, *Cochrane Systematic Review*. Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000936>

- Leune, A.-S. & Nizardl, J. (2012), Docteur Google : l'utilisation d'Internet au cours de la grossesse en France en 2009. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 41(3), p 243-254. Doi: 10.1016/j.jgyn.2011.11.007
- Louis, L. (2012), *Prise en charge de la phase de latence par les sages-femmes de Lorraine* (Travail de Master, École de Sages-femmes de Metz). Accès : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02093552/document>
- Lundgren, I. (2010), Swedish women's experiences of doula support during childbirth. *Midwifery*, 26(2), 173-180. Doi: 10.1016/j.midw.2008.05.002
- Maouche, S. & Mehdi, A. (2016), *L'impact de la charge de travail sur la qualité des soins* (Travail de Master. Université de Béjaia). Accès : <http://www.univ-bejaia.dz/dspace/bitstream/handle/123456789/4038/L%27impact%20de%20la%20charge%20de%20travail%20sur%20la%20qualit%C3%A9%20des%20soins.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Manning, N. A., Magann, E. F., Rhoads, S. J., Ivey, T. L., & Williams, D. J. (2012), Role of Telephone Triage in Obstetrics. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 67(12), 810-816. Doi: <https://doi.org/10.1097/OGX.0b013e318277dd9c>
- Martillotti, G. (S. d.), *Surveillance du travail normal. Fiche d'attitude*. Hôpital universitaire de Genève. Accès : [https://www.hug.services/system/files/gyneco/prive/o56\\_surveillance\\_travail\\_normal.pdf](https://www.hug.services/system/files/gyneco/prive/o56_surveillance_travail_normal.pdf)
- Martory, J. (2016), *Passeport santé: Reconnaître les signes du début du travail*. Accès : <https://www.passeportsante.net/fr/grossesse/Fiche.aspx?doc=travail-accouchement>
- Martin, S. (2010), Surveillance clinique et paraclinique du travail normal, S. Martin (dir.) Traité d'obstétrique. Accès : <https://www.em-consulte.com/article/271515/surveillance-clinique-et-paraclinique-du-travail-n>
- Martinelli & Wolfrath (2013), Implications de la continuité des soins pour les sages-femmes Revue de littérature [travail de Bachelor, Haute Ecole de Santé Vaud]. Accès: [https://doc.rero.ch/record/209189/files/HESAV\\_TB\\_Martinelli\\_2013.pdf](https://doc.rero.ch/record/209189/files/HESAV_TB_Martinelli_2013.pdf)
- Mehrabian, A. (2007), Nonverbal Communication, New Brunswick, NJ, Aldine Transaction.

Menard, E. (2016), *Impact de la préparation à la naissance et à la parentalité sur le vécu de la douleur*. (Travail de mémoire, Université de Clermont-Ferrand). accès :  
<https://pdfs.semanticscholar.org/1721/447d7fa9e60e51e6ed2165c22e8c452ede93.pdf>

Midwife Information and Ressources Service [MIDIRS] (S. d.), *About us*. Accès :  
<https://www.midirs.org/about-midirs/about-midirs-information-resource/>

Mindomo (S. d.), Logiciel de cartes mentales, cartes conceptuelles, listes. Accès :  
<https://www.mindomo.com/fr/dashboard>

Mortazavi, S. H., Khaki, S., Moradi, R. & Heidari, K. (2012), Effects of massage therapy and presence of attendant on pain, anxiety and satisfaction during labor, *Archives of Gynecology*, 286(1), 19-23. Doi: 10.1007/s00404-012-2227-4

National Library Of Medicine (2018), *PubMed*. Accès :  
<https://www.nlm.nih.gov/bsd/pubmed.html>

Neal, J. L., Lamp, J. M., Buck, J. S., Lowe, N. K., Gillespie, S. L. & Ryan, S. L. (2014), Outcomes of Nulliparous Women With Spontaneous Labor Onset Admitted to Hospitals in Preactive Versus Active Labor, *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(1). Doi: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12160>

National institute for Health and Care Excellence [Nice] (2014) *Intrapartum care for healthy women and babies*. Accès :  
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#care-throughout-labour>

Nursing research (2019), *About the journal*. Accès :  
<https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Pages/aboutthejournal.aspx>

Office Fédérale de la Santé Publique [OFSP] (2013), *Accouchements par césarienne en Suisse* [brochure]. Berne : Office fédérale de la santé publique.

Office Fédérale de la Santé Publique [OFSP] (2013), *Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral* [brochure]. Accès :  
[https://www.grea.ch/sites/default/files/sante\\_2020\\_medienbericht\\_fr.pdf](https://www.grea.ch/sites/default/files/sante_2020_medienbericht_fr.pdf)

Office Fédérale de Santé Publique [OFSP] (S. d.), *Prestation en cas de maternité*.

Accès:

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Leistungen-bei-Mutterschaft.html>

Ondeck, M. (2014). Healthy Birth Practice #2 : Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor. *The Journal of Perinatal Education*, 23(4), 188-193.  
Doi : 10.1891/1058-1243.23.4.188

Ordre des Sages-Femmes, Conseil National (2010), *Référentiels métier et compétences des sages-femmes* [Brochure]. Accès : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>

Ordre Des Sages-femmes, Conseil National (S. d.), *Les compétences des sages-femmes*. Accès : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>

Ordre Des Sages-femmes, Conseil National (S. d.), *L'histoire de la profession*. Accès : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/histoire-de-la-profession-3/>

Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (1996), *Care in normal birth*. Accès : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf)

Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2014), *Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne*. Accès : [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO\\_RHR\\_15.02\\_fre.pdf;jsessionid=362285B8EE9BBF159DBB048932083000?sequence=](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15.02_fre.pdf;jsessionid=362285B8EE9BBF159DBB048932083000?sequence=)

Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2014), *WHO recommendation on the use of active phase partograph with a four-hour action line for monitoring the progress of labour RHL*. Accès : <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/care-during-labour-1st-stage/who-recommendation-use-active-phase-partograph-four-hour-action-line-monitoring-progress-labour>

Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2015), *induction du travail chez les femmes à terme ou au-delà du terme*. Accès : <https://extranet.who.int/rhl/fr/topics/pregnancy-and-childbirth/induction-labour-5>

Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2016), *La stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)* [brochure]. Accès : [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/strategie-mondiale-femme-enfant-ado-2016-2030.pdf?ua=1](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strategie-mondiale-femme-enfant-ado-2016-2030.pdf?ua=1)

Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2017), *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*. Accès : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250801/WHO-RHR-16.12-fre.pdf?sequence=1>

Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2018), *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement*. Accès : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>

Organisation Mondiale de la Santé [OMS], (S. d.), *Les politiques sanitaires nationales*. Accès : <https://www.who.int/nationalpolicies/fr/>

Orientation.ch (2019), *Sage-Femme HES*. Accès : <https://www.orientation.ch/dyn/show/1900?id=243>

Paul, J. A., Yount, S. M., Breman, R. B., LeClair, M., Keiran, D. M., Landry, N., & Dever, K. (2017), Use of an Early Labor Lounge to Promote Admission in Active Labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 62(2), 204-209. Doi: 10.1111/jmwh.12591

Peretti-Watel, P. (2004), « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », *Revue française de sociologie*, vol. 45, n°1, p. 103-132. [Google Scholar 10.2307/3323183](https://scholar.google.com/citations?user=10.2307/3323183)

Pierrot, M. (2000) Définition de la douleur, *L'aide-soignante*, 21-22, 13-16. Accès : [http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/soins\\_paliatifs/MODULE\\_II/B02-%20Definition%20de%20la%20douleur.pdf](http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/soins_paliatifs/MODULE_II/B02-%20Definition%20de%20la%20douleur.pdf)

Pitte. M. (2016), *principes et dilemme éthiques*. Accès : <https://www.soins-infirmiers.com/etudiants/cours-ifsu-1.3-s4-legislation-ethique-deontologie/principes-et-dilemmes-ethiques>

Psychologie (2019), *Vulnérabilité en psychiatrie*. Accès : <https://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Vulnerabilite-en-psychiatrie>

- Rahnama, P., Ziaei, S. & Faghihzadeh, S. (2006), Impact of Early Admission in Labor on Method of Delivery, *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 92(3), 217-220. Doi: 10.1016/j.ijgo.2005.12.016
- Razurel, C., Desmet, H. & Sellent, C. (2011), Stress, soutien social et stratégies de coping : quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares ?, *Recherche en soins infirmiers*, 106, 47-58. Doi: <https://doi.org/10.3917/rsi.106.0047>
- Roberts, J. (2007), *Telephone consultation and risk management*. Accès : <https://www.nursinginpractice.com/article/telephone-consultation-and-risk-management>
- Rouzbeh-Senuma, R. (2002), *Comparaison coût-bénéfice d'une césarienne sur demande maternelle et d'un accouchement par voie basse* (travail de Mémoire. Institut économie et administration de la santé, Faculté de biologie et médecine, HEC, Université de Lausanne). Accès : <https://docplayer.fr/1427112-Comparaison-cout-benefice-d-une-cesarienne-sur-demande-maternelle-et-d-un-accouchement-par-voie-basse.html>
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5
- Scott, K., D., Berkowitz, G. & Klaus, M. (1999), A comparison of intermittent and continuous support during labor: A meta-analysis, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 180(5), 1054-1059. Doi : [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(99\)70594-6](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(99)70594-6)
- Seferdjeli, L. & Terraneo, F. (2015), Comprendre le travail de soins à l'hôpital, *Recherche en soins infirmiers*, 120, 6-22. Doi: <https://doi.org/10.3917/rsi.120.0006>
- Seguin, L., Therrien, R., Champagne, F. & Larouche, D. (1989), The Components of Women's Satisfaction with Maternity Care, *Birth* 16(3), 109-113. Doi : 10.1111/j.1523-536X.1989.tb00878.x
- Simkin, P., & Bolding, A. (2004), Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(6), 489-504. Do i: <https://doi.org/10.1016/j.imwh.2004.07.007>

- Sjogren, B. (1997), Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 18(4) Doi : <https://doi.org/10.3109/01674829709080698>
- Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Dahlen, H. G., Ee, C. C., & Suganuma, M. (2018), Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). Doi : 10.1002/14651858.CD009290.pub3
- Somers-Smith, M. J. (1999), A place for the partner? Expectations and experiences of support during childbirth. *Midwifery*, 15(2), 101-108. Doi : [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(99\)90006-2](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(99)90006-2)
- Spiby, H., Green, J. M., Richardson-Foster, H., & Hucknall, C. (2013), Early labour services : Changes, triggers, monitoring and evaluation. *Midwifery*, 29(4), 277-283. Doi: 10.1016/j.midw.2012.05.007
- Euroguidance (S. d.), *Etude de sage-femme en Suisse*. Accès : <https://www.techno-science.net/glossaire-definition/Sage-femme-page-2.html>
- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A. & Ledoux, A. (2013), *Guide francophone pour une analyse systématique des articles scientifiques* [brochure] Accès : <http://www.ergo-carafe.org/wp-content/uploads/2014/01/GFASAS1.pdf>
- Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., & Ryding, E.-L. (2014), A Randomized Controlled Trial of a Psycho-Education Intervention by Midwives in Reducing Childbirth Fear in Pregnant Women. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 41(4), 384-394. Doi: 10.1111/birt.12136
- UVMaF (2011), *La première partie du travail : étude de la contraction utérine, effacement et dilatation du col* [support de cours]. Accès : [http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/travail\\_debut/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/travail_debut/site/html/cours.pdf)
- Vaillant, S (2018), *L'accouchement et le rôle des hormones*. Accès : <https://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/medecine-accouchement-naissance-bebe-1294/page/9/>
- Vaillant, S. (2018), *L'accouchement par le siège et autres présentations de bébé*. Accès : <https://www.futura-sciences.com/sante/dossiers/medecine-accouchement-naissance-bebe-1294/page/2/>

Van Bekkum, J. E., & Hilton, S. (2013), Primary care nurses' experiences of how the mass media influence frontline healthcare in the UK. *BMC Family Practice*, 14, 178. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-178>

Vérot, C., Harvey, T. (2010), Présentation du siège. L. Marpeau (dir.), *Traité d'obstétrique*. Paris : Elsevier Masson

Vilpert, S. (2013), Consultations dans un service d'urgence en Suisse. *Observatoire Suisse de la santé* (3), 1-8. Accès : <https://studylibfr.com/doc/3215118/consultations-dans-un-service-d-urgence-en-suisse>

Vitrai, E (2018) *Accoucher en plateau technique lors de l'accompagnement global à la naissance: motivations et satisfactions des parturientes* [Travail de mémoire, université de Clermont]. Accès : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01993183/document>

Zhang J & al. (2002), Reassessing the labor curve in nulliparous women, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184(4), 824-828. Doi : [10.1067/mob.2002.127142](https://doi.org/10.1067/mob.2002.127142)

Zotero, (S. d.), *Your personal research assistant*. Accès : <https://www.zotero.org/>

Zwelling, E. (2010), Overcoming the Challenges : Maternal Movement and Positioning to Facilitate Labor Progress. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 35(2), 72-78. Doi : 10.1097/NMC.0b013e3181caeab3