

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur M. Tournaire*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**

—

**Tome XXI
publié le 3.12.1997**



*VINGT ET UNIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 1997*

PRÉPARATION À L'ACCOUCHEMENT EN 1997

F. FRANCILLON*

Poissy

Faire le point sur la psychoprophylaxie obstétricale n'est pas chose si aisée. En effet, il est très difficile d'évaluer, études chiffrées à l'appui, l'apport du soutien psychologique et l'impact d'une prévention efficace.

D'autre part, il existe non pas une, mais diverses méthodes, qui proposent aux patientes des techniques ou des approches différentes en fonction de leurs choix et de leurs propres affinités. Enfin, chaque intervenant peut interférer en fonction de sa personnalité et de sa sensibilité, et finalement, le ressenti des femmes s'en trouvera modifié.

Et pourtant, médecins et sages-femmes, nous savons combien l'écoute attentive et prévenante peut apporter *un soutien capital dans la manière de vivre sa grossesse* et de se préparer à la fonction de mère. Expliquer, prendre le temps, démystifier, et comprendre, à travers leurs paroles, leurs angoisses et leurs craintes sous-jacentes. Il n'est pas toujours facile, en consultation, de gérer aussi cet aspect essentiel de la grossesse et d'apporter aux femmes tout le temps nécessaire afin de les amener à se livrer. Le cours de préparation représente donc un espace privilégié de paroles et d'échanges.

* Sage-femme. Service du Pr Nisand. Centre hospitalier - 78300 Poissy.

Enfin, c'est aussi par leur approche corporelle que les séances peuvent améliorer la perception et le vécu des patientes. Sophrologie, gymnastique, relaxation, préparation aquatique et bien d'autres techniques encore sont autant d'instantanés où l'on apprend à accepter son corps, à le bouger, et à se sentir pleinement en accord avec lui.

1. HISTORIQUE

Pendant des siècles, la morbidité et la mortalité infantile et maternelle étaient telles que l'essentiel fut la sauvegarde de la mère et de l'enfant. L'obstétrique s'est donc bien évidemment axée sur la prévention des complications médicales, et l'aspect psychologique n'était que bien peu pris en compte, en tout cas par les soignants. Cette fonction était parfois assurée par l'entourage familial ou le voisinage, mais aussi par les us et coutumes qui régentaient et structuraient les modalités, droits et interdictions entourant grossesse et accouchement. La place du père, les gestes, offrandes et prières, la nourriture et les relevailles, autant d'exemples s'inscrivant dans des cultures ancestrales, dont le cadre rigide ne permettait pas forcément l'épanouissement personnel, mais avait pour fonction de structurer les rites [2, 5].

D'autre part, il existait face à la souffrance, une forte empreinte biblique liée à la valeur rédemptrice de la douleur de l'enfantement. Il n'était donc même pas question de tenter d'améliorer le vécu maternel de l'accouchement, puisqu'il était de la volonté divine que celui-ci fût empreint de pleurs et de cris.

Il faudra attendre le *xx^e* siècle, et plus exactement après la seconde guerre mondiale, pour voir apparaître simultanément en Angleterre et en URSS des méthodes de préparation à l'accouchement et de soutien psychologique. Il s'agissait alors de trouver des moyens pour lutter contre la perception de la souffrance, et assurer un accouchement prétendu « sans douleur » [8].

Ces méthodes furent reprises et adaptées en France par le Dr Lamaze, de la Clinique des Métallurgistes « les Bleuets », à Paris. Si elles furent d'abord fort contestées, il apparut nécessaire de prendre enfin en compte la souffrance des parturientes, et d'améliorer leur vécu. Les progrès techniques et médicaux et les analgésies per-partum participèrent à cette même dynamique.

Les médecins, mais surtout les sages-femmes, s'intéressèrent progressivement à ces techniques, qui furent bientôt intégrées au programme d'études des écoles de sages-femmes. Le coût de ces séances fut pris en charge par la

Sécurité sociale, car il parut important de mener à bien une prévention efficace et d'améliorer le suivi des patientes [14].

2. LES OBJECTIFS

Pour simplifier, nous pouvons mettre en évidence trois objectifs simultanés :

Un aspect théorique, afin d'informer, d'expliquer les bases de l'anatomie et de la physiologie de la femme enceinte jusqu'à son accouchement, afin de combattre l'ignorance et les préjugés. Néanmoins, au fil des dernières décennies, on peut se rendre compte que la vulgarisation et les livres achetés, souvent même offerts par leurs propres mères, ont largement permis aux femmes d'accéder à une meilleure connaissance de leur corps. Cet objectif reste encore d'actualité lorsqu'il s'agit d'une population défavorisée ou migrante, à cause des problèmes d'alphabétisation, de non-compréhension de la langue, de nonaccès à la lecture, ou de culture.

Dans tous les cas, il est néanmoins toujours utile de repréciser certains éléments, de les clarifier, de les éclairer par des exemples simples, et tout simplement de répondre à toutes les questions restées en suspens. En rendant les choses claires, on peut parfois mettre des mots sur les non-dits, et lever les craintes sous-jacentes. Rien ne peut remplacer cette interaction, ce dialogue qui doit s'engager afin de gérer au mieux l'attente des femmes [12, 15].

L'aspect physiothérapeutique, où respiration, relaxation et toute autre expérience corporelle peuvent permettre aux patientes d'augmenter leur tolérance face à la douleur, qu'elles désirent ou non d'ailleurs une péridurale [9]. Le but de ces techniques ne se borne pas seulement à l'accouchement, mais tout autant à la perception et à l'image corporelle de ces femmes pendant leur grossesse. Se sentir mieux dans son corps, apprendre à se mouvoir autrement, prendre du temps pour s'occuper de soi, pour parler à son enfant, sont autant de démarches positives améliorant très sensiblement la manière de vivre sa grossesse.

Il existe de nombreuses techniques spécifiques proposées, parmi lesquelles nous citerons :

– *La relaxation* : elle me paraît un des éléments clés du travail à faire sur soi. En effet, les futures mères sont souvent stressées, présentent fréquemment des troubles du sommeil et parfois elles n'ont pas pris le temps, au cours de leur grossesse, de s'occuper d'elles, de se poser, de

se laisser aller, particulièrement celles ayant une activité professionnelle. Les aider à se relaxer, leur apprendre à se détendre, c'est aussi permettre de diminuer leur angoisse, de lever leur stress afin qu'elles puissent faire le point et se retrouver face à elles-mêmes, dans la sérénité. Au moment du travail, cela renforce leurs capacités à affronter les contractions, à garder la maîtrise d'elles-mêmes et à ne pas se laisser submerger par la douleur.

– *Les techniques respiratoires* : nous pouvons citer entre autres la respiration lente, profonde et abdominale, à effectuer pendant les contractions du travail, ou encore la respiration haletante dite du « petit chien », ou encore les exercices d'apnée, visant à s'entraîner afin d'aborder le temps des efforts expulsifs avec davantage de souffle et d'efficacité. Ces méthodes, issues de l'accouchement dit « sans douleur », ont tout à fait leur place encore aujourd'hui, qu'elles s'adressent à des femmes motivées pour accoucher sans péridurale, ou pour proposer aux autres des moyens de supporter au mieux les contractions avant que l'on puisse la leur poser. Pour ce qui est de l'expulsion, il paraît plus facile, pendant la grossesse, d'intégrer ce qu'est un effort de poussée, et encore plus pour celles qui auront une analgésie car il n'est pas toujours aisé sous péridurale de comprendre quels sont les muscles à contracter. L'effort physique sera donc plus rapidement efficace chez une patiente préparée, et certains auteurs ont mis en évidence une phase d'expulsion plus courte dans ce cas.

– *Gymnastique* : adaptée à la femme enceinte, elle permet par exemple de continuer à bouger son corps, à corriger des postures favorisant les lombalgies, à comprendre la bascule du bassin, ou à s'assouplir. Son utilité est surtout de montrer aux patientes quels sont les mouvements ou les exercices qu'elles pourront ensuite refaire chez elles. Il est alors recommandé de suivre ces séances suffisamment tôt pendant la grossesse.

– *Yoga* : cette pratique associe à la fois le travail sur la respiration, les postures adaptées à la grossesse et la relaxation, ainsi que la maîtrise de ses sensations corporelles.

– *Préparation aquatique* : relaxation, natation et gymnastique en piscine, dans un milieu favorisant le bien-être, soulagent tout particulièrement la surcharge pondérale et corrigent l'hyperlordose de la femme enceinte. Ces séances sont généralement très appréciées et permettent aux patientes de travailler agréablement leur résistance à l'effort et leur souffle par les exercices d'apnée qui sont souvent plus faciles à effectuer dans l'eau. La relaxation, que l'on peut faire allongée sur des tapis de mousse ou calée par des flotteurs, renvoie dans l'imaginaire des femmes aux sensations que peut éprouver leur fœtus dans le liquide amniotique.

– *Rythmique et chant prénatal* : à travers leur voix, c'est leur respiration et leur concentration que les femmes travaillent ainsi que la cohésion et l'échange mère-enfant.

– *Sophrologie* : concentration et relaxation dynamique, travail sur la respiration, cette technique propose en outre une prise en charge spécifique de la perception de la douleur, visant à augmenter le seuil de tolérance de la patiente.

– *Haptonomie* : cette technique se propose, par la voix et le toucher, de favoriser l'échange et la communication entre l'enfant à venir et ses parents, et leurs relations en devenir.

À noter également l'importance d'une cohésion entre le discours tenu lors de ces séances, et celui retrouvé au moment de l'accouchement, au sein de la maternité [11]. Lorsque ce n'est pas le cas, certaines études ont prouvé que l'insatisfaction alors générée était de nature à susciter angoisse et mécontentement au lieu d'améliorer le vécu de la naissance.

Enfin, l'aspect psychologique, afin d'amener les femmes à communiquer, à partager, et les aider à se sentir en confiance, face à elles-mêmes, mais aussi dans leur couple, et dans leur devenir de mère. Cet objectif est bien plus large qu'il n'y paraît. En effet, il est capital de responsabiliser les femmes en regard de leurs capacités et de leurs choix : leur accouchement est unique. Elles recèlent en elles-mêmes bien souvent les réponses à leurs propres interrogations. Notre rôle est alors de les mettre en confiance et de les aider à verbaliser.

La grossesse est une période charnière dans la vie d'une femme. Les résurgences du passé, de sa propre enfance, des rapports avec sa mère sont nombreuses et provoquent parfois une fragilisation émotionnelle plus ou moins difficile à surmonter, et extrêmement déstabilisante. S'ajoutent à cela la crainte de ne pas être « à la hauteur », la peur de souffrir, parfois même de mourir... Et puis il y a toutes les projections fantasmatiques sur l'enfant à venir, ainsi que l'équilibre du couple à renégocier.

L'importance de l'écoute est donc primordiale : elles doivent pouvoir exprimer leurs doutes, leurs inquiétudes, leurs questions, sans crainte d'être jugées. Elles doivent pouvoir craquer, même pleurer si elles le souhaitent, et trouver un soutien, une aide attentive et respectueuse. Il ne nous appartient pas, en aucune manière, d'interférer, de nous transposer ou d'être partie prenante face aux décisions de chacune, en particulier dans les choix personnels du mode d'allaitement, ou celui d'une péridurale. Il est alors indispensable d'informer en toute objectivité, quels que soient nos sentiments individuels.

3. PRÉPARATION, DOULEUR ET PÉRIDURALE

Il est plus que temps, en 1997, soit une cinquantaine d'années après les premières tentatives de préparation à l'accouchement, de nous insurger contre la dualité opposant encore, dans l'esprit de certains, la psychoprophylaxie obstétricale et le choix d'une analgésie péridurale. Certes, les premières techniques se targuaient de permettre l'accouchement « sans douleur », mais rappelons-nous qu'à l'époque, il n'y avait guère d'autre issue que l'acceptation de la souffrance, et les précurseurs ont peut-être nié celle-ci afin de la combattre plus efficacement. Quoi qu'il en soit, il nous appartient aujourd'hui de faire preuve d'ouverture d'esprit et de ne plus opposer les différentes manières d'aider les femmes. Quel que soit leur choix, nous devons les accompagner au mieux durant leur grossesse, et préparer ces instants dans la quiétude et la sérénité. Rappelons que les objectifs précités ne sont en aucun cas en opposition avec l'utilisation ou non d'une analgésie. La finalité n'est-elle pas de permettre aux patientes de vivre leur accouchement avec le maximum de satisfaction possible ? Enfin, insistons sur l'importance de déculpabiliser, lorsque le choix final n'est pas en rapport avec leur volonté première : qu'il s'agisse d'une femme ne désirant pas la péridurale, mais changeant d'avis face à l'ampleur de la douleur, ou encore les cas de contre-indication médicale de dernière minute ne permettant plus l'analgésie alors que la patiente ne s'était pas du tout préparée à accoucher sans, autant de cas de figure que nous rencontrons dans nos pratiques quotidiennes, et qu'il nous appartient d'accompagner. C'est parfois en ayant abordé ces éventualités en cours de grossesse, qu'il est possible aux femmes de vivre moins difficilement ces déconvenues.

Loin d'être en opposition, la réflexion à propos de la péridurale doit intégrer pleinement le dialogue instauré lors des cours de préparation. D'autre part, rappelons que le terme de « préparation à l'accouchement » est impropre car par trop limité, puisqu'on y inclut également la grossesse, la préparation à devenir mère et l'après accouchement. Quelles que soient donc les convictions de chacune face à la prise en charge des douleurs du travail, c'est tout un éventail à la fois d'informations, d'échanges et d'expériences partagées qui leur est proposé.

4. À PROPOS DE QUELQUES DIFFICULTÉS

Tout d'abord, rappelons qu'un groupe est parfois difficile à gérer. Créer un climat de confiance propice aux confidences, réussir à faire participer chaque individu, malgré des personnalités parfois très différentes, ne jamais laisser quelqu'un écraser tout le groupe, enfin faire face à des témoignages qui peuvent s'avérer douloureux... À travers ces difficultés, il est parfois nécessaire aussi de se remettre soi-même en question, face à nos propres angoisses. Il ne faut jamais ni infantiliser, ni évincer les questions difficiles, mais au contraire être vigilant quant aux mots utilisés, aux contresens générés, aux lapsus, aux non-dits [1].

Ne pas non plus tomber dans le piège du cours magistral, certes sécurisant, mais en totale opposition avec la nécessité d'échange et de partage.

Enfin, agir toujours avec une volonté farouche de respect et de pudeur face au non-désir de certaines de se raconter. Il ne nous appartient en aucun cas de « violer » l'intimité des femmes, mais seulement de proposer un espace de paroles et d'écoute.

Dans certains établissements, il existe des intervenants spécifiques ne faisant que de la préparation à l'accouchement. Certes, ces professionnels sont alors bien rodés à la gestion d'un groupe, mais il faut être vigilant quant à la cohésion entre théorie et terrain, car la réalité du discours s'émousse progressivement lorsque l'expérience de la salle d'accouchement s'éloigne. D'autres équipes pensent au contraire que les cours doivent intégrer le cadre d'une activité professionnelle complète et globale, mais alors il existe un autre écueil : il est indispensable d'être motivé afin de mener à bien une préparation satisfaisante, et de prendre plaisir à partager ces instants privilégiés avec les femmes.

5. ET POUR DEMAIN ?

Aujourd'hui en France, les possibilités offertes aux patientes pendant leur grossesse sont à la fois diversifiées, tant dans leur forme que dans leur contenu. Huit séances sont remboursées par la Sécurité sociale, d'au moins 45 minutes chacune, pour peu que les intervenants soient des sages-femmes ou des médecins. Les codifications des actes privilégient les groupes de moins de quatre femmes, conditions idéales il est vrai pour une prise en charge personnalisée.

Il faut tout de même signaler une lacune... Dans une évolution globale tendant à réduire au minimum la durée de l'hospitalisation postnatale afin de diminuer les dépenses de santé, il faut avouer que parfois les femmes peuvent éprouver le sentiment d'être délaissées et livrées à elles-mêmes une fois l'accouchement effectué. Que dire de leurs angoisses, de leur déprime, de leurs difficultés dans l'installation émotionnelle mère-enfant, dans leur vécu de femme, si nous ne les revoyons plus ? Comment leur apporter soutien et aide, en ces instants pourtant essentiels ?

Il peut paraître nécessaire aujourd'hui de s'interroger sur l'opportunité de créer quelques séances au cours du post-partum, où mère et enfant pourraient retrouver ces temps de paroles et d'échanges, afin de permettre une réelle continuité dans la prévention et la prise en charge périnatale.

6. ÉVALUATION

Il est difficile de quantifier précisément l'apport obstétrical de la préparation à l'accouchement : certaines études tendent à prouver qu'il existe une réduction du temps de dilatation, un abaissement du seuil de la douleur, un meilleur vécu de la patiente pendant la grossesse, et une coopération plus efficace des patientes pendant le travail, grâce à une diminution de leur angoisse [3, 6, 7, 13].

L'étude de Lumley [10] publiée en 1993, s'est intéressée plus particulièrement à la prévention et à l'hygiène de vie pendant la grossesse chez les primipares, selon qu'elles avaient ou non participé à des cours de préparation à l'accouchement. La cohorte australienne étudiée était composée de 1193 femmes ayant accouché en 1989, parmi lesquelles 83,9 % des primipares avaient suivi des cours. La participation à ces séances s'accompagnait d'un abaissement significatif de la consommation de tabac et d'alcool, d'une plus grande réussite de l'allaitement maternel et de l'amélioration du suivi de la grossesse ainsi que d'une plus grande régularité des consultations prénatales.

Quoi qu'il en soit, la difficulté de telles études chiffrées réside dans l'énorme disparité entre les différentes manières dont sont faits les cours de préparation et dans la subjectivité à coter un indice de satisfaction. Il serait sans doute intéressant de mener une étude s'appuyant sur un large échantillon de patientes afin d'évaluer plus finement les techniques et leurs implications obstétricales et psychologiques. Par exemple, comment évaluer avec précision les conséquences sur la relation mère-enfant ? On peut bien certainement envisager qu'il est plus facile de vivre ces premiers

instants sereinement lorsque les facteurs d'angoisse et de stress sont au plus bas, que même cela peut diminuer l'importance du *baby-blues* et améliorer les pulsions maternantes et la symbiose mère-enfant, mais actuellement il serait intéressant de disposer d'une appréciation objectivée par une large étude, avant de s'avancer vers des conclusions trop hâtives.

CONCLUSION

La préparation à l'accouchement en 1997 est un moyen tout à fait efficace pour améliorer à la fois le suivi de la grossesse, ainsi que la manière dont les patientes vivent leur accouchement et leur nouvelle fonction de mère. La diversité des techniques utilisées, si elle nuit à la clarté et à l'évaluation des études, permet néanmoins de proposer à chaque femme une méthode qui lui est proche. Peu onéreux pour les caisses d'assurance maladie, des cours post-nataux pourraient sans doute contribuer à réduire l'hospitalisation du post-partum sans pour autant laisser les jeunes mères livrées à elles-mêmes.

La prévention est encore de nos jours un des éléments essentiels dans toute démarche de santé publique, et la préparation intègre tout à fait cet objectif. L'existence de ces cours a permis de créer un lieu de rencontre entre femmes et professionnels, espace privilégié d'écoute et d'échange, dans le respect et le soutien attentif.

Résumé

Il s'agit de faire le point sur la préparation à l'accouchement, malgré la difficulté de mettre en évidence, par des études randomisées, l'impact de la prévention et de l'augmentation de la satisfaction maternelle du vécu de la grossesse et de l'accouchement. Après un rappel historique nous indiquant que l'essentiel fut pendant des siècles la sauvegarde de la mère et de l'enfant, l'aspect psychologique et la prise en charge de la douleur demeurant bien accessoire, nous apprenons que ces techniques virent le jour en URSS et en Angleterre après la seconde guerre mondiale. Nous nous attardons ensuite sur les objectifs de ces séances : une approche théorique, afin d'informer et d'expliquer, un aspect physiothérapeutique où l'on sollicite des techniques corporelles diverses et variées, et enfin le soutien psychologique devant permettre aux femmes de communiquer, partager et livrer leurs angoisses et leurs craintes sous-jacentes. On doit ensuite repositionner la préparation à l'accouchement aujourd'hui, non pas en opposition avec les analgésiques du per-partum, mais dans la complémentarité, car la

finalité est bien de permettre aux femmes de vivre leur accouchement dans la sérénité et la quiétude. Enfin, après avoir évoqué quelques-unes des difficultés rencontrées dans la pratique, on s'interrogera sur les perspectives de demain, en particulier sur l'opportunité de la création de séances post-partum immédiat, en particulier en cas de retour précoce au domicile. Certaines études, malgré la difficulté devant la diversité des techniques et le peu de recherches effectuées, ont pu montrer une meilleure hygiène de vie, notamment vis-à-vis du tabac et de l'alcool, un pourcentage supérieur d'allaitement maternel réussi ainsi qu'une plus grande assiduité aux consultations prénatales chez les patientes préparées. Les autres avantages retrouvés sont un meilleur vécu de l'accouchement, une plus grande coopération avec l'équipe, un abaissement du seuil douloureux et une diminution de l'angoisse maternelle. Mais il serait utile de mener une étude afin d'améliorer encore les critères d'évaluation. En conclusion, les cours de préparation permettent de créer des lieux d'échange et d'écoute, de paroles et de partage entre femmes et professionnels.

Bibliographie

1. Chalmers BE, Mc Intyre JA. Integrating psychology and obstetrics for medical students : shared labour ward teaching. *Med Teach* 1993 ; 15 (1) : 35-40.
2. Coulon-Arpin M. La maternité et les sages-femmes 1 & 2. Éditions Da Costa, Paris, 1981.
3. Crowe K, Von Baeyer C. Predictors of a positive childbirth experience. *Birth* 1989 ; 16 (2) : 59-63.
4. Evans S, Jeffrey J. Maternal learning needs during labor and delivery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1995 ; 24 (3) : 235-40.
5. Gélis J. L'arbre et le fruit, la naissance dans l'occident moderne XVI^e-XIX^e siècle. Fayard, Paris, 1984.
6. Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV. Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth : a prospective study of 825 women. *Birth* 1990 ; 17 (1) : 15-24.
7. Hallgren A, Kihlgren M, Norberg A, Forslin L. Women's perceptions of childbirth and childbirth education before and after education and birth. *Midwifery* 1995 ; 11 (3) : 130-7.
8. Lindell SG. Education for childbirth : a time for change. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1988 ; 17 (2) : 108-12.
9. Lowe NK. Maternal confidence in coping with labor. A self-efficacy concept. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1991 ; 20 (6) : 457-63.
10. Lumley J, Brown S. Attenders and nonattenders at childbirth education classes in Australia : how do they and their births differ ? *Birth* 1993 ; 20 (3) : 123-30.
11. Mac Kay S, Barrows T, Roberts J. Women's views of second-stage labor as assessed by interviews and videotapes. *Birth* 1990 ; 17 (4) : 192-8.
12. Mac Kay S, Smith SY. « What are they talking about ? Is something wrong ? » Information sharing during the second stage of labor. *Birth* 1993 ; 20 (3) : 142-7.
13. Mac Key MC, Lock SE. Women's expectations of labor and delivery nurse. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1989 ; 18 (6) : 505-12.
14. Pouvreau-Romilly OY. L'événement de la naissance. Éditions Erès, Toulouse, 1991.
15. Ringler M, Nemeskieri N, Uhl A, Langer M, Reinold E. Prepartal expectations, behavior in labor and the puerperium and postpartal satisfaction with the labor experience. Significance of partner and prenatal preparation. *Geburtshilfe-Frauenheilkd* 1986 ; 46 (7) : 432-4.