



Photo : iStockPhoto

Le travail et l'accouchement : la préparation, l'accompagnement et les méthodes pour composer avec la douleur

Auteures

Raymonde Gagnon, UQTR
Emmanuelle Hébert, UQTR
Hélène Langlois, SOGC

Collaborateurs

Nathalie Bédard, UQTR
Julie Bonapace, consultante
Manon Lachapelle, UQTR
Marie-Ève Taschereau, UQTR
Louise Roy, Hôpital Saint-Luc
Chantal Crochetière, CHU Sainte-Justine
Sylvain Jourdain, CSSS La Pommeraie
Nils Chaillet, Université de Sherbrooke
Guy-Paul Gagné, Hôpital de LaSalle

L'utilisation des fiches par les professionnelles et professionnels du réseau de la santé et des services sociaux du Québec est autorisée aux conditions prévues dans REPRODUCTION ET DROITS D'AUTEURS du Portail d'information prénatale à l'adresse suivante : <http://www.inspq.qc.ca/infoprenatale/reproduction-et-droits-d-auteurs>.

Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php> ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Table des matières

Au sujet de l'accouchement naturel

- Pourquoi promouvoir l'accouchement naturel?
- Qu'entend-on par accouchement naturel?
- Le jeu des hormones
 - Ocytocine
 - Endorphine
 - Catécholamines
 - Cocktails extatiques nécessaires
- L'environnement pour un accouchement naturel

La préparation à l'accouchement

- Comment parler d'accouchement?
- Se préparer activement
- Comprendre l'accouchement
 - Les semaines avant l'accouchement
 - Travail préparatoire (parfois appelé « faux travail »)
 - À propos de la phase de latence
 - Les stades du travail
- Prendre des décisions éclairées
- Le plan de naissance
- Donner naissance selon ses valeurs, sa culture

L'accompagnement en cours de travail

- Les effets positifs du soutien
- Le rôle des personnes significatives
- L'espace privilégié du père
- Le personnel en obstétrique
- Une accompagnante (une *doula*)
- Une place pour chacun avec la femme

Les mesures de base facilitant le processus de la naissance

- Mobilité et positions
- Être en contact avec l'eau
- Compresses chaudes ou froides
- La relaxation
- Le massage
- La musique
- S'alimenter et s'hydrater

Démystifier la douleur de l'accouchement

- Le rôle de la douleur lors de l'accouchement
- Distinguer douleur et souffrance
- Apprivoiser la douleur
- Le paradoxe entre sentiments de contrôle et d'abandon

Méthodes pour composer avec la douleur du travail

- Les méthodes alternatives
 - Les approches corporelles ou psychiques
 - Les techniques visant à soulager la douleur
- Les méthodes pharmacologiques



Messages clés à transmettre aux futurs parents

Ressources et liens utiles

Lexique

Annexe

Références

Au sujet de l'accouchement naturel

L'accouchement est encore trop souvent entouré d'une aura de peur. Pourtant les femmes en santé, si elles sont bien préparées et bien accompagnées, ont ce qui est nécessaire en elles pour réussir un accouchement naturel. Bien comprendre le processus de l'accouchement naturel permet de le faciliter.

Pourquoi promouvoir l'accouchement naturel?

De plus en plus de professionnels s'inquiètent des taux élevés d'interventions à l'accouchement. S'il est vrai que ces interventions sont parfois nécessaires et peuvent même sauver des vies, ces hauts taux entraînent une augmentation des effets négatifs sur la santé des mères et des bébés ainsi que des coûts importants⁽¹⁾.

Un accouchement naturel bien vécu favorise le prompt rétablissement de la mère, le sentiment d'accomplissement, le lien d'attachement mère-bébé et l'initiation de l'allaitement^(2,3).

Il reste important, toutefois, de comprendre que, dans notre société, l'accouchement naturel n'est pas nécessairement privilégié et les conditions pour y arriver ne sont pas toujours présentes. La promotion de l'accouchement naturel doit prendre ce contexte en considération et ne pas engendrer un sentiment de culpabilité chez les femmes. Il s'agit davantage de promouvoir un changement social autour de la naissance.

Le respect des décisions et des souhaits des femmes est primordial. Il est important qu'elles soient bien informées et soutenues pour qu'elles fassent des choix éclairés concernant leur accouchement.

Qu'entend-on par accouchement naturel?

L'accouchement naturel est défini dans cette fiche comme un travail physiologique, sans anesthésie, qui n'a pas été altéré par des interventions de routine et qui se termine par un accouchement vaginal spontané. L'accouchement naturel s'inscrit dans un continuum comprenant la grossesse, le postnatal immédiat et l'allaitement.

Toutefois, ce processus peut parfois se différencier d'une femme à l'autre par la durée, le rythme et la présence ou non de certaines étapes.

Le jeu des hormones

L'accouchement est une expérience multidimensionnelle (physique, psychologique, sociale et environnementale) ne pouvant pas être réduite à des paramètres biophysiques.

Toutefois, le déroulement du processus physiologique de l'accouchement dépend d'un délicat équilibre hormonal^(4,5). Tous les aspects de cet équilibre ne sont pas encore complètement compris, mais certains principes de base peuvent être mis de l'avant.

Comme dans la majorité des processus hormonaux, ce sont plutôt les ratios entre les différentes hormones qui régulent les systèmes. Un changement dans ces ratios entraîne des altérations dans le déroulement de l'accouchement. Il faut diminuer la stimulation du néocortex, le cerveau rationnel, pour favoriser la physiologie de l'accouchement.

Ocytocine

L'hormone principale du processus physiologique de l'accouchement est sans contredit l'ocytocine. Certains auteurs l'appellent aussi l'hormone de l'amour, car elle est relâchée pendant les activités sexuelles, lors d'orgasmes, durant l'accouchement et tout au long de l'allaitement. Elle joue, entre autres, un rôle important dans le processus d'attachement entre une mère et son bébé.

Lors de l'accouchement, l'ocytocine joue un rôle dans le déclenchement du travail, dans la force et la fréquence des contractions utérines. L'élévation progressive du taux d'ocytocine allonge la durée des contractions et réduit l'intervalle entre chacune.

Elle joue aussi un rôle dans le réflexe d'éjection au moment de la poussée et lors de l'allaitement⁽⁶⁾.

Certains parlent de l'ocytocine comme d'une hormone timide⁽⁵⁾, car sa sécrétion peut être altérée facilement par des facteurs extérieurs comme le froid, la peur, le bruit, la lumière vive, les conversations ou simplement le fait de se sentir observée.

Il est aussi important de se rappeler que même si les ocytociques synthétiques reproduisent les contractions induites par les ocytocines naturelles, elles n'entraînent pas toutes les autres réactions bénéfiques découlant des ocytocines naturelles⁽⁵⁾, entre autres, la sécrétion d'endorphines.

Endorphine

Un outil capital que le corps met à la disposition de la mère qui accouche est l'endorphine. Cette hormone est sécrétée comme une réponse à la douleur. Elle a des propriétés qui s'apparentent aux drogues de la famille des opiacés. Des taux d'endorphines élevés aident les femmes à composer avec la douleur. Cela entraîne aussi un état de conscience un peu altéré qui peut se traduire par de la somnolence ou de l'euphorie.

Catécholamines

Les hormones de la famille des catécholamines (adrénaline et noradrénaline) sont sécrétées lors de situation de stress (peur, anxiété, froid, faim, etc.). De façon générale, l'adrénaline inhibe la sécrétion d'ocytocine et entrave les effets des endorphines. Un haut taux de catécholamines lors du premier stade du travail peut entraîner un travail lent et long

avec les complications qui y sont associées alors que, vers la fin du travail, il peut faciliter l'expulsion plus rapide du bébé. D'ailleurs, un certain taux de catécholamines est nécessaire lors de la poussée.

Cocktails extatiques nécessaires

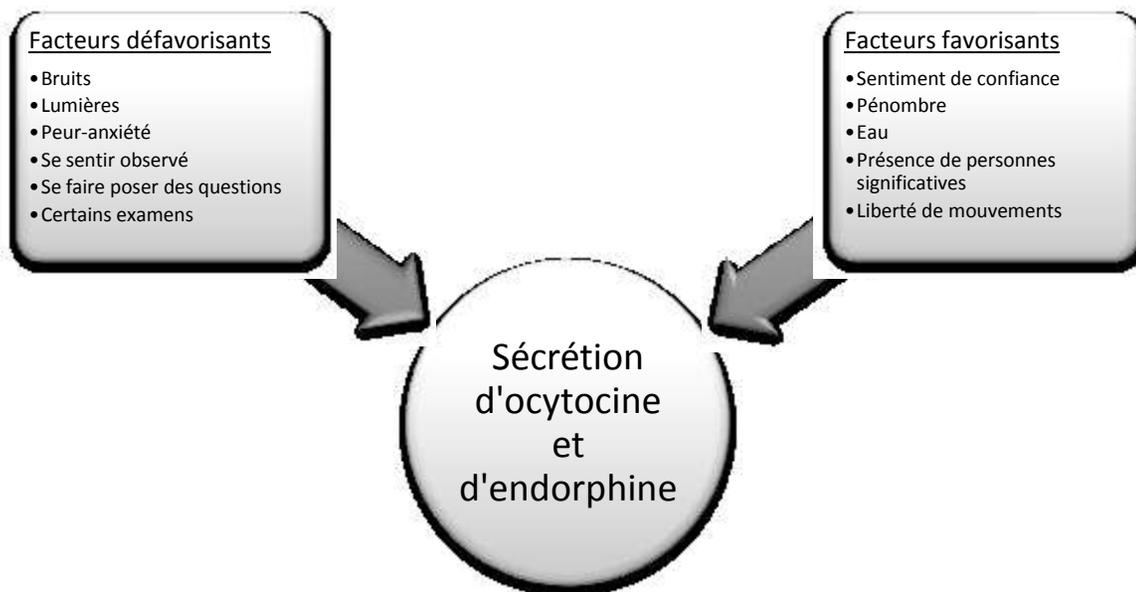
Le jeu de ces différentes hormones lors de la naissance permet un état favorisant l'attachement entre la mère et son bébé en entraînant, entre autres, un état d'éveil chez le bébé et une certaine euphorie chez la mère ainsi que la mise en place de l'allaitement. Il facilite aussi la séparation du placenta, tout en minimisant le risque de saignement ou d'hémorragie post-partum⁽⁷⁾.

L'environnement pour un accouchement naturel

L'équilibre hormonal d'un accouchement est fragile. Certains facteurs peuvent créer une interférence et perturber le processus physiologique. D'autres facteurs facilitent le ballet des hormones et favorisent ainsi l'accouchement naturel.

Pour soutenir l'accouchement, il importe donc d'éviter les facteurs défavorisants et de s'assurer que les facteurs favorisants sont présents^(5,8).

Ainsi, une pièce où le bruit et la lumière sont minimes, où la circulation est réduite et où les personnes présentes sont calmes, aide la femme à « faire son nid » et contribue au déroulement naturel de l'accouchement. De même, après la naissance, cette atmosphère favorisera le début de l'allaitement.



La préparation à l'accouchement

La préparation à l'accouchement est importante pour aider la femme à construire sa confiance en sa capacité à donner naissance selon le processus physiologique naturel. Cela l'aide aussi à être plus positive en ce qui a trait au dénouement de l'accouchement, et ce, même s'il est différent de ce qui était attendu ou espéré⁽⁹⁾. Il est important que la personne significative (voir section *Le rôle des personnes significatives*) se familiarise également avec le processus de la naissance afin de pouvoir bien vivre cette expérience et soutenir la femme qui accouche. Une compréhension adéquate du déroulement du travail et du soulagement de la douleur, la possibilité de prendre des décisions éclairées et le sentiment de contrôle lors de l'accouchement ont un effet bénéfique sur l'expérience de la naissance⁽⁹⁾.

Comment parler d'accouchement?

Pour aider les femmes à se préparer à un accouchement, les mots utilisés sont importants. Il ne faut pas minimiser l'intensité et la puissance du travail et des contractions, mais il faut aussi s'assurer que les femmes saisissent qu'elles ont la force nécessaire pour compléter le processus. La douleur est présente, importante, mais n'est pas insurmontable. De même, il est nécessaire de faire prendre conscience du fait que si l'accompagnement et l'environnement sont adéquats, le jeu des hormones favorise l'accouchement naturel.

Comme chaque expérience de naissance est unique, il importe que les professionnels n'influencent pas sur l'expérience des femmes par leurs propres expériences négatives ou leurs propres peurs.

Pour permettre une meilleure compréhension du processus du travail et de l'accouchement, les professionnels peuvent montrer visuellement le parcours qu'entreprendra le bébé avec une poupée et un bassin. Ils peuvent aussi présenter un film permettant d'observer des accouchements naturels. La métaphore des vagues peut être un bon moyen de parler des contractions : les vagues vont venir une à une, il y aura une pause entre chacune des vagues, elles vont vous mener à bon port, plonger dans la vague, voguer sur la vague, etc.

Se préparer activement

La femme doit réaliser que son accouchement lui appartient. Le médecin, la sage-femme et l'infirmière seront là pour la soutenir et intervenir si la situation se complique, mais c'est vraiment elle qui va accoucher. Cette prise de conscience amène la femme à mobiliser ses ressources intérieures pour d'abord apprendre à mieux se connaître et ensuite découvrir les moyens qui pourront lui être utiles le moment venu.

En période prénatale, la femme doit être encouragée à discuter, à poser des questions, à connaître les moyens à sa portée pour bien vivre le travail et elle doit être incitée à prendre sa place le moment venu. On pourra l'amener à prendre conscience des stratégies qu'elle a utilisées antérieurement pour faire face à la douleur ou surmonter une expérience intense

dont elle serait fière. On pourra ainsi aider la femme à définir et à comprendre la nature de ses propres stratégies et préférences⁽¹⁰⁾.

La préparation prénatale ne peut pas se faire uniquement sur le plan intellectuel. Une prise de conscience du corps et une préparation émotionnelle sont aussi essentielles.

Prendre soin de soi, avoir une bonne hygiène de vie mentale et physique, se garder en forme sont d'excellents moyens pour bien vivre la grossesse et se préparer à l'accouchement.

De plus, des exercices de relaxation, d'attention à la respiration, de visualisation, de yoga prénatal (voir la section *Les méthodes alternatives*) peuvent aider la femme à établir un contact avec ses ressources intérieures et à se sentir mieux outillée pour l'accouchement.

La possibilité pour la femme d'exprimer librement ses peurs, ses craintes et ses doutes peut lui permettre de les surmonter.

Bien comprendre le processus physiologique du travail et de l'accouchement fait aussi partie de la préparation à l'accouchement.

Comprendre l'accouchement

Les semaines avant l'accouchement

La femme, en fin de grossesse, vit d'importants changements physiologiques et psychologiques qui la préparent à donner naissance et à devenir mère : allègement, assouplissement des articulations sacro-iliaques, augmentation des sécrétions vaginales, contractions de Braxton-Hicks plus intenses, regain d'énergie ou sautes d'humeur.

La perte du bouchon muqueux peut se produire de quelques heures à quelques jours avant l'apparition des contractions utérines. Elle n'est que le signe de la maturation du col. Cela ne signifie pas que le travail est commencé.

La rupture des membranes peut aussi se produire avant l'apparition des contractions.

Ces phénomènes sont variables d'une femme à l'autre, tant dans la forme que dans l'intensité. Le processus du travail spontané commence le plus souvent de la 38^e à la 42^e semaine de la grossesse. La grossesse qui se prolonge après 42 semaines n'est pas forcément anormale, mais correspondre à une grossesse physiologiquement plus longue. Une surveillance fœtale est recommandée à partir de 41 semaines. Un déclenchement pourrait parfois s'avérer nécessaire.

Travail préparatoire (parfois appelé « faux travail »)

La séquence d'évènements qui marque la transition de la fin de la grossesse vers le début du travail commence souvent graduellement. Certaines femmes vont ressentir des contractions avant le début du travail actif. Ces contractions peuvent être douloureuses et

régulières pendant un certain temps faisant croire à la femme que le travail est amorcé. Toutefois, l'effacement et la dilatation du col, deux caractéristiques du travail actif, sont absents lorsqu'il s'agit du travail préparatoire. Il est important de noter que l'inconfort ou la douleur ressentie par la femme est bien réel.

À propos de la phase de latence

La phase de latence est la période qui précède le travail actif. Il est parfois difficile de faire la différence entre la phase de latence et le travail préparatoire. C'est souvent seulement a posteriori, si le travail actif ne s'est pas enclenché, qu'il est possible de faire cette distinction.

Il est important que la femme sache que la phase de latence peut être longue. Il est donc souhaitable qu'elle demeure à la maison et qu'elle vaille à ses occupations habituelles, conservant ainsi une tranquillité d'esprit en se concentrant sur des activités agréables. Elle doit continuer à manger, à se reposer et à dormir afin de conserver toute l'attention et l'énergie requises lorsque le travail sera actif.

Retarder le départ vers le lieu de l'accouchement le plus longtemps possible permet en outre de réduire la possibilité d'interventions⁽¹¹⁻¹³⁾. On recommande généralement de se déplacer seulement lorsque survient la rupture des membranes, ou de suivre la règle du 5-1-1, c'est-à-dire d'attendre d'avoir des contractions assez douloureuses toutes les 5 minutes, qui durent 1 minute, et ce, depuis au moins 1 heure. Chaque femme devrait vérifier avec son médecin ou sa sage-femme si elle présente une condition qui nécessite qu'elle se rende plus rapidement au lieu d'accouchement prévu.

À l'arrivée au lieu de l'accouchement, une évaluation du travail sera faite et un retour à la maison pourrait être suggéré aux femmes qui ne sont pas encore en travail actif.

Les stades du travail

On divise traditionnellement le travail en trois stades. Il s'agit toutefois d'une vision simplifiée, car le travail et l'accouchement sont manifestement un processus continu dont la durée varie d'une naissance à l'autre. Il existe des variations dans le rythme de la progression du travail.

Même si le début du travail actif peut souvent se présenter sous différentes formes, il est normalement défini par des contractions régulières, toutes les 5 minutes ou moins et par une dilatation du col à 3-5 centimètres⁽¹⁴⁾.

Lors du travail actif, les contractions sont bien rythmées et augmentent en intensité et en durée jusqu'à la fin du premier stade. L'intervalle entre les contractions est calculé du début d'une contraction au début de la contraction suivante.

Les contractions permettent au col de s'amincir (effacement) et de s'ouvrir (dilatation). Elles permettent aussi au bébé de fléchir sa tête, de faire sa rotation et de descendre dans le bassin.

En plus de la dilatation, l'effacement du col, le positionnement de la tête du bébé ainsi que sa descente dans le bassin sont tous des paramètres utilisés pour évaluer la progression du travail.

De plus, une évaluation du bien-être fœtal fait partie de la surveillance du travail. Pour les femmes dont la grossesse est considérée comme à faible risque, l'auscultation intermittente du cœur fœtal est recommandée.

Premier stade : Dilatation du col et engagement

Lors de la phase de latence, le col s'efface et se dilate jusqu'à 3-4 centimètres pour les femmes nullipares et 4-5 centimètres pour les femmes multipares⁽¹⁵⁾.

Le travail actif va faire progresser cette dilatation jusqu'à 10 centimètres (dilatation complète). La progression de la dilatation ne s'effectue pas nécessairement de façon régulière : certains centimètres seront plus lents à atteindre et d'autres plus rapides.

Lors de cette période, le corps travaille fort. Diverses sensations peuvent côtoyer la douleur de l'accouchement : le chaud, le froid, la sensation agréable d'être en contact avec la descente du bébé, voire pour certaines femmes des sensations comparables à l'orgasme.

Normalement, plus la dilatation avance, plus les contractions sont rapprochées et fortes. Les derniers centimètres de dilatation sont parfois appelés phase de transition. C'est souvent la phase la plus difficile pour les femmes, mais aussi la plus courte.

Il y a en général une brève accalmie de l'activité utérine lorsque la femme atteint la dilatation complète^(16,17).

Deuxième stade : Descente et naissance du bébé

Une fois que la dilatation du col est complète, le bébé se prépare à quitter la cavité utérine et la tête commence sa descente dans la filière pelvienne pour que, finalement le bébé soit expulsé et naisse.

Des contractions puissantes feront leur apparition, sous l'effet d'une importante libération d'hormones (dont l'adrénaline). La femme remplie d'énergie ressentira une envie irrésistible de pousser, aura tendance à se pencher vers l'avant et fera des sons plus graves. Si rien ne perturbe ce réflexe, la naissance se produit spontanément et le placenta se détache habituellement dans les minutes qui suivent. La femme doit donc être encouragée à suivre son instinct le moment venu et rien ne devrait venir entraver cela.

Troisième stade : Expulsion du placenta

Peu après la naissance du bébé, le placenta se détache et est expulsé sous l'effet des contractions.

Les contractions utérines continueront d'être présentes afin de permettre l'oblitération des vaisseaux maternels placentaires et de contrôler les pertes sanguines. Toutefois, elles seront perçues comme peu ou moins douloureuses par la majorité des femmes.

Prendre des décisions éclairées

Le fait d'être impliquées dans la prise de décision au cours de l'accouchement est un facteur qui contribue à la satisfaction des femmes à propos de leur expérience de l'accouchement^(18,19). De façon générale, plus la décision est partagée par la femme et le personnel, plus les émotions exprimées par la femme sont positives⁽¹⁹⁾.

Lors de la préparation à l'accouchement, la femme doit réfléchir à la manière dont elle souhaite être impliquée et doit en discuter avec le professionnel de la santé⁽²⁰⁾. Même si l'accouchement est un moment particulièrement intense physiquement et émotionnellement, la femme conserve la capacité de choisir et son aptitude à consentir aux recommandations, le cas échéant. Elle doit être encouragée à faire valoir son point de vue de sorte qu'elle puisse exercer son pouvoir de décision.

Le plan de naissance

Préparer un plan de naissance⁽²¹⁾ peut permettre à la femme et à son partenaire d'envisager de manière plus concrète ce qu'ils souhaitent vivre pour l'accouchement et d'exprimer ensuite leurs préférences aux intervenants qui les accompagneront dans leur expérience.

Lorsque l'on rédige un plan de naissance, il est important de se poser les bonnes questions et de se voir en tant que participante active à son accouchement⁽²¹⁾. En gardant de l'ouverture face aux imprévus, les parents pourront envisager ce qui serait important pour eux ou pour l'accueil de leur nouveau-né, si la situation n'est pas idéale⁽²²⁻²⁴⁾.

Le plan de naissance est un outil qui permet de mieux connaître la femme et le couple et de les soutenir en fonction de leurs valeurs et de leurs attentes⁽²⁵⁾.

Le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* (p.128-131) propose des éléments de réflexion pour préparer un plan de naissance. De plus, l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) a créé un dépliant sur les droits des femmes lors de la grossesse et de l'accouchement⁽²⁵⁾.

Donner naissance selon ses valeurs, sa culture

Le sens de l'expérience de la naissance varie selon les cultures. Pour mieux accompagner les parents, il est utile de se familiariser avec les rites et les cérémonies de passage et d'initiation, ou à tout le moins d'y être réceptif.

En contexte d'immigration, le partage d'information sur les façons de faire autour de la naissance est essentiel, afin de prévenir des incompréhensions pouvant mener à de la détresse^(26,27). Les professionnels doivent prendre le temps de bien expliquer les façons de faire d'ici et s'informer de ce qui est de mise dans l'autre culture.

Dans l'approche auprès des familles immigrantes, il est indispensable que les intervenants prennent conscience de leur propre culture et de leurs valeurs^(26,28,29). Il est important de

prendre du recul en ce qui a trait à nos propres attentes à l'égard de l'accouchement. Par exemple, dans la culture occidentale, la notion de performance et d'efficacité se mesure en fonction du temps, alors que pour d'autres cultures, le temps n'a pas la même signification. De même, la notion d'intimité et le choix des personnes significatives peuvent varier.

L'accompagnement en cours de travail

Les effets positifs du soutien

L'expérience de la naissance est grandement favorisée par un soutien individualisé et continu.

Il a été clairement démontré que le soutien continu augmente le taux d'accouchement vaginal spontané, diminue le recours aux analgésiques durant le travail et le taux d'insatisfaction rapporté par les femmes. De plus, les résultats d'études permettent de démontrer que les femmes auront un travail plus court, moins de césariennes et de naissances instrumentales, d'anesthésies régionales et de bébés dont le score d'Appgar sera bas à 5 minutes^(30,31).

Le soutien continu est même perçu comme une forme de soulagement de la douleur pouvant prévenir la péridurale^(31,32). Il diminue également l'usage du moniteur électronique, des ocytociques, des solutions intraveineuses, du cathétérisme vésical et de l'épisiotomie⁽³³⁾.

Le rôle des personnes significatives

La femme sera encouragée à se faire accompagner par une ou des personnes significatives⁽³¹⁾ avec qui elle se sentira pleinement en confiance. Elle doit pouvoir s'exprimer devant ces personnes, ne pas se sentir jugée et parfois se montrer nue. Elle devra également se questionner sur le degré d'intimité qui lui sera nécessaire pour donner naissance. Il pourra être bon de lui rappeler que la présence d'autres personnes doit permettre avant tout de l'aider dans son expérience. Les valeurs culturelles autour de la naissance jouent aussi un rôle déterminant dans le choix des personnes présentes. Il est important de respecter la femme et ses pratiques religieuses ou culturelles à cet égard.

Le rôle des personnes significatives (conjoint, conjointe, membre de la famille, autres) est d'être présentes à la femme, de la soutenir et de l'encourager par une attitude positive et bienveillante. Elles l'aideront à créer sa « bulle », son espace, et à faire respecter son intimité. Ces personnes pourront l'assister par des moyens concrets (respiration, massages, points de pression; lui faire penser à changer de position, à boire, etc.) et la valoriser dans son travail.

Toute personne qui prévoit accompagner doit pouvoir être complètement présente, accepter les attitudes et les comportements de la femme, ainsi que l'encourager et la reconforter⁽³⁴⁾.

Les personnes significatives doivent se préparer adéquatement à accompagner positivement la femme dans son processus. Il serait utile qu'elles aient de l'information sur le déroulement d'un accouchement, incluant la durée du travail, l'intensité des contractions, les manifestations physiques et émotionnelles de la femme, et sur les moyens de soulager la douleur. Une discussion préalable est nécessaire pour bien comprendre les motivations

de chacun et les attentes de la femme qui accouche pour que chaque personne envisage concrètement son rôle.

Les proches doivent éviter de trop exiger de la mère, car cela ne ferait qu'augmenter son anxiété⁽³⁴⁾. S'ils trouvent difficile de la voir en travail intense, ils s'abstiendront de lui suggérer des méthodes pharmacologiques pour soulager la douleur. Il va sans dire que le moment venu, la femme doit demeurer libre d'exprimer ce dont elle a besoin, voire de demander à une ou des personnes de se retirer.

L'espace privilégié du père

Dans le cas où le père est présent, sa place est importante.

La plupart du temps, la femme souhaitera que son conjoint soit présent et le futur père aura aussi envie de vivre cette expérience avec sa partenaire et d'accueillir son bébé⁽³⁵⁾.

Par la connaissance qu'il a de sa conjointe, il sera en mesure de la soutenir et de la réconforter avec tout son amour. Il sera encouragé à être présent à elle et à vivre pleinement cette expérience lui aussi.

Le futur père vivra des émotions importantes lors de l'accouchement. Il verra sa conjointe, son amante envahie par la douleur, déployer une puissance considérable pour donner naissance à leur enfant et devenir mère. Il pourra être inquiet pour la sécurité de la mère ou de leur enfant. Il est important que les personnes présentes l'accueillent et l'accompagnent dans son vécu. Lui-même vivra des transformations importantes, particulièrement au moment de la naissance en devenant père pour la première fois ou en rencontrant son nouvel enfant^(24,36,37).

L'homme a besoin de se sentir utile lors de l'accouchement. La préparation prénatale devrait aborder en particulier le sentiment d'impuissance qu'il pourra ressentir pendant l'accouchement. Il est important de lui faire dire que c'est sa présence et son attitude de disponibilité en appui à sa conjointe qui font toute la différence. En général, les pères souhaitent être informés du déroulement de l'accouchement, notamment de l'attitude à adopter devant la douleur ressentie par la femme⁽³⁸⁾. Il est nécessaire de les impliquer dans les discussions et les choix possibles⁽³⁹⁾.

Toutefois, pour des raisons religieuses ou autres, certains hommes ne souhaitent pas être présents.

Le personnel en obstétrique

Le rôle du personnel en obstétrique est de soutenir la femme qui accouche tout en veillant sur le bien-être de la mère et du bébé⁽⁴⁰⁾. Il est important de donner confiance à la femme et de créer un environnement propice à l'accouchement^(5,31).

La femme a besoin d'être encouragée, écoutée, soutenue et valorisée dans son travail. Les mots utilisés sont importants et peuvent avoir un effet sur son sentiment de contrôle lors de l'accouchement ainsi que sur l'appréciation de son expérience.

Encourager et aider la femme en travail au moyen de différentes stratégies (détente, changement de position, mobilisation, etc.) lui permet de ressentir moins de douleur et de vivre une expérience plus positive de l'accouchement⁽⁴¹⁾.

Impliquer le conjoint ou les personnes qui accompagnent la femme fait également partie du rôle des intervenants. Ceux-ci doivent se souvenir que si eux-mêmes sont familiarisés avec l'environnement des lieux d'accouchement, il n'en est pas de même pour la femme et les personnes l'accompagnant. Il appartient donc aux intervenants d'accueillir et d'inviter la ou les personnes présentes à se mettre à l'aise pour pouvoir bien vivre le travail.

Une accompagnante (une *doula*)

Le recours à une accompagnante aussi appelée *doula* est de plus en plus fréquent lors des accouchements. L'accompagnante est disponible pour le couple en période prénatale, au moment de l'accouchement et en période postnatale. Elle apporte un soutien non médical qui contribue grandement à diminuer l'anxiété de la femme et donner confiance⁽³¹⁾.

Il a été clairement démontré que le soutien d'une accompagnante permet d'améliorer les résultats liés à l'accouchement pour la mère et le bébé^(24,31,34,42). Les femmes ainsi accompagnées se sont montrées plus satisfaites de leur accouchement, ont vécu une expérience plus positive en ayant le sentiment d'avoir accompli quelque chose d'important, d'avoir été en contrôle et que l'on a pris soin d'elles^(17,31,34,43).

Une place pour chacun avec la femme

Chaque personne qui accompagne, quel que soit son rôle, peut apporter une aide inestimable. Ces différents types d'aide peuvent se combiner pour le plus grand bénéfice de la femme⁽³⁴⁾.

Les mesures de base facilitant le processus de la naissance

Diverses mesures peuvent être employées pour faciliter le processus de la naissance, soit en augmentant le sentiment de contrôle des femmes, soit en ayant un effet sur la douleur elle-même. Ces mesures offrent l'avantage de présenter peu ou pas d'effets secondaires et peuvent être combinées entre elles.

Certains éléments de base sont à mettre en place pour chacun des accouchements. Ainsi, la femme doit se trouver dans un environnement qui lui permet de se sentir en sécurité, entourée des personnes de son choix. Il faut qu'elle ait la possibilité de boire et de manger afin d'avoir l'énergie nécessaire pour composer avec l'accouchement. Elle doit aussi se sentir libre de s'exprimer pendant le travail.

Mobilité et positions

Les études réalisées au cours des dernières décennies ont maintes fois démontré les bénéfices associés à la mobilité maternelle et aux positions verticales. Ces dernières permettent notamment une diminution de la douleur, une meilleure circulation fœto-maternelle et une meilleure oxygénation fœtale, des contractions utérines plus efficaces, une diminution du temps de travail, la facilitation de la descente fœtale et une diminution de trauma périnéal⁽⁴⁴⁾. Les femmes devraient être encouragées à bouger librement pendant le travail et à accoucher dans des positions qui leur semblent confortables, lesquelles sont généralement verticales^(45,46).

Le fait d'adopter des positions verticales (debout, assise, agenouillée) et de marcher pendant le premier stade de travail a pour effet de diminuer sa durée sans pour autant avoir d'effets négatifs sur la mère ou le bébé. De plus, les femmes sont moins portées à demander l'analgésie péridurale lorsqu'elles sont en position verticale que lorsqu'elles sont en position allongée. Elles devraient être encouragées à prendre la position qui leur semble la plus confortable pendant le premier stade de travail⁽⁴⁷⁾.

Une enquête canadienne sur l'expérience de la maternité, menée auprès de 6421 femmes, a révélé que le changement de position figurait parmi les techniques sans médicaments les plus souvent mentionnées (69,5 %) pour calmer la douleur pendant le travail et l'accouchement⁽⁴⁸⁾.

Lors du deuxième stade du travail, les femmes considèrent l'accouchement comme étant plus douloureux en position dorsale, alors qu'elles perçoivent la douleur comme étant moins sévère lorsqu'elles sont en position verticale ou latérale⁽⁴⁵⁾.

L'environnement est un facteur déterminant quant à la mobilité lors du travail. Des meubles et accessoires propices à la mobilité devraient toujours être accessibles aux femmes, leur permettant ainsi d'adopter diverses positions pour mieux apprivoiser la douleur⁽⁴⁹⁾.

Divers outils devraient être mis à la disposition des femmes, tels que le ballon d'exercice, le banc de naissance, un trapèze ou une barre leur permettant de se suspendre.

À noter que les interventions comme l'induction, le monitoring fœtal continu, la perfusion intraveineuse et l'anesthésie péridurale limitent considérablement la mobilité et les changements de position^(41,44).

Des positions précises peuvent améliorer certaines situations. Par exemple la position maternelle à quatre pattes diminue la douleur persistante au dos lorsque le fœtus est en occipito-postérieur⁽⁵⁰⁾.

Être en contact avec l'eau

L'immersion en eau chaude ou tiède est utilisée pour encourager la relaxation, réduire les douleurs et favoriser la progression du travail. L'utilisation de la douche est fréquente et devrait présenter certains des effets bénéfiques de l'immersion, mais elle n'a pas été étudiée.

Plusieurs études ont démontré des effets bénéfiques pour les femmes lorsqu'elles font une partie de leur travail dans l'eau : une satisfaction plus élevée, une diminution de la douleur ainsi qu'une réduction de l'utilisation d'analgésie et d'anesthésie. De plus, l'hydrothérapie favoriserait la progression du travail⁽⁸⁾.

Une méta-analyse comprenant 12 études contrôlées randomisées révèle que l'immersion dans l'eau durant le premier stade de travail diminue de manière importante le recours à l'anesthésie péridurale ou rachidienne et la durée du premier stade de travail sans pour autant engendrer des issues néonatales défavorables (score d'Apgar comparable au groupe contrôle et aucune augmentation du taux d'infection néonatale) ou augmenter le taux d'infection maternelle⁽⁵¹⁾.

La chaleur associée à l'immersion dans l'eau procure le sentiment réconfortant d'être enveloppée, protégée, bercée, soutenue et détendue par l'eau. L'immersion dans l'eau donne aussi l'impression d'établir une barrière dans l'espace occupé, favorisant ainsi un sentiment d'intimité, de contrôle sur son environnement et, par conséquent, un plus grand lâcher-prise chez la femme⁽⁵²⁾.

Il faut attendre que le travail actif soit bien installé pour s'immerger dans l'eau, car si on y entre trop tôt ou si on y reste plus de 2 heures, il y a un risque de ralentir le travail.

Compressez chaudes ou froides

Faciles à utiliser et peu coûteuses, les compresses peuvent être utilisées tout au long de l'accouchement.

Les compresses chaudes peuvent être appliquées au niveau du dos, du bas-ventre et du périnée. En plus de soulager la douleur, la chaleur diminue les frissons et tremblements, les

tensions articulaires et les spasmes musculaires : elle augmente la souplesse et l'extensibilité des tissus conjonctifs.

Les compresses froides peuvent être appliquées au niveau du dos, du cou, de la poitrine et du visage. En plus de diminuer la perception de la douleur, le froid aide à soulager les spasmes musculaires et à réduire l'inflammation et l'œdème des tissus⁽⁸⁾.

Une étude auprès de 64 femmes nullipares a pu confirmer que l'application de sacs chauds au niveau lombaire pendant la phase active du travail et de compresses chaudes au niveau du périnée pendant le deuxième stade est associée à une diminution de l'intensité de la douleur⁽⁵³⁾.

Une étude randomisée contrôlée auprès de 717 femmes nullipares n'ayant pas pratiqué le massage périnéal prénatal a démontré que l'application de compresses chaudes au niveau du périnée à la fin du deuxième stade de travail ne diminuait pas le besoin de faire des sutures périnéales. Toutefois, elle avait pour effet de diminuer le taux de déchirure de troisième et quatrième degrés, la douleur perçue par les femmes au moment de la naissance, la douleur perçue au Jour 1 et au Jour 2 suivant l'accouchement, de même que l'incidence d'incontinence urinaire à 3 mois post-partum. Les auteurs estiment que cette pratique simple et peu coûteuse devrait être intégrée aux soins accordés lors du deuxième stade de travail⁽⁵⁴⁾.

La relaxation

La relaxation lors du travail peut prendre diverses formes. Des techniques de respiration et de visualisation ou la technique du point focal peuvent être utilisées. Elles peuvent permettre à la femme de se détendre et augmenter son sentiment de contrôle.

Une méta-analyse comprenant 11 études contrôlées randomisées démontre que l'usage de techniques de relaxation est associé à une diminution de l'intensité de la douleur perçue lors de la phase de latence et de la phase active du travail. De plus, les femmes pratiquant des méthodes de relaxation manifestent une plus grande satisfaction quant au soulagement de la douleur⁽⁵⁵⁾.

Selon des études⁽⁵⁵⁻⁵⁷⁾, les techniques de relaxation et la respiration aident davantage la femme à composer avec la douleur plutôt que de vraiment diminuer celle-ci.

La douleur de l'accouchement est d'une grande intensité. Les tensions musculaires, l'anxiété et la peur peuvent l'amplifier, d'où l'intérêt des bénéfices associés à l'effet calmant de la relaxation⁽⁵⁵⁾.

Le massage

Le toucher calme; l'effleurage, les points de pression, le pétrissage sont tous des composantes du massage.

Des études démontrent que le massage (effleurage abdominal, massage des épaules, du dos, des jambes, pression au sacrum) constitue une méthode non pharmacologique simple, mais efficace, favorisant la détente chez les femmes en travail. Les effets bénéfiques potentiels sont la diminution de la douleur, la relaxation, l'augmentation possible du taux d'endorphines et une diminution du niveau d'anxiété⁽⁵⁸⁾. Le massage communique aussi un message de soutien, d'encouragement et d'empathie, et alimente un sentiment de sécurité chez la femme qui accouche⁽⁵⁹⁾.

Une étude a démontré la présence d'un sentiment de contrôle plus important lors du travail chez les femmes ayant participé à un programme de massage durant la fin de la grossesse et lors du travail⁽⁶⁰⁾.

Deux études randomisées contrôlées ont permis de démontrer une diminution de la pression sanguine, de l'expression de l'anxiété et de la douleur ainsi qu'une amélioration de l'humeur chez les individus ayant reçu un massage^(8,61).

Le toucher pendant le travail peut réduire la douleur et augmenter le sentiment de bien-être et de contrôle.

Toutefois, certaines femmes n'aiment pas être touchées ou préfèrent certaines formes de toucher à d'autres pendant le travail.

La musique

La musique a de multiples fonctions dans la gestion de la douleur. Elle permettrait de se centrer sur ce qui se passe en soi, de se distraire et de stimuler le centre du plaisir^(62,63).

La musique favoriserait une meilleure concentration et une diminution du stress chez la femme lors du travail. Elle faciliterait également une respiration et des mouvements rythmiques en harmonie avec la musique, les deux favorables à l'apprivoisement de la douleur⁽⁶⁴⁾. On précise toutefois que la musique devrait être choisie par la femme elle-même et lui être familière afin d'obtenir l'effet souhaité (entraînant ou apaisant)⁽⁶²⁾ au moment de l'accouchement.

Une étude contrôlée et randomisée a examiné les effets de la musique sur la réaction à la douleur et à l'anxiété durant le travail. Elle a démontré des effets positifs durant la phase de latence⁽⁶⁵⁾.

La musique agit comme moyen de distraction des stimuli de douleur et, par ricochet, diminue l'anxiété et la sensation de douleur. Elle favorise aussi la relaxation, laquelle est associée à une baisse du rythme cardiaque et respiratoire⁽⁵⁸⁾.

Parmi les effets bénéfiques cités par les femmes qui ont écouté de la musique lors du travail, on note une diminution de la tension et du sentiment de peur, une diminution de la perception de la douleur durant les contractions, un effet calmant et sécurisant facilitant l'adaptation à l'intensité du travail et à l'environnement⁽⁶⁶⁾.

S'alimenter et s'hydrater

Une revue systématique de la littérature scientifique a conclu qu'il n'y a pas de raison de restreindre la nourriture ou les boissons durant le travail pour les femmes qui ont peu de risques de complications⁽⁶⁷⁾. À moins d'avis contraire, les femmes devraient pouvoir manger et boire si elles le souhaitent.

L'accouchement est un évènement exigeant sur le plan physique, et manger peut être une manière de conserver son énergie.

Démystifier la douleur de l'accouchement

La douleur est présente lors des contractions pour la majorité des femmes. La douleur du travail, différente de la souffrance ou d'une douleur liée à un traumatisme, n'indique pas que quelque chose va mal; elle signale que le processus du travail est en cours.

Le rôle de la douleur lors de l'accouchement

C'est d'abord le signal que quelque chose de puissant se passe. La sensation de douleur fait en sorte que la femme cesse ses activités et trouve un endroit sécuritaire pour donner naissance⁽⁶⁸⁾.

Dans une perspective anthropologique, donner naissance constitue un rite de passage où l'expérience et le dépassement de la douleur constituent des composantes essentielles⁽⁶⁹⁾.

La douleur stimule les endorphines lesquelles jouent un rôle dans la cascade hormonale pour faciliter l'accouchement naturel. La douleur et l'interaction complexe des hormones favorisent l'établissement des comportements nécessaires pour prendre soin de son bébé et l'allaiter.

Le sentiment de dépassement par rapport à la douleur lors de l'accouchement naturel apporte des bénéfices à long terme dans la vie d'une femme⁽⁶⁸⁾. Ainsi, donner naissance peut contribuer à augmenter l'estime de soi et le sentiment de pouvoir en tant que femme⁽²⁴⁾.

Par ailleurs, la douleur envoie des messages sur la progression du travail⁽⁶⁸⁾. Elle peut amener la femme à se mouvoir de manière propice au bon déroulement du travail et de l'accouchement.

Aux dires des femmes, ce qui génère la plus grande satisfaction, ce n'est pas une intensité moindre de la douleur, mais le sentiment d'accomplissement et d'implication active dans le processus de l'accouchement⁽⁷⁰⁾.

Distinguer douleur et souffrance

Il y a des distinctions à faire entre douleur et souffrance. En effet, on peut avoir de la douleur sans souffrir et on peut souffrir sans avoir de la douleur^(8,71). La souffrance est la dimension affective de la douleur⁽⁷¹⁾.

Lors de l'accouchement, la douleur peut coexister avec la satisfaction, le plaisir et l'*empowerment*.

À l'inverse, la solitude, le manque de soutien, la peur, des éléments de détresse antérieure, augmentent la probabilité que la femme souffre. La sensation physique de douleur est amplifiée et peut se transformer en souffrance quand elle coexiste avec des états psychologiques négatifs^(8,72-74).

Apprivoiser la douleur

La femme est en mesure de faire face à la douleur de l'accouchement. La douleur est intense, mais surmontable.

La douleur du travail requiert néanmoins que la femme s'arrête et consacre son énergie au travail. La douleur n'est pas continue. Il y a une période d'accalmie entre chaque contraction. La femme peut être encouragée à en profiter entièrement pour se détendre et refaire ses énergies.

La façon de composer avec cette douleur est variable et peut influencer, de manière favorable ou pas, l'expérience de la naissance et du post-partum.

Notre perception de la douleur, nos attentes et nos réactions vis-à-vis de celle-ci sont influencées par le contexte social et culturel dans lequel nous vivons, mais elles sont aussi façonnées par nos expériences de vie personnelles^(75,76).

Une première naissance est une expérience nouvelle, inconnue. Toute expérience nouvelle surprend ou déstabilise. La femme a donc besoin de comprendre ce qui se passe et d'être soutenue. Il est important de lui rappeler qu'elle n'est pas en danger, que ce qui se passe en elle est normal et que plus l'intensité du travail augmente plus le travail progresse et la rapproche du moment où elle tiendra enfin son bébé dans ses bras.

Lors d'une deuxième naissance, les souvenirs du premier accouchement conditionnent souvent la manière d'aborder le travail et l'accouchement. La femme aura tendance à redouter les moments qu'elle avait vécus avec difficulté la première fois. Ainsi, une femme ayant accouché antérieurement sous péridurale craindra de franchir cette étape lorsqu'elle y sera rendue.

Le paradoxe entre sentiments de contrôle et d'abandon

Une relation existe entre la douleur et l'impression d'être en contrôle. Plus la femme a le sentiment d'être en contrôle, moins elle a de douleur; inversement moins elle a le sentiment de maîtriser ce qui se passe, plus elle ressent de la douleur⁽⁷⁷⁻⁸⁰⁾. De plus, le sentiment de contrôle est lié à une expérience positive de l'accouchement⁽⁷⁸⁾.

Par ailleurs, le fait d'être traitée avec respect, de participer aux prises de décision et d'avoir une liberté de mouvement⁽⁷⁸⁾ contribue grandement au sentiment de contrôle.

Paradoxalement, donner naissance demande à la femme de se laisser aller, de s'abandonner, de retrouver son instinct. Plusieurs femmes disent qu'elles sont entrées dans un état altéré de conscience facilité par le relâchement des endorphines. Le corps peut alors prendre le contrôle et terminer le processus de l'accouchement⁽⁶⁸⁾.

Méthodes pour composer avec la douleur du travail

Les méthodes alternatives

Plusieurs méthodes non pharmacologiques existent pour aider la femme à composer avec le travail et l'accouchement. Elles peuvent être des outils intéressants et utiles, mais aucune d'entre elles n'est indispensable.

Pour la plupart de ces méthodes, lorsqu'elles sont accessibles, les parents doivent déboursier une somme d'argent.

Ces méthodes peuvent être divisées en deux catégories : les approches corporelles ou psychiques et les techniques visant à soulager la douleur.

Les approches corporelles ou psychiques

Les femmes enceintes qui recourent à des méthodes agissant sur l'esprit pour influencer les fonctions corporelles (yoga, méditation, hypnose, visualisation, etc.) obtiennent des bénéfices pour leur santé et celle de leur bébé : réduction du stress et de l'anxiété, diminution de l'hypertension, moins de retard de croissance intra-utérin, poids de naissance plus élevé, durée de travail plus courte, moins d'interventions instrumentales lors de l'accouchement et moins de césariennes^(81,82).

Méthode	Description	Effets/efficacité	Commentaires
Yoga prénatal	Le yoga combine des exercices d'assouplissement visant la souplesse avec des exercices de respiration et de méditation.	<p>Le yoga accroît la force musculaire et la flexibilité et amène les femmes à être attentives à leur corps⁽⁸³⁾. Il contribue à augmenter le sentiment de compétence et permet de se remettre plus rapidement du stress⁽⁸⁴⁾.</p> <p>Le yoga aide les femmes à développer une confiance qui facilite le travail et leur permet de mieux vivre la douleur de l'accouchement⁽⁸⁵⁻⁸⁸⁾. Les possibilités d'efficacité augmentent si le yoga est commencé tôt dans la grossesse⁽⁸⁹⁾.</p> <p>Une étude randomisée auprès de 74 femmes primigestes a démontré que celles pratiquaient le yoga prénatal, à raison de 30 minutes trois fois par semaine sur une période de 10 semaines, faisaient état d'un plus grand confort lors du travail, d'une moins grande perception de la douleur pendant l'accouchement et dans les 2 heures suivant la naissance⁽⁹⁰⁾.</p>	Le yoga est une discipline à considérer pour la promotion du bien-être général, et la réduction des inconforts de la grossesse ⁽⁸²⁾ .

Méthode	Description	Effets/efficacité	Commentaires
Approche posturo-respiratoire de la docteure Bernadette de Gasquet	Médecin et professeure de yoga, la docteure Bernadette de Gasquet, a développé une approche posturo-respiratoire (APOR) visant à maintenir ou à rétablir la physiologie de l'accouchement. Cette approche débute en prénatal. Elle prépare la femme pour l'accouchement et pour une remise en forme en période postnatale. Elle propose, entre autres, diverses positions pour faciliter le travail ainsi qu'une méthode de respiration et de poussée plus adaptée pour le bébé et pour la protection du périnée ^(91,92) .	Sa méthode est intéressante et a été adoptée par plusieurs maternités françaises. Certains professionnels québécois en obstétrique l'appliquent lors d'accouchements, mais elle a été peu étudiée jusqu'à maintenant.	
La méthode Bonapace	La méthode Bonapace ⁽⁹³⁾ fondée sur les principes de la neurophysiologie de la douleur vise à préparer les parents afin de faciliter l'accouchement pour la femme et à promouvoir la participation du père. On enseigne entre autres aux parents, des postures et des massages qui facilitent la relaxation, on leur donne des outils pour gérer la douleur lors de l'accouchement, la psychologie et la physiologie du travail, la respiration et l'imagerie mentale.	Suivant cette méthode, trois mécanismes endogènes permettent de réduire la douleur lors de l'accouchement : le contrôle de la pensée, la théorie du portillon et la création d'une seconde douleur. Selon Julie Bonapace et le docteur Serge Marchand, neurophysiologiste, qui ont mené une étude à petite échelle, cette méthode diminuerait l'intensité et les aspects désagréables de la douleur.	

Méthode	Description	Effets/efficacité	Commentaires
Hypnose	L'hypnose est une technique permettant d'atteindre un état modifié de conscience. Pour les femmes en travail, elle permettrait de mieux composer avec la douleur.	<p>L'hypnose semble un moyen efficace pour diminuer le stress durant la période prénatale et pendant l'accouchement⁽⁹⁴⁾.</p> <p>L'hypnose pourrait diminuer l'utilisation des analgésiques et de l'anesthésie et abrégérait les phases 1 et 2 du travail⁽⁹⁴⁻⁹⁷⁾.</p> <p>La réponse à l'hypnose semble augmentée chez les primipares, qui ont présenté un plus haut taux d'accouchement vaginal après une hypnothérapie⁽⁹⁷⁾.</p>	L'hypnose présente cependant certaines contre-indications (psychose antérieure) ⁽⁹⁸⁾ et doit être pratiquée par un spécialiste de l'hypnose.
Hypnonaissance	Cette technique de préparation à la naissance vise à vaincre la peur de l'accouchement. En se basant sur certains éléments d'hypnose, sur des techniques de relaxation profonde, de respiration et de visualisation, on enseigne à la femme à faire confiance à son corps et à le respecter de façon à retrouver son pouvoir de donner naissance et à ne plus être dominée par la peur qui engendre la tension et la douleur.	<p>Peu d'études ont analysé l'efficacité des programmes d'hypnonaissance, mais puisqu'ils utilisent des éléments d'hypnose, certains liens peuvent être faits avec les études sur l'hypnose.</p> <p>On a pu constater chez les femmes pratiquant l'autohypnose lors du travail un recours moins fréquent aux méthodes analgésiques pharmacologiques pour diminuer la douleur, dont l'analgésie péridurale, ainsi qu'une plus grande satisfaction en ce qui a trait à la gestion de la douleur en comparaison avec les groupes de contrôle. Davantage d'études sur les méthodes non pharmacologiques, dont l'autohypnose, sont toutefois nécessaires vu la petite taille des échantillons⁽⁹⁸⁾.</p>	La future mère atteint un état de relaxation profonde, sans perdre contact avec la réalité. Elle peut ainsi donner naissance à son bébé en toute sérénité.

Méthode	Description	Effets/efficacité	Commentaires
Sophrologie	<p>La sophrologie est une technique de relaxation s'apparentant à l'hypnose. Elle fait appel à des exercices mentaux et à des exercices de respiration. Elle permet une préparation physique et mentale pour l'accouchement tout en favorisant le développement d'une relation avec l'enfant à naître.</p> <p>Des suggestions sont formulées pour diminuer l'anxiété et la peur de la douleur⁽⁹⁹⁾.</p>	<p>Peu d'articles ont été publiés au sujet de la sophrologie. Les écrits relatent plutôt l'expérience personnelle d'experts que les résultats cliniques évaluant l'approche. On ne peut donc pas se prononcer avec certitude sur son efficacité.</p>	<p>Le terme a été créé à partir des mots grecs <i>sos</i> (harmonie), <i>phren</i> (esprit) et <i>logia</i> (étude), combinaison à laquelle les sophrologues donnent ce sens « étude de l'harmonisation de la conscience ».</p> <p>Cette technique est surtout utilisée en France.</p>
Haptonomie et préparation affective à la naissance	<p>L'haptonomie vise à créer une présence affective par le toucher et à outiller le couple pour la gestion de la douleur au moment de l'accouchement. De plus, elle contribue à l'établissement d'une sécurité de base chez le bébé⁽¹⁰⁰⁾.</p> <p>La préparation affective à la naissance a été développée par Brigitte Dohmen. Elle intègre des éléments de l'haptonomie, du chant prénatal, de la psychanalyse, de la psychologie du développement, de l'ostéopathie et du travail périnéal.</p>	<p>L'haptonomie peut parfois être utilisée pour le positionnement du bébé⁽¹⁰⁰⁾.</p>	<p>Le terme haptonomie a été inventé par Frans Veldman à partir de deux mots grecs : <i>hapto</i> (je touche) et <i>nomos</i> (la norme). Il signifie « science du toucher affectif ».</p> <p>À notre connaissance, aucune recherche n'a été publiée sur les effets de l'haptonomie ni sur l'influence qu'ont l'haptonomie et la préparation affective à la naissance sur la perception de la douleur de l'accouchement.</p>

Les techniques visant à soulager la douleur

Certaines techniques développées pour répondre à différents besoins en santé sont aussi utilisées pour soulager la douleur lors de l'accouchement.

Méthode	Description	Effets/efficacité	Commentaires
TENS	Le TENS (<i>Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation</i>) consiste en une neurostimulation électrique transcutanée destinée à soulager la douleur grâce à un courant électrique de faible tension transmis par des électrodes placées sur la peau et commandé par la femme elle-même au moyen d'un appareil portable. Cette méthode a pour effet de bloquer le signal de la douleur se rendant au cerveau (théorie du contrôle de seuil de la douleur ou <i>gate-theory</i>) ⁽¹⁰¹⁾ ou d'augmenter le relâchement local d'endorphines ^(102,103) .	<p>Une méta-analyse⁽¹⁰⁴⁾ comprenant 17 études randomisées contrôlées révèle que, de manière générale, les femmes rapportent peu de différence quant à l'intensité de la douleur perçue lors de l'utilisation du TENS. Il est à noter toutefois que les femmes appliquant le TENS sur des points d'acupuncture avaient moins tendance à considérer la douleur du travail comme étant sévère. Toutefois, ce dernier constat était variable. Plusieurs femmes ont affirmé souhaiter réutiliser cette méthode lors d'un accouchement subséquent.</p> <p>Des études randomisées contrôlées^(8,105) ont permis de démontrer une réduction de l'utilisation d'analgésiques avec l'emploi du TENS. Il s'est révélé particulièrement utile pour soulager la douleur au dos.</p>	L'application de TENS sur des points d'acupuncture particuliers pourrait être une manière non invasive de soulager la douleur dans la première phase du travail ⁽¹⁰⁶⁾ .
Papules d'eau sous-cutanées	L'injection sous-cutanée d'eau stérile à des points précis dans la région du sacrum diminue la douleur localisée au bas du dos en quelques minutes. L'effet dure de 45 à 120 minutes.	<p>L'utilisation de papules d'eau stérile serait associée à une diminution de la douleur lombaire pendant le premier stade du travail⁽¹⁰⁷⁾.</p> <p>Selon les études, cette méthode ne diminue pas le recours aux autres moyens de soulager la douleur⁽¹⁰⁸⁾, mais elle peut retarder le recours à la péridurale⁽¹⁰⁹⁾.</p>	

Méthode	Description	Effets/efficacité	Commentaires
Acupuncture	<p>Technique faisant partie de la médecine chinoise traditionnelle consistant en l'implantation de fines aiguilles en des points précis visant à améliorer la santé ou à soulager la douleur.</p>	<p>Une étude randomisée contrôlée⁽¹¹⁰⁾ réalisée auprès de 607 femmes a permis de conclure que l'usage de l'acupuncture lors du travail était associé à une réduction de la demande pour des méthodes pharmacologiques visant à soulager la douleur. Par ailleurs, plus de la moitié des femmes ont pu constater un effet calmant à la suite des traitements. Elles se disaient plus détendues et avaient un plus grand sentiment de contrôle.</p> <p>Les auteurs d'une méta-analyse effectuée en 2010 concluent que l'acupuncture semble diminuer le recours à d'autres méthodes d'analgésie, mais que les preuves sont faibles. L'hétérogénéité des études rend les résultats difficiles à interpréter. Aucun effet secondaire ne semble rapporté relativement à l'acupuncture⁽¹¹¹⁾.</p> <p>Toutefois, des critiques ont été faites quant à cette interprétation négative des auteurs dans leur conclusion à propos des résultats réellement obtenus. Selon certains, il aurait été plus juste de dire que l'efficacité de l'acupuncture varie selon le type d'acupuncture choisi et les conditions de comparaison^(112,113).</p>	

Méthode	Description	Effets/efficacité	Commentaires
Acupression, Shiatsu	<p>L'acupression est une méthode qui dérive de l'acupuncture et qui consiste en un massage des points d'acupuncture plutôt qu'en l'insertion d'aiguilles.</p> <p>Le shiatsu est une technique japonaise consistant aussi en des pressions et des massages sur des points précis.</p>	<p>Une revue de littérature sur le sujet a permis de constater que 9 des 10 études portant sur l'acupression au moment du travail concluent qu'il s'agit d'un moyen efficace pour diminuer la douleur. Toutefois, les auteurs de cette revue estiment que les résultats sont peu probants vu le manque de rigueur dans la collecte et l'analyse des données⁽¹¹⁴⁾.</p> <p>Une étude randomisée auprès de 75 femmes a démontré qu'une séance de 30 minutes d'acupression au point SP6, au moment des contractions, est une méthode efficace pour diminuer la perception de la douleur chez les femmes en travail⁽¹¹⁵⁾.</p>	
Aromathérapie	<p>Les huiles essentielles peuvent être employées de plusieurs manières par exemple en appliquant une goutte sur le poignet, sur l'arcade sourcilière, sur l'oreiller, sur une compresse, ou en les mélangeant, dans l'eau du bain ou dans l'huile à massage. Les huiles peuvent également être diffusées dans la pièce à l'aide d'un diffuseur.</p> <p>Les huiles essentielles sont surtout utilisées pour réduire l'anxiété, la peur, la douleur, la nausée et les vomissements, ainsi que pour améliorer le bien-être et l'efficacité des contractions utérines⁽¹¹⁶⁾.</p>	<p>Une étude prospective recueillant des données auprès de 8058 femmes ayant fait l'essai de l'aromathérapie lors du travail a permis de constater que les femmes qui y avaient recours pour diminuer leur niveau d'anxiété et de peur avaient moins recours à la péridurale et étaient plus nombreuses à accoucher par voie vaginale de façon spontanée.</p> <p>Les huiles utilisées pour soulager la douleur du travail furent appréciées (lavande, encens) sans pour autant que l'on note une différence quant au taux de péridurale. L'huile de menthe poivrée fut jugée efficace pour soulager les nausées et vomissements lors du travail. Seulement 1 % des femmes ont connu des effets indésirables qu'elles attribuaient à l'aromathérapie (nausées, démangeaisons, céphalées, accouchement rapide). Toutes ces réactions pourraient être attribuables à d'autres facteurs. Aucun effet négatif majeur n'a été noté chez les mères ni chez les bébés⁽¹¹⁷⁾.</p>	<p>C'est un produit volatil qui pourrait aussi causer des effets aux autres personnes présentes (nausées, maux de tête, éruption cutanée)⁽⁸⁾.</p>

Les méthodes pharmacologiques

Lorsque le soutien reçu et l'utilisation de méthodes non pharmacologiques ne suffisent plus à la femme pour gérer les sensations et la douleur, l'utilisation des méthodes pharmacologiques peut être indiquée. Le recours à de telles méthodes ne doit toutefois pas viser à éliminer totalement la douleur, mais plutôt à la rendre tolérable.

Rappelons que la douleur joue un rôle important dans le processus physiologique de l'accouchement : elle stimule la sécrétion des endorphines et envoie des messages sur la progression du travail, ce qui peut amener la femme à se mouvoir de façon à favoriser le bon déroulement de celui-ci et de l'accouchement. Les méthodes pharmacologiques doivent donc être utilisées dans le but de diminuer la douleur de façon à pouvoir « travailler » avec elle, tout en laissant la place à un certain inconfort nécessaire à la progression de l'accouchement.

Les méthodes pharmacologiques agissent sur la composante physiologique de la douleur; elles contribuent à en réduire l'intensité. Puisqu'elles n'influent pas sur la composante psychologique, il est important de maintenir le soutien apporté à la femme ainsi que l'utilisation des méthodes non pharmacologiques.

Il existe différentes méthodes pharmacologiques de soulagement de la douleur durant le travail. La présente section en présente quatre :

- l'analgésie péridurale;
- l'utilisation de narcotiques (opioïdes);
- l'utilisation de protoxyde d'azote (oxyde nitreux);
- le bloc du nerf pudendal (ou nerf honteux).

Chacune des méthodes comporte des avantages et des inconvénients. L'ordre de présentation des méthodes dans le texte ne correspond pas à la préférence qui devrait leur être accordée pendant le travail et l'accouchement. Toutefois, il faut donner de l'information aux femmes sur les méthodes pharmacologiques disponibles et discuter des autres moyens à leur disposition permet d'établir avec elles des objectifs réalistes et de favoriser le bon déroulement de l'accouchement^(33,118).

Il est aussi important de souligner l'importance du soutien continu de la patiente, quelle que soit la méthode de gestion de la douleur utilisée puisqu'il est désormais reconnu et démontré qu'un soutien inadéquat est associé à une cascade d'interventions obstétricales⁽¹¹⁹⁾ qui ne sont pas sans conséquence pour la mère et l'enfant à naître.

L'analgésie péridurale

Une péridurale (communément appelée épidurale) est un mode d'analgésie qui diminue l'intensité de la douleur du travail et de l'accouchement. L'analgésie péridurale peut procurer un soulagement efficace de la douleur pendant tous les stades du travail et de l'accouchement. Elle est administrée exclusivement par les anesthésistes, dans les centres

hospitaliers. L'analgésie péridurale fait partie des techniques dites neuraxiales utilisées pour le soulagement de la douleur liée à l'accouchement, au même titre que la rachianalgésie et la technique combinée. Cette section traitera plus particulièrement de la péridurale, qui est la technique la plus souvent utilisée.

La procédure

Afin de prévenir la déshydratation et l'hypotension, une perfusion de soluté est installée avant le début de l'intervention. L'anesthésiologiste révise le dossier médical, recueille les renseignements pertinents et obtient le consentement de la femme en travail après lui avoir expliqué la technique et les risques qui y sont associés.

Pour la pose du cathéter et l'administration de la péridurale, la femme doit se positionner afin d'arrondir ou de courber son dos de manière à faire ressortir les vertèbres de la région lombaire situées dans le bas du dos (dos rond de chat). La femme peut s'asseoir sur le bord du lit ou se coucher sur le côté avec les jambes fléchies et le dos voûté. Pendant une courte période, au moment de l'insertion de l'aiguille, elle ne doit pas bouger. L'infirmière peut la soutenir et l'informer au fur et à mesure du déroulement de l'intervention.

Après avoir gelé la peau avec un anesthésique local, la lidocaïne, l'anesthésiste insère une aiguille entre les vertèbres dans l'espace péridural. Il est à noter qu'à l'endroit où l'on insère l'aiguille, il est impossible de piquer dans la moelle épinière puisque celle-ci se termine plus haut dans la colonne. Un tube souple de plastique est inséré à l'intérieur de la cavité de l'aiguille, qui sera retirée une fois le tube en place. Ce tube (cathéter) est relié à une pompe qui infuse de façon continue la solution médicamenteuse tout au long du travail. Le tube est solidement fixé au dos jusqu'à l'épaule à l'aide d'un diachylon.

L'administration d'une analgésie péridurale ne constitue pas une indication de monitoring fœtal électronique. Il est recommandé de poursuivre la surveillance fœtale par auscultation intermittente.

Deux méthodes d'administration

Deux méthodes d'administration sont utilisées actuellement par voie péridurale pendant le travail : l'injection en perfusion continue, avec bolus au besoin, et l'analgésie péridurale contrôlée par la patiente (APCP).

Dans le cas de l'injection en perfusion continue, l'utilisation de la pompe de perfusion permet une administration stable de la solution médicamenteuse. Si le niveau d'inconfort devient intolérable malgré la perfusion, un bolus supplémentaire de médicaments peut être administré à la patiente. Comme il peut survenir des effets secondaires, il est nécessaire d'exercer une surveillance régulière jusqu'à l'arrêt de la perfusion péridurale.

L'utilisation de l'APCP présente certains avantages. Elle permet une adaptation des doses en fonction des besoins de la femme ainsi qu'une diminution du risque de surdosage et donc des effets secondaires. Une sensation accrue d'autonomie est notée par rapport à la perfusion continue seule. De plus, il y a moins de manipulations sur la ligne de perfusion, ce

qui diminue les risques d'erreur; seule la surveillance régulière reste de mise. Avec une APCP, le soulagement de la douleur et la satisfaction maternelle sont comparables aux effets obtenus par une perfusion continue^(120,121).

Dosage et choix des médicaments

On utilise un mélange de médicaments comprenant un anesthésique local et un opioïde, tous deux utilisés en faible concentration de manière à limiter les effets secondaires. Le choix des médicaments ainsi que les dosages peuvent varier selon les centres hospitaliers.

Mobilité lors de la péridurale

Il a été établi que lorsque les femmes continuent à se lever et à bouger pendant le travail de l'accouchement, cela entraîne une diminution de la durée du premier stade du travail, du taux d'analgésie péridurale utilisé et du taux de césariennes⁽⁴⁷⁾. Généralement, en cas d'analgésie péridurale, la position couchée est préconisée et il est recommandé d'utiliser la technique de la roulade pour maintenir un certain degré de mobilité.

La péridurale avec minimisation du bloc moteur (dite ambulatoire) est un mode d'administration où une faible dose de médicaments est injectée permettant de conserver une mobilité relative pouvant permettre la marche. Elle est faite de manière à entraîner le moins d'impact possible sur la mobilité et le moins d'hypotension possible. Pour le moment, les données de la littérature démontrent un taux plus élevé de satisfaction des femmes par rapport à leur accouchement et une diminution de l'incidence de rétention urinaire nécessitant un cathétérisme vésical lorsque ce type d'analgésie est comparé à la péridurale conventionnelle⁽¹²²⁻¹²⁵⁾. En ce qui concerne la durée du travail et le taux de césariennes, l'influence bénéfique de l'analgésie ambulatoire n'est pas scientifiquement démontrée⁽¹²⁶⁾.

Il convient de noter que cette technique n'est pas offerte dans tous les centres hospitaliers québécois.

Moment opportun pour offrir la péridurale

La péridurale devrait être administrée en fonction de l'évolution du travail, des conditions médicales et des préférences de la femme. Elle peut par exemple être administrée dans le cas où la femme est épuisée ou en souffrance, ou lorsque le travail n'avance pas. La péridurale est préconisée d'emblée dans certaines conditions cliniques où son utilisation fait partie du plan de traitement⁽¹²⁷⁾.

Un soutien insuffisant durant le travail augmente le risque de recevoir une péridurale, notamment chez la femme qui avait choisi initialement de ne pas y avoir recours^(33,34,128).

Début et durée d'action de la péridurale

L'effet de la péridurale peut prendre de 10 à 20 minutes avant de se manifester. En général, l'analgésie péridurale est poursuivie pendant tout le travail jusqu'à l'accouchement. En cas de césarienne, l'anesthésie peut se faire en utilisant le cathéter péridural déjà en place.

Effets secondaires et conséquences possibles pour la mère

La péridurale est une intervention généralement sécuritaire, mais elle est associée à un certain nombre d'effets secondaires et, plus rarement, à certaines complications. Ses effets secondaires possibles sont généralement transitoires et sans gravité :

- Chute passagère de la tension artérielle maternelle;
- Nausées, vomissements;
- Démangeaisons;
- Difficulté à uriner, entraînant la nécessité de vider la vessie par l'insertion, au besoin, d'un cathéter urinaire;
- Étourdissements;
- Hyperthermie maternelle* pouvant entraîner l'utilisation d'antibiotiques;
- Douleurs au point de ponction dans le dos qui peuvent durer quelques jours;
- Engourdissements des jambes et difficulté à les bouger;
- Frissons.

Complications maternelles

La complication la plus fréquente de la péridurale demeure l'analgésie inadéquate. Ainsi, on note un taux d'échec de 2 à 5 % et un taux insatisfaisant d'analgésie de l'ordre de 10 à 15 %^(130,131). Dans le cas d'une analgésie incomplète, il est possible de remédier à la situation, mais, dans certains cas, la seule manière d'obtenir une analgésie adéquate est de répéter la technique péridurale. Il est important que les femmes soient informées de cette possibilité et préparées à y faire face, le cas échéant.

Une ponction accidentelle de la dure-mère peut compliquer la procédure dans de 1 à 2 % des cas et causer une céphalée positionnelle pouvant durer quelques jours. Parmi les autres complications, il y a l'injection intraveineuse accidentelle pouvant provoquer des effets maternels (1:5000 à 1:9000), l'injection sous-arachnoïdienne accidentelle causant une dépression respiratoire et un bloc sensitif et moteur haut (1:1400 à 1:4500), un déficit neurologique temporaire ou permanent à la suite d'un trauma neural direct, et un hématome ou un abcès épidual (1:200 000)⁽¹³²⁻¹³⁴⁾. Il est aussi à noter que l'on observe près de 1 % de déficits neurologiques périphériques attribuables à l'étirement ou à la compression d'un nerf pendant l'accouchement et non à la péridurale⁽¹³⁵⁾.

* Hyperthermie maternelle : le lien entre la péridurale et l'hyperthermie maternelle demeure inexpliqué, mais dans cette situation il faut veiller à faire diminuer la température de la mère, chercher une source d'infection et, le cas échéant, la traiter⁽¹²⁹⁾.

Conséquences possibles sur le travail

La péridurale peut entraîner certains effets non désirés sur le déroulement du travail et de l'accouchement et augmenter les risques d'interventions^(136,137). L'impact de la péridurale sur la sécrétion des hormones nécessaires au déroulement de l'accouchement ainsi que l'utilisation de concentrations élevées d'anesthésique local font partie des explications proposées pour expliquer ces effets néfastes.

Les effets non désirés de la péridurale sur le déroulement du travail et de l'accouchement incluent un allongement modeste du second stade du travail ainsi qu'une hausse du taux d'accouchements instrumentalisés (ventouse et forceps), particulièrement lorsque des solutions plus concentrées d'anesthésique local sont utilisées⁽¹³⁸⁾. L'utilisation de perfusions péridurales diluées est encouragée pour diminuer ces répercussions possibles sur le travail⁽¹³⁹⁾.

Une plus grande utilisation d'ocytocine a été liée à l'utilisation de la péridurale, mais atteint tout juste une valeur statistiquement significative dans une méta-analyse qui combine les résultats de plusieurs études⁽¹³⁸⁾.

Un taux plus élevé de césariennes pour détresse fœtale a aussi été rapporté lors de l'analyse d'études sur le sujet. L'augmentation notée atteint tout juste le niveau statistiquement significatif et ne représente qu'une très faible augmentation du taux de césariennes. Il convient aussi de noter que les concentrations d'anesthésique local utilisées ne correspondent plus à la pratique moderne de l'anesthésie obstétricale⁽¹³⁴⁾.

Ces dernières années, des données concernant un taux d'initiation de l'allaitement et une durée de la période d'allaitement diminués chez les femmes recevant une analgésie pendant le travail ont été publiées. Cependant, des études plus rigoureuses sur l'ensemble des facteurs en jeu devront être menées afin de répondre adéquatement à cette question⁽¹⁴⁰⁾.

Il a été démontré que l'utilisation de la péridurale, même tôt durant le travail actif alors que la patiente est souffrante, n'est pas associée à une prolongation de la durée du premier stade ni à une augmentation du taux de césariennes par rapport à son utilisation plus tardivement pendant le travail^(141,142). Enfin, la péridurale n'a pas d'effet sur le taux de césariennes^(141,142).

Effets secondaires et conséquences pour le fœtus

Les effets sur le fœtus et le nouveau-né sont possibles et peuvent se produire de deux façons : soit par l'absorption intraveineuse des médicaments utilisés, soit par l'effet de la péridurale sur l'état de la mère (par exemple, une baisse marquée de la tension artérielle) qui pourrait affecter le fœtus. En raison de l'utilisation de concentrations de plus en plus faibles de médicaments, il n'y a que peu ou pas d'effet résultant de l'absorption intraveineuse pour le fœtus. Par contre, si la mère a des effets secondaires marqués ou une complication grave, il peut y avoir des répercussions sur le bien-être du bébé.

L'un des effets les plus souvent observés est le ralentissement de la fréquence cardiaque fœtale attribuable à une augmentation du tonus utérin. Cette bradycardie est habituellement transitoire et sans conséquence et répond aux manœuvres favorisant une augmentation de la perfusion placentaire (positionnement maternel, arrêt de l'ocytocine, traitement de l'hypotension, stimulation fœtale et tocolytique). Par contre, si elle se prolonge, on peut avoir à procéder à l'accouchement plus rapidement.

Poussées retardées sous péridurale

Les femmes sous péridurale peuvent ressentir une moins grande envie de pousser. La technique de poussée retardée consiste à retarder le moment de pousser jusqu'à ce que la tête du bébé soit à la vulve ou jusqu'à ce que la femme ressente, malgré la péridurale, un fort besoin de pousser. Cette technique est encouragée afin de raccourcir la durée des efforts expulsifs et d'augmenter leur efficacité. La technique de la poussée retardée à dilatation complète lors d'une péridurale a pour effet de favoriser l'accouchement vaginal spontané. Elle diminue aussi les risques d'utilisation de forceps de rotation⁽¹⁴³⁾, ainsi que les risques de traumatismes au périnée.

Contre-indications à l'administration de la péridurale

Le recours à la péridurale est contre-indiqué dans les circonstances suivantes :

- troubles de la coagulation et diminution des plaquettes sanguines;
- hémorragie intrapartum avec hypovolémie non corrigée;
- infection au dos;
- hypertension intracrânienne;
- incapacité à localiser l'espace péridural;
- impossibilité pour la femme de ne pas bouger pendant la procédure d'injection;
- manque de temps pour administrer la péridurale de façon sécuritaire (accouchement imminent ou d'urgence).

À noter que le tatouage n'est pas une contre-indication pour la péridurale.

L'utilisation de narcotiques

Les narcotiques (opioïdes) sont principalement utilisés lorsque la péridurale n'est pas une option possible. Il peut aussi arriver qu'un anesthésiste ne soit pas disponible ou que la péridurale soit inefficace et ne procure pas le soulagement escompté. De plus, certaines femmes ne désirent pas recevoir de péridurale.

Différentes options sont offertes, comme la morphine ou le fentanyl, et sont préférables à d'autres narcotiques comme la mépéridine (Demerol), qui est susceptible de se retrouver chez le nouveau-né jusqu'à 90 heures après l'administration à la mère. Les narcotiques sont injectés par voie intramusculaire ou sous-cutanée. On peut aussi avoir recours à des bolus intraveineux répétitifs ayant un effet plus rapide. Les bolus peuvent être autoadministrés par

la femme à l'aide d'une pompe qu'elle commande (analgésie contrôlée par la patiente, ACP) ou par le personnel jusqu'à l'accouchement. Dans ces cas, le rémifentanyl et le fentanyl sont les narcotiques les plus souvent utilisés. Le recours à l'ACP doit se faire en utilisant un protocole d'administration hospitalier spécifiant les modalités de l'administration ainsi que le niveau de surveillance maternelle. Dans le cas d'administration d'un opioïde à la mère, un suivi pour le nouveau-né doit aussi être prévu selon son état à la naissance et le moment de l'administration de l'analgésique à la mère.

L'administration de narcotiques comporte plusieurs désavantages.

Chez la mère :

- nausées et vomissements;
- prurit;
- hypoventilation;
- soulagement incomplet de la douleur;
- étourdissements, somnolence;
- dysphorie, sentiment de perte de contrôle.

Chez le nouveau-né :

- dépression respiratoire à la naissance;
- effets sur le comportement, telle la diminution de la réactivité et du réflexe de tétée^(132,134);
- Initiation de l'allaitement retardée et durée de l'allaitement raccourcie.

Ces effets chez le bébé sont particulièrement à surveiller en cas d'administration d'un opioïde à la mère dans les deux heures précédant la naissance.

L'utilisation de protoxyde d'azote (oxyde nitreux)

Le protoxyde d'azote est un gaz volatil appelé gaz hilarant qui procure des effets analgésiques légers. Il est utilisé en association avec de l'oxygène, le mélange le plus populaire étant le Nitronox (50 % de protoxyde d'azote et 50 % d'oxygène). C'est une forme d'analgésique qui agit très rapidement et qui s'élimine tout aussi rapidement. Le protoxyde d'azote est autoadministré à l'aide d'un masque facial. Afin de s'assurer d'un effet optimal, la femme doit commencer à respirer dans le masque dès le début de la contraction et enlever le masque à la fin de la contraction.

Le protoxyde d'azote est utile dans le cas où la femme a réussi à gérer la douleur jusqu'à la phase de transition (7 ou 8 cm) et qu'elle a ensuite besoin d'une certaine forme d'analgésie pendant une brève période. Le gaz réduit généralement la douleur après deux ou trois inspirations profondes. L'effet disparaît au bout de quelques minutes.

Le protoxyde d'azote ne devrait être utilisé que pour de courtes périodes. Parmi les effets secondaires rapportés, on compte des nausées, des vomissements et des étourdissements⁽¹²⁸⁾.

Le protoxyde d'azote est sécuritaire et ne cause pas de somnolence chez le bébé⁽¹²⁷⁾. Si un bébé présente une dépression respiratoire à la naissance pour d'autres raisons, il faut stimuler sa respiration et lui procurer une assistance respiratoire au besoin, de façon à s'assurer de l'élimination rapide du protoxyde d'azote. Il faut noter qu'il existe certaines préoccupations concernant l'exposition du personnel à de faibles concentrations du gaz expiré par la femme en travail bien qu'aucun effet néfaste n'ait été rapporté dans ce contexte⁽¹⁴⁴⁾.

Le bloc du nerf pudendal (ou nerf honteux)

Le bloc du nerf pudendal sert à l'analgésie du périnée durant le deuxième stade du travail. Il s'agit d'une injection locale d'un produit anesthésiant dans le vagin, près du plan médian de l'épine ischiatique de chaque côté du bassin. L'effet se fait généralement sentir en trois ou quatre minutes. Le taux de succès de ce bloc est de 50 à 80 %^(145,146). Les complications maternelles comprennent la toxicité à l'anesthésique local utilisé par injection intravasculaire accidentelle, un hématome, une lacération vaginale et l'infection. Cette technique est contre-indiquée s'il y a présence d'un trouble de la coagulation en raison d'un risque d'hématome.

Cette forme d'analgésie peut être envisagée quand d'autres types d'analgésie régionale n'ont pu être utilisés ou ont été inefficaces. Elle peut être particulièrement indiquée dans le cas d'accouchements instrumentalisés ou d'une réparation extensive du périnée.

Messages clés à transmettre aux futurs parents

Voici les principaux messages de santé à transmettre à tous les futurs parents, selon un consensus basé sur la recherche scientifique et la pratique professionnelle. Il est à noter que cette section ne constitue pas un résumé de la fiche.

Les messages sont formulés de façon à s'adresser directement aux futurs parents, que ce soit lors d'un suivi individuel ou lors d'une rencontre prénatale de groupe. Ils sont précédés d'un porte-voix et suivis d'une explication plus détaillée. En cliquant sur les mots soulignés dans le texte, vous serez dirigé vers la section de la fiche complète qui traite de ce thème.



L'accouchement naturel est bon pour la santé de la mère et du bébé.

Lors de l'accouchement naturel, le corps déploie un équilibre hormonal délicat favorisant par la suite le lien d'attachement entre votre bébé et vous, l'allaitement, l'éveil et la respiration du bébé ainsi qu'un rétablissement rapide pour la mère. De plus, de nombreuses mères ayant accouché naturellement rapportent un sentiment de satisfaction plus grand.



L'accouchement se prépare en confiance.

La préparation à l'accouchement est importante pour vous aider à construire votre confiance en votre capacité à donner naissance naturellement. L'expérience de l'accouchement vous revient, et vous avez les ressources intérieures pour bien la vivre.

Une bonne préparation doit comprendre une préparation mentale à ce qui s'en vient (compréhension du processus de l'accouchement), mais aussi une préparation physique et émotionnelle.

Des exercices de relaxation, d'attention à la respiration et de visualisation peuvent être utiles. Mettre des mots sur vos peurs peut vous permettre de les surmonter.



Le soutien et l'accompagnement lors de l'accouchement sont importants et conseillés.

Un soutien individualisé et continu joue un rôle important pour faciliter l'accouchement et contribue à créer une expérience satisfaisante.

Le soutien continu pourrait diminuer le recours aux analgésiques durant le travail et augmenter vos chances de vivre un accouchement vaginal spontané.

Choisissez une ou des personnes avec qui vous vous sentez à l'aise pour accoucher et exprimez-leur vos attentes. Ces personnes doivent être là pour vous et non simplement pour participer à un évènement.

Les professionnels de la santé peuvent aussi vous apporter du soutien et en donner aux personnes qui vous accompagnent. Le soutien des différentes personnes peut se combiner pour votre plus grand bien.



L'environnement est important lors de l'accouchement.

Les hormones de l'accouchement sont sensibles à l'environnement et à votre état d'esprit. Il est important que vous ayez confiance en vos capacités d'accoucher, que les gens qui vous entourent vous inspirent confiance, que le bruit, la lumière, l'activité autour de vous, y compris les conversations, soient réduits au maximum.



Il est conseillé, lors du début des contractions, d'attendre avant de se déplacer vers le lieu d'accouchement et de suivre la règle du 5-1-1.

Retarder le départ vers le lieu d'accouchement le plus longtemps possible permet de réduire la possibilité d'interventions. On recommande généralement de se déplacer lors de la rupture des membranes ou de suivre la règle du 5-1-1, c'est-à-dire d'attendre d'avoir des contractions assez douloureuses toutes les 5 minutes, qui durent 1 minute, et ce, depuis au moins 1 heure.



Bien vivre la douleur de l'accouchement, c'est possible!

La douleur de l'accouchement est naturelle, normale et saine. Elle est positive et porteuse d'une bonne nouvelle : elle annonce que le bébé s'en vient.

C'est un signal important qui vous dit de vous centrer sur ce qui se passe dans votre corps. La douleur est temporaire et progressive. Elle est aussi productive : c'est une alliée pour faire avancer le travail, pour faire naître le bébé.

Lors de l'accouchement, prenez le temps d'apprivoiser les nouvelles sensations de votre corps, de vous abandonner au rythme du travail, de rester dans le moment présent, une contraction à la fois.

Durant la contraction, bouger, balancer votre bassin, changer de position tout en respirant lentement facilitera le travail et la naissance de votre bébé.

En général, plus les contractions sont fortes, plus elles sont efficaces. La douleur n'est pas continue. Il est important de vous rappeler qu'il y a un espace entre chaque contraction et qu'il faut profiter de ce moment pour relaxer et renouveler son énergie.



L'utilisation des méthodes pharmacologiques doit viser non pas à éliminer la douleur, mais à la rendre tolérable.

Le soulagement de la douleur devrait s'appuyer, en premier lieu, sur des méthodes non pharmacologiques et un soutien adéquat à la femme en travail.

La satisfaction des femmes à l'égard de l'accouchement ne dépend pas que du soulagement de la douleur, mais également de la qualité de l'accompagnement et du

soutien qu'elle a reçu durant l'accouchement. Peu importe la ou les méthodes de soulagement choisies par la patiente, celle-ci doit être accompagnée et soutenue dans son choix.

L'administration d'une analgésie péridurale n'est pas une indication de monitoring fœtal électronique. Il est important que la femme continue à se mouvoir. Les méthodes pharmacologiques ne doivent pas d'emblée être offertes aux femmes.

À moins d'indications cliniques particulières, les méthodes pharmacologiques doivent être envisagées lorsque la femme en fait la demande. Les futures mères doivent être informées avant le début du travail des méthodes offertes à leur centre des naissances. Ces méthodes ne devraient pas être offertes de manière routinière aux femmes lors de l'accouchement, mais doivent demeurer une option dans un plan d'intervention progressif lorsque les méthodes non pharmacologiques sont insuffisantes.

Ressources et liens intéressants

NOTE : Les adresses, noms d'organismes ou documents mentionnés dans cette section ont retenu l'attention des différents partenaires ayant collaboré à la rédaction de cette fiche en raison de leur pertinence. Toutefois, il ne s'agit nullement d'une liste exhaustive et les contenus qui y sont développés n'engagent ni la responsabilité des différents partenaires ni celle de l'Institut national de santé publique du Québec.

Pour de l'information sur ce qui se fait autour de l'accouchement naturel au Québec

Association pour la santé publique du Québec-volet périnatalité

Centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. On peut y retrouver quelques publications dont la brochure : « *Droits des femmes : grossesse et accouchement.* » :
www.aspq.org/documents/file/3-grossesse-et-accouchement-droits-des-femmes.pdf
www.aspq.org/fr/dossiers/perinatalite/50/mission-de-l-aspq.

GROUPE MAMAN (Mouvement pour l'autonomie dans la maternité et pour l'accouchement naturel)

Groupe de parents faisant la promotion de l'accouchement naturel et de l'autonomie des familles lors de la grossesse, de l'accouchement et du postnatal.
www.groupemaman.org

Regroupement Naissance Renaissance

Organisme féministe provincial d'action communautaire autonome pour l'humanisation de la période périnatale
www.naissance-renaissance.qc.ca/

Pour trouver une accompagnante ou des rencontres prénatales

Réseau des centres de ressources périnatales du Québec :

www.reseaudescrp.org/

Réseau québécois d'accompagnantes à la naissance :

www.naissance.ca/

Pour de l'information et des ressources s'adressant aux femmes qui veulent un accouchement vaginal après avoir eu une césarienne

AVAC-Info :

www.avac-info.org/

Pour de l'information sur les hôpitaux amis des bébés et amis des mères

Initiative internationale pour la naissance MèreEnfant (en anglais : IMBCI).

www.motherfriendly.org/

Pour en savoir plus sur certaines méthodes non pharmacologiques pour composer avec la douleur

Méthode DeGasquet :

www.degasquet.com

Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace :

www.bonapace.com/

Association pour la préparation affective à la naissance :

www.naissanceaffective.com/

Passeport Santé

Pour d'autres renseignements sur des techniques à utiliser durant le travail :

www.passeportsante.net

Autres ressources

Partir du bon pied – De la préconception à la naissance de votre bébé

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada :

<http://sogc.org/fr/Partirdubonpied>.

Déclaration de principes sur l'accouchement normal

Association canadienne des sages-femmes :

[www.canadianmidwives.org/Accouchement normal](http://www.canadianmidwives.org/Accouchement-normal).

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

<http://sogc.org/fr/publications/accouchement-normal/>.

Pour en savoir plus sur l'accouchement naturel

Brabant, I. (2013). *Une naissance heureuse*. Montréal : Fides.

Grégoire, L. et St-Amand, S. (2004). *Au cœur de la naissance*. Montréal : Les éditions du remue-ménage.

Simkin, P. et Ancheta, R. (2011). *The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia*, 3^e éd., Oxford: Wiley-Blackwell.

Lexique

Accompagnante :

Personne ressource offrant du soutien durant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. L'accompagnante est souvent une travailleuse autonome. Elle peut aussi faire partie d'un organisme communautaire. Elle n'est pas une professionnelle de la santé, mais ses services peuvent compléter le suivi médical.

Allègement :

Déplacement du fœtus et de l'utérus vers le bas, dans le bassin. L'allègement permet à la femme de respirer plus facilement.

Analgésie contrôlée par le patient :

Méthode permettant à une personne de s'autoadministrer des doses d'analgésique à l'aide d'une pompe programmable.

Bouchon muqueux :

Le bouchon muqueux est constitué de matière gélatineuse avec des filaments sanguins rosés ou plus foncés. Il sert à combler le col de l'utérus lors de la grossesse prévenant ainsi toute contamination. La maturation du col en fin de grossesse provoque la perte partielle ou totale de ce bouchon. Cette perte est signe qu'un travail se prépare, mais ne signifie pas que l'accouchement est imminent.

Braxton-Hicks (contractions de) :

Contractions irrégulières du myomètre (muscle utérin) commençant à apparaître avant le début du travail. Les contractions de Braxton-Hicks peuvent survenir vers la fin de la grossesse, ou même avant. Souvent elles sont indolores et ressenties plutôt comme un serrement utérin d'une durée d'environ 30 secondes.

Dilatation :

Augmentation progressive du diamètre du col de l'utérus, résultant des contractions utérines et permettant le passage de l'enfant.

Doula :

Au Québec, ce mot est synonyme d'accompagnante à la naissance.

Effacement :

Amincissement et raccourcissement progressif du col de l'utérus vers la fin de la grossesse ou durant le travail. De façon générale, le col commence à s'effacer avant de se dilater, surtout chez les primipares.

Empowerment (ou autonomisation) :

Processus dynamique d'acquisition de pouvoir et de capacité de prise en charge de l'individu par lui-même.

Filière pelvienne :

Partie de l'anatomie gynécologique qui correspond au bassin osseux et aux couches musculaires profondes et superficielles du plancher pelvien.

Hypotension :

Tension artérielle plus basse que la normale.

Moyen pharmacologique :

Méthode de soulagement de la douleur qui implique l'administration de médicament analgésique ou anesthésique.

Phase de latence :

Période d'activité utérine précédant la phase active du travail.

Plan de naissance :

Document permettant à la femme et à son partenaire de se préparer pour l'accouchement et de communiquer leurs attentes ou leurs préférences aux professionnels qui les soutiendront.

Réflexe d'éjection du fœtus :

Puissant réflexe qui permet l'expulsion spontanée du bébé.

Roulade :

Technique utilisée lors de la péridurale, afin de faire changer la femme de position toutes les 20 à 30 minutes (couchée du côté gauche, semi-couchée du côté gauche, appuyée sur les mains et les genoux ou agenouillée, semi-couchée du côté droit, semi-assise).

Rupture des membranes :

Rupture des deux membranes amniotiques (la poche des eaux) entourant le fœtus et le liquide amniotique. Lors de cette rupture, le liquide s'échappe par le vagin en quantité plus ou moins importante.

Score d'APGAR :

Permet d'évaluer l'état du nouveau-né à 1 , 5 et 10 minutes de vie.

Travail dystocique :

Travail qui stagne ou qui ne se déroule pas selon les délais attendus.

Ventouse :

Ventouse conçue pour exercer une traction sur le cuir chevelu du fœtus de manière à faciliter l'effort expulsif de la mère.

Références

- (1) ROSSIGNOL, M., F. BOUGHRASSA, J. M. MOUTQUIN, D. GUILBAULT, V. BARIL et J. GUILLOT (2012). « Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque », *ETMIS*, vol. 8, n° 14, p. 1-134.
- (2) LAWRENCE BEECH, B. A., et B. PHIPPS (2008). « Normal birth : women's stories », dans S. Downe (dir.), *Normal childbirth : Evidence and debate*, Toronto, Churchill Livingstone Elsevier, p. 67-79.
- (3) SMITH, L. J. (2007). « Impact of birthing practices on the breastfeeding dyad », *Journal of Midwifery & Women's Health*, vol. 52, n° 6, p. 621-630.
- (4) BUCKLEY, S. J. (2009). *Gentle birth, gentle mothering: a doctor's guide to natural childbirth and gentle early parenting choices*, New York, Celestial Arts Berkely.
- (5) ODENT, M. (2001). « New reasons and new ways to study birth physiology », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 75, p. S39-S45.
- (6) LA LECHE LEAGUE, LIGUE LA LECHE DU CANADA, N. MOHRBACHER et J. STOCK (1999). *Traité de l'allaitement maternel*, Saint-Hubert (Québec), Ligue La Leche.
- (7) CUNNINGHAM, F. G. (2005). *Williams obstetrics*, New York, McGraw-Hill Professional.
- (8) SIMKIN, P., et A. BOLDING (2004). « Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering », *Journal of Midwifery & Women's Health*, vol. 49, n° 6, p. 489-504.
- (9) GIBBINS, J., et A. M. THOMSON (2001). « Women's expectations and experiences of childbirth », *Midwifery*, vol. 17, n° 4, p. 302-313.
- (10) ESCOTT, D., P. SLADE et H. SPIBY (2009). « Preparation for pain management during childbirth : The psychological aspects of coping strategy development in antenatal education », *Clinical Psychology Review*, vol. 29, n° 7, p. 617-622.
- (11) HEMMINKI, E., et R. SIMUKKA (1986). « The timing of hospital admission and progress of labour », *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 22, n° 1, p. 85-94.
- (12) LAUZON, L., et E. HODNETT (2001). « Labour assessment programs to delay admission to labour wards », *Cochrane Database Syst Rev*, vol. 3.
- (13) RAHNAMA, P., S. ZIAEI et S. FAGHIHZADEH (2006). « Impact of early admission in labor on method of delivery », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 92, n° 3, p. 217-220.
- (14) FRASER, D. M., et M. A. COOPER (2009). *Myles' textbook for midwives*, Elsevier Health Sciences.
- (15) AMPROOB (2010). *Prise en charge du travail*.

- (16) MATTESON, P. (2001). *Women's health during the childbearing years: a community-based approach*, 1^{re} éd., St Louis, MS, Mosby Inc.
- (17) YOGEV, S. (2004). « Support in labour : a literature review », *MIDIRS Midwifery Digest*, vol. 14, n° 4, p. 486-492.
- (18) BYLUND, C. L. (2005). « Mothers' involvement in decision making during the birthing process : a quantitative analysis of women's online birth stories », *Health Communication*, vol. 18, n° 1, p. 23-39.
- (19) HODNETT, E. D. (2002). « Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth : a systematic review », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 186, n° 5, p. S160-S172.
- (20) O'CATHAIN, A., K. THOMAS, S. J. WALTERS, J. NICHOLL et M. KIRKHAM (2002). « Women's perceptions of informed choice in maternity care », *Midwifery*, vol. 18, n° 2, p. 136-144.
- (21) DORÉ, N., D. LE HÉNAFF, C. AUDET, A. BOURRET et N. APRIL (2009). *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : guide pratique pour les mères et les pères*, Institut national de santé publique du Québec.
- (22) CARRIÈRE, M.-J. (2007). *Le grand livre de l'accompagnement à la naissance*, Anjou (Québec), Éditions Saint-Martin.
- (23) SIMKIN, P., et R. ANCHETA (2011). *The labor progress handbook : early interventions to prevent and treat dystocia*, John Wiley & Sons.
- (24) VADEBONCOEUR, H. (2012). *Une autre césarienne ou un accouchement naturel? : S'informer pour mieux décider*, Anjou (Québec), Fides.
- (25) ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2007). *Grossesse et accouchement: droits des femmes*.
- (26) DURAND, D., et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2013). *Naître ici et venir d'ailleurs: guide d'intervention auprès des familles d'immigration récente*, Québec, gouvernement du Québec.
- (27) KALANGA WA TSHISEKEDI, M. R., et G. LEGAULT (2008). « L'approche ethnopsychiatrique de Devereux et Nathan », dans G. Legault et L. Rachédi (dir.), *L'intervention interculturelle*, Montréal (Québec), Gaétan Morin/Chenelière Éducation, p. 143-160.
- (28) COHEN-EMERIQUE, M. (1993). « L'approche interculturelle dans le processus d'aide », *Santé mentale au Québec*, vol. 18, n° 1, p. 71-91.
- (29) ROY, G., G. LEGAULT et L. RACHÉDI (2008). « Les modèles de pratique et les idéologies d'intervention », dans G. Legault et L. Rachédi (dir.), *L'intervention interculturelle*, Montréal (Québec), Gaétan Morin/Chenelière Éducation, p. 143-160.
- (30) HODNETT, E. D., S. GATES, G. J. HOFMEYR et C. SAKALA (2007). « Continuous support for women during childbirth », *Cochrane Database Syst Rev*, vol. 3.

- (31) HODNETT, E. D., S. GATES, G. J. HOFMEYR, C. SAKALA et J. WESTON (2011). « Continuous support for women during childbirth », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 3.
- (32) DICKINSON, J. E., M. J. PAECH, S. J. McDONALD et S. F. EVANS (2002). « The impact of intrapartum analgesia on labour and delivery outcomes in nulliparous women », *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 42, n° 1, p. 65-72.
- (33) CATON, D., M. P. CORRY, F. D. FRIGOLETTO, D. P. HOPKINS, E. LIEBERMAN, L. MAYBERRY, J. P. ROOKS, A. ROSENFELD, C. SAKALA et P. SIMKIN (2002). « The Nature and Management of Labor Pain : Executive summary », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 186, n° 5, p. S1-S15.
- (34) ROSEN, P. (2004). « Supporting women in labor : analysis of different types of caregivers », *Journal of Midwifery & Women's Health*, vol. 49, n° 1, p. 24-31.
- (35) MADSEN, S. A., et H. MUNCK (2001). « Une étude au Danemark. La présence des pères à l'accouchement », *Santé mentale au Québec*, vol. 26, n° 1, p. 27-38.
- (36) BAKER, M., F. DE MONTIGNY, J.-M. MIRON et H. BOILARD (2007). « Le rôle des sages-femmes dans le parcours des pères lors de la période périnatale », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 28, n° 3, p. 11-31.
- (37) FINNBOGADÓTTIR, H., E. CRANG SVALENIUS et K. PERSSON (2003). « Expectant first-time fathers' experiences of pregnancy », *Midwifery*, vol. 19, n° 2, p. 96-105.
- (38) SINGH, D., et M. NEWBURN (2000). *Becoming a father : men's access to information and support about pregnancy, birth and life with a new baby*, National Childbirth trust.
- (39) BEARDSHAW, T. (2001). « Supporting the role of fathers around the time of birth », *MIDIRS Midwifery Digest*, vol. 11, n° 4, p. 476-479.
- (40) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie*, Québec, gouvernement du Québec.
- (41) SPIBY, H., P. SLADE, D. ESCOTT, B. HENDERSON et R. B. FRASER (2003). « Selected coping strategies in labor : an investigation of women's experiences », *Birth*, vol. 30, n° 3, p. 189-194.
- (42) PASCALI-BONARO, D., et M. KROEGER (2004). « Continuous female companionship during childbirth : a crucial resource in times of stress or calm », *Journal of Midwifery & Women's Health*, vol. 49, n° S1, p. 19-27.
- (43) SIMKIN, P., et P. H. KLAUS (2004). *When survivors give birth : Understanding and healing the effects of early sexual abuse on childbearing women*, Classic Day Publishing.
- (44) ZWELLING, E. (2010). « Overcoming the challenges : Maternal movement and positioning to facilitate labor progress », *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, vol. 35, n° 2, p. 72-78.

- (45) GUPTA, J. K., G. J. HOFMEYR et R. M. D. SMYTH (2004). « Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 5, n° CD002006.
- (46) NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH, et NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (2007). *Intrapartum care : care of healthy women and their babies during childbirth.*, London, RCOG Press.
- (47) LAWRENCE, A., L. LEWIS, G. J. HOFMEYR, T. DOWSWELL et C. STYLES (2009). « Maternal positions and mobility during first stage labour », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2, n° CD003934.
- (48) AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2009). *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*, Ottawa, Gouvernement du Canada.
- (49) ALBERS, L. L. (2007). « The evidence for physiologic management of the active phase of the first stage of labor », *Journal of Midwifery & Women's Health*, vol. 52, n° 3, p. 207-215.
- (50) STREMLER, R., E. HODNETT, P. PETRYSHEN, B. STEVENS, J. WESTON et A. R. WILLAN (2005). « Randomized Controlled Trial of Hands-and-Knees Positioning for Occipitoposterior Position in Labor », *Birth*, vol. 32, n° 4, p. 243-251.
- (51) CLUETT, E. R., et E. BURNS (2009). « Immersion in water in labour and birth », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2, n° CD009234.
- (52) MAUDE, R. M., et M. J. FOUREUR (2007). « It's beyond water : stories of women's experience of using water for labour and birth », *Women and birth*, vol. 20, n° 1, p. 17-24.
- (53) BEHMANESH, F., H. PASHA et M. ZEINALZADEH (2009). « The effect of heat therapy on labor pain severity and delivery outcome in parturient women », *Iranian Red Crescent Medical Journal*, vol. 11, n° 2, p. 188-192.
- (54) DAHLEN, H. G., C. S. HOMER, M. COOKE, A. M. UPTON, R. A. NUNN et B. S. BRODRICK (2009). « "Soothing the ring of fire" : Australian women's and midwives' experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour », *Midwifery*, vol. 25, n° 2, p. e39-e48.
- (55) SMITH, C. A., K. M. LEVETT, C. T. COLLINS et C. A. CROWTHER (2011). « Relaxation techniques for pain management in labour », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 12.
- (56) HUMENICK, S. S., M. LIBERSCO et P. SHROCK (2000). *Relaxation*, Philadelphie, Saunders, « Childbirth education: practice, research and theory ».
- (57) NICHOLS, F. H. (2000). *Paced breathing techniques*, Philadelphie, Saunders, « Childbirth education: practice, research and theory ».
- (58) TAGHINEJAD, H., A. DELPISHEH et Z. SUHRABI (2010). « Comparison between massage and music therapies to relieve the severity of labor pain », *Women's Health*, vol. 6, n° 3, p. 377-381.

- (59) CHANG, M.-Y., S.-Y. WANG et C.-H. CHEN (2002). « Effects of massage on pain and anxiety during labour : a randomized controlled trial in Taiwan », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 38, n° 1, p. 68-73.
- (60) KIMBER, L., M. MCNABB, A. HAINES et P. BROCKLEHURST (2008). « Massage or music for pain relief in labour : a pilot randomised placebo controlled trial », *European Journal of pain*, vol. 12, n° 8, p. 961-969.
- (61) SMITH, C. A., K. M. LEVETT, C. T. COLLINS et L. JONES (2012). « Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour », *Cochrane Database Syst Rev*, vol. 2, n° CD009290.
- (62) BROWNING, C. A. (2000). « Using music during childbirth », *Birth*, vol. 27, n° 4, p. 272-276.
- (63) RICHARDS, T., J. JOHNSON, A. SPARKS et H. EMERSON (2007). « The effect of music therapy on patients' perception and manifestation of pain, anxiety, and patient satisfaction », *Medsurg Nursing*, vol. 16, n° 1, p. 7.
- (64) HANSER, S. B. (2009). « The first and last breath. Breathing with music in childbirth and near the end of life. », dans R. Azoulay et J. V. Loewy (dir.), *Music, the breath and health: Advances in integrative music therapy*, New York, NY, Satchnote Press, p. 251-262.
- (65) LIU, Y.-H., M.-Y. CHANG et C.-H. CHEN (2010). « Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 19, n° 7-8, p. 1065-1072.
- (66) TABARRO, C. S., L. B. De CAMPOS, N. O. GALLI, N. F. NOVO et V. M. PEREIRA (2010). « Effect of the music in labor and newborn », *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol. 44, n° 2, p. 445-452.
- (67) SINGATA, M., J. TRANMER et G. M. GYTE (2010). « Restricting oral fluid and food intake during labour », *Cochrane Database Syst Rev*, vol. 1, n° CD003930.
- (68) LEAP, N., et T. ANDERSON (2008). « The role of pain in normal birth and the empowerment of women », dans S. Downe (dir.), *Normal childbirth: Evidence and debate*, Toronto, Elsevier Health Sciences, p. 29-46.
- (69) ROBBIE, D. F. (2003). *Birth as an American rite of passage*.
- (70) STADLMAYR, W., J. BITZER, I. HÖSLI, F. AMSLER, J. LEUPOLD, A. SCHWENDKE-KLIEM, H. SIMONI et D. BÜRGIN (2001). « Birth as a multidimensional experience: comparison of the English-and German-language versions of Salmon's Item List », *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, vol. 22, n° 4, p. 205-214.
- (71) MARCHAND, S. (2009). *Le phénomène de la douleur : comprendre pour soigner*, Montréal, Chenelière Éducation.
- (72) SAISTO, T., et E. HALMESMÄKI (2007). « Fear of childbirth can be treated, and cesarean section on maternal request avoided », *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 86, n° 9, p. 1148-1149.

- (73) SERÇEKUS, et H. OKUMUS (2009). « Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey », *Midwifery*, vol. 25, n° 2, p. 155-162.
- (74) WIKLUND, I., G. EDMAN et E. ANDOLF (2007). « Cesarean section on maternal request : reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers », *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, vol. 86, n° 4, p. 451-456.
- (75) LE BRETON, D. (2005). « Douleur et anthropologie », dans M. J. Rouquette (dir.), *Ensemble face à la douleur : prévention, traitement et prise en charge -- United against pain : prevention, treatment and management of pain*, Paris, Elsevier.
- (76) LE BRETON, D. (2010). *Expériences de la douleur : entre destruction et renaissance*, Paris, Métailié.
- (77) CHEUNG, W., W.-Y. IP et D. CHAN (2007). « Maternal anxiety and feelings of control during labour : a study of Chinese first-time pregnant women », *Midwifery*, vol. 23, n° 2, p. 123-130.
- (78) GREEN, J. M., et H. A. BASTON (2003). « Feeling in control during labor : concepts, correlates, and consequences », *Birth*, vol. 30, n° 4, p. 235-247.
- (79) KRINGELAND, T., A. K. DALTVEIT et A. MØLLER (2010). « What characterizes women who want to give birth as naturally as possible without painkillers or intervention? », *Sexual & Reproductive Healthcare*, vol. 1, n° 1, p. 21-26.
- (80) TINTI, C., S. SCHMIDT et N. I. BUSINARO (2011). « Pain and emotions reported after childbirth and recalled 6 months later : the role of controllability », *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, vol. 32, n° 2, p. 98-103.
- (81) BEDDOE, A. E., et K. A. LEE (2008). « Mind-Body Interventions During Pregnancy », *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, vol. 37, n° 2, p. 165-175.
- (82) SUN, Y. C., Y. C. HUNG, Y. CHANG et S. C. KUO (2010). « Effects of a prenatal yoga programme on the discomforts of pregnancy and maternal childbirth self-efficacy in Taiwan », *Midwifery*, vol. 26, n° 6, p. e31-e36.
- (83) MARKS, G. K. (2000). « Alternative therapies », dans F. H. Nichols et S. S. Humenick (dir.), *Childbirth education : practice, research and theory*, Philadelphie, Saunders.
- (84) DYKEMA, R. (2006). *Yoga for Fitness and Wellness*, Belmont, Californie, Thomson/Wadsworth.
- (85) IP, W.-Y., D. CHAN et W.-T. CHIEN (2005). « Chinese version of the Childbirth Self-efficacy Inventory », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 51, n° 6, p. 625-633.
- (86) LOWE, N. K. (1991). « Critical predictors of sensory and affective pain during four phases of labor », *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, vol. 12, n° 3, p. 193-208.

- (87) LOWE, N. K. (1993). « Maternal confidence for labor : Development of the childbirth self-efficacy inventory », *Research in Nursing & Health*, vol. 16, n° 2, p. 141-149.
- (88) SUTTON, A. (2002). « Prenatal yoga basics : maintain your pre-pregnancy fitness with this ancient exercise form », *Muscle & Fitness Hers*, vol. 3, n° 4, p. 146-147.
- (89) BEDDOE, A. E., C.-P. PAUL YANG, H. P. KENNEDY, S. J. WEISS et K. A. LEE (2009). « The Effects of Mindfulness-Based Yoga During Pregnancy on Maternal Psychological and Physical Distress », *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, vol. 38, n° 3, p. 310-319.
- (90) CHUNTHARAPAT, S., W. PETPICHETCHIAN et U. HATTHAKIT (2008). « Yoga during pregnancy : Effects on maternal comfort, labor pain and birth outcomes », *Complementary Therapies in Clinical Practice*, vol. 14, n° 2, p. 105-115.
- (91) DE GASQUET, B. (2009). *Bien-être et maternité*, Paris, Albin Michel.
- (92) GUITTIER, M. J., et V. OTHENIN-GIRARD (2012). « Correction des variétés occipito-postérieures durant la phase de dilatation de l'accouchement: intérêt des postures maternelles », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, vol. 40, n° 4, p. 255-260.
- (93) BONAPACE, J. (2009). *Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace*, Montréal, Éditions de l'Homme.
- (94) COREY BROWN, D., et D. CORYDON HAMMOND (2007). « Evidence-based clinical hypnosis for obstetrics, labor and delivery, and preterm labor », *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, vol. 55, n° 3, p. 355-371.
- (95) VANDEVUSSE, L., J. IRLAND, M. A. BERNER, S. FULLER et D. ADAMS (2007). « Hypnosis for childbirth : A retrospective comparative analysis of outcomes in one obstetrician's practice », *American Journal of Clinical Hypnosis*, vol. 50, n° 2, p. 109-119.
- (96) BERGER, S. (2010). « Waiting to Descend », *The Journal of Perinatal Education*, vol. 19, n° 2, p. 7.
- (97) CYNA, A. M., M. I. ANDREW, J. S. ROBINSON, C. A. CROWTHER, P. BAGHURST, D. TURNBULL, G. WICKS et C. WHITTLE (2006). « Hypnosis Antenatal Training for Childbirth (HATCh) : a randomised controlled trial [NCT00282204] », *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 6, n° 1, p. 5.
- (98) SMITH, C. A., C. T. COLLINS, A. M. CYNA et C. A. CROWTHER (2006). *Complementary and alternative therapies for pain management in labour*.
- (99) RAOUL, É. (1990). *Manuel pratique de préparation sophrologique à la maternité ou sophro-pédagogie obstétricale et maternelle*, Paris, Maloine.
- (100) VELDMAN, F. (1989). *Haptonomie: science de l'affectivité*, Paris, Presses universitaires de France.
- (101) MELZACK, R., et P. D. WALL (1965). « Pain mechanism s: a new theory », *Science*, vol. 150, p. 971-978.

- (102) HAN, J. S. (2004). « Acupuncture and endorphins », *Neuroscience letters*, vol. 361, n° 1, p. 258-261.
- (103) SJÖLUND, B., L. TERENIUS et M. ERIKSSON (1977). « Increased Cerebrospinal Fluid Levels of Endorphins after Electro-Acupuncture », *Acta Physiologica Scandinavica*, vol. 100, n° 3, p. 382-384.
- (104) DOWSWELL, T., C. BEDWELL, T. LAVENDER et J. P. NEILSON (2009). « Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain management in labour », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2.
- (105) BUNDSSEN, P., L.-E. PETERSON et U. SELSTAM (1981). « Pain relief in labor by transcutaneous electrical nerve stimulation », *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 60, n° 5, p. 459-468.
- (106) CHAO, A. S., A. CHAO, T. H. WANG, Y. C. CHANG, H. H. PENG, S. D. CHANG, A. CHAO, C. J. CHANG, C. H. LAI et A. M. WONG (2007). « Pain relief by applying transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) on acupuncture points during the first stage of labor : a randomized double-blind placebo-controlled trial », *Pain*, vol. 127, n° 3, p. 214-220.
- (107) WIRUCHPONGSANON, P. (2006). « Relief of low back labor pain by using intracutaneous injections of sterile water: a randomized clinical trial », *Journal-Medical Association of Thailand*, vol. 89, n° 5, p. 571.
- (108) SIMKIN, P. P., et M. O'HARA (2002). « Nonpharmacologic relief of pain during labor : systematic reviews of five methods », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 186, n° 5, p. S131-S159.
- (109) MARTENSSON, L., et G. WALLIN (2008). « Sterile water injections as treatment for low-back pain during labour : A review », *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 48, n° 4, p. 369-374.
- (110) BORUP, L., W. WURLITZER, M. HEDEGAARD, U. S. KESMODEL et L. HVIDMAN (2009). « Acupuncture as pain relief during delivery : a randomized controlled trial », *Birth*, vol. 36, n° 1, p. 5-12.
- (111) CHO, S.-H., H. LEE et E. ERNST (2010). « Acupuncture for pain relief in labour : a systematic review and meta-analysis », *BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 117, n° 8, p. 907-920.
- (112) CITKOVITZ, C., R. N. SCHNYER et I. A. HOSKINS (2011). « Acupuncture during labour : data are more promising than a recent review suggests », *BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 118, n° 1, p. 101-101.
- (113) SHIFLETT, S. C., et G. E. SCHWARTZ (2011). « Meta-analysis of randomised controlled trials (RCTs) involving acupuncture for labour pain shows acupuncture to be more effective than comparison treatments in several significant circumstances », *BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 118, n° 1, p. 100-101.

- (114) LEE, E. J., et S. K. FRAZIER (2011). « The efficacy of acupressure for symptom management : a systematic review », *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 42, n° 4, p. 589-603.
- (115) LEE, M. K., S. B. CHANG et D. H. KANG (2004). « Effects of SP6 acupressure on labor pain and length of delivery time in women during labor », *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, vol. 10, n° 6, p. 959-965.
- (116) TIRAN, D., et S. MACK (2000). *Complementary therapies for pregnancy and childbirth*, New York, NY, Baillière Tindall.
- (117) BURNS, E. E., C. BLAMEY, S. J. ERSSER, L. BARNETSON et A. J. LLOYD (2000). « An investigation into the use of aromatherapy in intrapartum midwifery practice », *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, vol. 6, n° 2, p. 141-147.
- (118) CHAILLET, N. (2011). *La péridurale dans la gestion intrapartum de la douleur: Quelles évidences et quelles recommandations? Une revue systématique.*, Québec, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.
- (119) HODNETT, E. D., S. GATES, G. J. HOFMEYR, C. SAKALA et J. WESTON (2012). « Continuous support for women during childbirth », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 10.
- (120) HAYDON, M. L., D. LARSON, E. REED, V. K. SHRIVASTAVA, C. W. PRESLICKA et M. P. NAGEOTTE (2011). « Obstetric outcomes and maternal satisfaction in nulliparous women using patient-controlled epidural analgesia », *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 205, n° 3, p. 271-2e1.
- (121) VALLEJO, M. C., V. RAMESH, A. L. PHELPS et N. SAH (2007). « Epidural labor analgesia : continuous infusion versus patient-controlled epidural analgesia with background infusion versus without a background infusion », *The Journal of Pain*, vol. 8, n° 12, p. 970-975.
- (122) HALPERN, S. H., B. L. LEIGHTON, A. OHLSSON, J. F. BARRETT et A. RICE (1998). « Effect of epidural vs parenteral opioid analgesia on the progress of labor : a meta-analysis », *Jama*, vol. 280, n° 24, p. 2105-2110.
- (123) RAO, Z. A., A. CHOUDHRI et S. NAQVI (2010). « Walking epidural with low dose bupivacaine plus tramadol on normal labour in primipara », *Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan : JCPSP*, vol. 20, n° 5, p. 295-298.
- (124) WEINIGER, C. F., H. YAGHMOUR, M. NADJARI, S. EINAV, U. ELCHALAL, Y. GINOSAR et I. MATOT (2009). « Walking reduces the post-void residual volume in parturients with epidural analgesia for labor : a randomized-controlled study », *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, vol. 53, n° 5, p. 665-672.
- (125) WILSON, M. J. A., C. MACARTHUR, G. M. COOPER et A. SHENNAN (2009). « Ambulation in labour and delivery mode : a randomised controlled trial of high-dose vs mobile epidural analgesia », *Anaesthesia*, vol. 64, n° 3, p. 266-272.

- (126) VALLEJO, M. C., L. L. FIRESTONE, G. L. MANDELL, F. JAIME, S. MAKISHIMA et S. RAMANATHAN (2001). « Effect of epidural analgesia with ambulation on labor duration », *Anesthesiology*, vol. 95, n° 4, p. 857-861.
- (127) VALLEJO, M. C. (2013). « Regional analgesia/anesthesia techniques in obstetrics », dans M. Suresh, R. L. Preston, R. Fernando et C. L. Mason (dir.), *Shnider and Levinson's Anesthesia for Obstetrics*, Lippincott Williams & Wilkins, p. 119-143.
- (128) SIMKIN, P. (2008). « Supporting the Woman with an Epidural », dans *pennysimkin.com*.
- (129) ARENDT, K. W., et B. S. SEGAL (2013). « The association between epidural labor analgesia and maternal fever », *Clinics in perinatology*, vol. 40, n° 3, p. 385-398.
- (130) EAPPEN, S., A. BLINN et S. SEGAL (1998). « Incidence of epidural catheter replacement in parturients : a retrospective chart review », *International Journal of Obstetric Anesthesia*, vol. 7, n° 4, p. 220-225.
- (131) MORRISON, L. M. M., et A. S. BUCHAN (1990). « Comparison of complications associated with single-holed and multi-holed extradural catheters », *British Journal of Anaesthesia*, vol. 64, n° 2, p. 183-185.
- (132) BROWN, D. L., D. M. RANSOM, J. A. HALL, C. H. LEICHT, D. R. SCHROEDER et K. P. OFFORD (1995). « Regional anesthesia and local anesthetic-induced systemic toxicity : seizure frequency and accompanying cardiovascular changes », *Anesthesia & Analgesia*, vol. 81, n° 2, p. 321-328.
- (133) COOK, T. M., D. COUNSELL et J. A. W. WILDSMITH (2009). « Major complications of central neuraxial block : report on the Third National Audit Project of the Royal College of Anaesthetists », *British Journal of Anaesthesia*, vol. 102, n° 2, p. 179-190.
- (134) MOEN, V., N. DAHLGREN et L. IRESTEDT (2004). « Severe neurological complications after central neuraxial blockades in Sweden 1990-1999 », *Anesthesiology*, vol. 101, n° 4, p. 950-959.
- (135) WONG, C. A., B. M. SCAVONE, S. DUGAN, J. C. SMITH, H. PRATHER, J. N. GANCHIFF et R. J. MCCARTHY (2003). « Incidence of postpartum lumbosacral spine and lower extremity nerve injuries », *Obstetrics & Gynecology*, vol. 101, n° 2, p. 279-288.
- (136) LEIGHTON, B. L., et S. H. HALPERN (2005). « Epidural analgesia and the progress of labor », *Evidence-based obstetric anesthesia*, p. 10-22.
- (137) SHARMA, S. K., D. D. MCINTIRE, J. WILEY et K. J. LEVENO (2004). « Labor analgesia and cesarean delivery : an individual patient meta-analysis of nulliparous women », *Anesthesiology*, vol. 100, n° 1, p. 142-148.
- (138) ANIM-SOMUAH, M., R. M. SMYTH et L. JONES (2011). « Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 12.

- (139) SULTAN, P., C. MURPHY, S. HALPERN et B. CARVALHO (2013). « The effect of low concentrations versus high concentrations of local anesthetics for labour analgesia on obstetric and anesthetic outcomes : a meta-analysis », *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, vol. 60, n° 9, p. 840-854.
- (140) SZABO, A. L. (2013). « Intrapartum neuraxial analgesia and breastfeeding outcomes : limitations of current knowledge », *Anesthesia & Analgesia*, vol. 116, n° 2, p. 399-405.
- (141) WANG, F., X. SHEN, X. GUO, Y. PENG et X. GU (2009). « Epidural analgesia in the latent phase of labor and the risk of cesarean delivery : a five-year randomized controlled trial », *Anesthesiology*, vol. 111, n° 4, p. 871-880.
- (142) WONG, C. A., B. M. SCAVONE, A. M. PEACEMAN, R. J. MCCARTHY, J. T. SULLIVAN, N. T. DIAZ, E. YAGHMOUR, R. J. MARCUS, S. S. SHERWANI et M. T. SPROVIERO (2005). « The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor », *New England Journal of Medicine*, vol. 352, n° 7, p. 655-665.
- (143) BUXTON, E. J., C. W. E. REDMAN et M. OBHRAI (1988). « Delayed pushing with lumbar epidural in labour--does it increase the incidence of spontaneous delivery? », *Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 8, n° 3, p. 258-261.
- (144) LIKIS, F. E., J. C. ANDREWS, M. R. COLLINS, R. M. LEWIS, J. J. SEROOGY, S. A. STARR, R. R. WALDEN et M. L. MCPHEETERS (2014). « Nitrous oxide for the management of labor pain : a systematic review », *Anesthesia & Analgesia*, vol. 118, n° 1, p. 153-167.
- (145) SCHIERUP, L., J. F. SCHMIDT, A. T. JENSEN et B. A. O. RYE (1988). « Pudendal block in vaginal deliveries mepivacaine with and without epinephrine », *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 67, n° 3, p. 195-197.
- (146) SCUDAMORE, J., et M. YATES (1966). « Pudendal block--a misnomer? », *Lancet*, vol. 1, n° 7427, p. 23.

Les personnes suivantes ont participé à la rédaction des fiches

Fiches	Auteurs	Collaborateurs	Réviseurs externes
<p>Le travail et l'accouchement : la préparation, l'accompagnement et les méthodes pour composer avec la douleur</p>	<p>Raymonde Gagnon, sage-femme, professeure et directrice du programme de baccalauréat en pratique sage-femme, Université du Québec à Trois-Rivières, directrice scientifique du projet.</p> <p>Emmanuelle Hébert, sage-femme et professeure, Université du Québec à Trois-Rivières.</p> <p>Hélène Langlois, infirmière et gestionnaire à la SOGC</p>	<p>Nathalie Bédard, auxiliaire de recherche, Université du Québec à Trois-Rivières.</p> <p>Julie Bonapace, auteure et spécialiste de la gestion non pharmacologique de la douleur lors de l'accouchement</p> <p>Nils Chaillet, (Ph. D.), chercheur pour l'essai QUARISMA, Université de Sherbrooke</p> <p>Chantal Crochetière, Clinique d'anesthésie obstétricale, CHU sainte-Justine</p> <p>Guy-Paul Gagné, gynécologue-obstétricien, directeur du programme AMPRO (Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) au Québec, Centre hospitalier de LaSalle, assistant-professeur d'obstétrique et gynécologie de la Faculté de médecine de l'Université McGill</p> <p>Sylvain Jourdain, chef du département d'anesthésiologie, CSSS La Pommeraie</p> <p>Manon Lachapelle, sage-femme, assistante de recherche, Université du Québec à Trois-Rivières.</p> <p>Marie-Ève Taschereau, étudiante sage-femme, assistante de recherche Université du Québec à Trois-Rivières.</p> <p>Louise Roy, anesthésiologiste Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Hôpital Saint-Luc</p>	<p>Collectif d'accompagnement à l'accouchement « Les Accompagnantes », Québec.</p> <p>Josianne Courcy, technicienne en diététique et animatrice de rencontre prénatale, CSSS de la Vieille-Capitale</p> <p>Maxine Dumas-Pilon, médecin omnipraticienne en obstétrique, professeure et directrice du programme en santé maternelle en médecine familiale-obstétrique, Centre hospitalier Saint-Mary, McGill</p> <p>Louise Fortin, infirmière clinicienne, CSSS du Haut-Richelieu</p> <p>Guy-Paul Gagné, gynécologue-obstétricien, directeur du programme AMPRO = au Québec, Centre hospitalier de LaSalle, assistant-professeur d'obstétrique et gynécologie de la Faculté de médecine de l'Université McGill</p> <p>Groupe de parents de la région de la Mauricie et de la Montérégie</p> <p>Gilles Perreault, gynécologue-obstétricien, chef obstétricien, CSSS du Haut-Richelieu</p> <p>Andrée Rivard, chargée de cours <i>Périnatalité et société</i>, Université du Québec à Trois-Rivières</p> <p>Stéphanie St-Amand, consultante en périnatalité-droits, santé, pratiques</p> <p>Hélène Vadeboncoeur, chercheuse en périnatalité et auteure</p>

Le comité d'experts

Lise Gosselin-Benoit, infirmière en périnatalité, CSSS de la Haute-Yamaska

Sylvie Ricard, infirmière en périnatalité, CSSS de la Vieille-Capitale

Bernadette Thibodeau, infirmière en périnatalité, La Maison bleue, Montréal