

Gestion de la phase de latence : ce dont les femmes ont besoin

Autor(en): **Müller, Antonia / Grylka, Susanne**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes**

Band (Jahr): **121 (2023)**

Heft 6

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1041655>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Gestion de la phase de latence: ce dont les femmes ont besoin

Des chercheuses de la *Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften* ont mené, dans la cadre de groupes de discussion, une étude sur les besoins des femmes suisses pendant la phase de latence. Soutenu par le Fonds national suisse, le projet parvient à la conclusion que la pratique actuelle doit être remise en question. Les raisons en sont multiples.

TEXTE:
ANTONIA MÜLLER ET SUSANNE GRYLKA

Les femmes proches de l'accouchement sont confrontées au défi de devoir gérer la phase de latence, souvent sans soutien professionnel (Eri *et al.*, 2015). Il leur incombe de déterminer le début de l'accouchement et de reconnaître le bon moment pour demander un soutien professionnel (Beebe *et al.*, 2007). Les directives institutionnelles des hôpitaux visent à n'admettre les femmes pour un accouchement que quand celui-ci est déjà en bonne voie (Eri *et al.*, 2010). Des études montrent qu'une admission précoce à l'hôpital est associée à des résultats obstétricaux négatifs ainsi qu'à des interventions plus fréquentes, telles que la stimulation du travail ou l'anesthésie péridurale (Miller *et al.*, 2020). C'est pourquoi on conseille souvent aux femmes en phase de latence de rester à la maison, ce qui peut s'avérer très pénible et insatisfaisant (Allen *et al.*, 2020; Beake *et al.*, 2018; Miller *et al.*, 2020). L'objectif de l'étude présentée ici était d'examiner l'autogestion et la gestion professionnelle ainsi que le besoin de prise en charge des primipares en phase de latence.

Méthode de recherche de l'étude: les groupes de discussion

Dans la première phase d'étude d'un projet plus vaste financé par le Fonds national suisse (Grylka-Baesclin *et al.*, 2022), des chercheuses de l'Institut des sciences de la sage-femme et de la santé reproductive de la *Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften* (ZHAW) ont organisé quatre groupes de discussion (Mueller & Grylka-

Baesclin, 2023). Les discussions ont eu lieu entre août et octobre 2021 avec un total de 18 participantes qui avaient donné naissance à leur premier enfant dans les six mois précédents. Le fil conducteur de la discussion a été élaboré sur la base de la littérature (Beake *et al.*, 2018; Kobayashi *et al.*, 2017). Des sages-femmes indépendantes ont apporté leur aide pour le recrutement. Malgré la pandémie de COVID-19, trois discussions ont eu lieu sur place et une en ligne. Elles ont été enregistrées sur bande audio, transcrites et analysées selon la méthode Mayring (2015).

Toutes les femmes ne sont pas en mesure de s'aider elles-mêmes

Les 18 participantes étaient âgées de 29 à 41 ans; 14 d'entre elles (77,8%) ont eu un accouchement spontané, 2 (11,1%) un accouchement instrumenté et 2 (11,1%) une césarienne. Les déclarations de ces femmes ont pu être regroupées en trois thèmes différents: «l'autogestion», «le besoin de prise en charge» et «la gestion professionnelle» (tableau 1).

On conseille souvent aux femmes en phase de latence de rester à la maison, ce qui peut s'avérer très pénible et insatisfaisant.

Autogestion: la gestion de la phase de latence à la maison

Comme aspect essentiel de la gestion de la phase de latence à la maison, de nombreuses femmes ont mentionné la possibilité d'utiliser la force de leur esprit pour traverser cette phase. Il était important de croire que le corps était capable d'accoucher et d'avoir confiance dans le processus naturel. Des pensées positives et des tentatives de relaxation ont aidé à garder des forces. «J'ai tout simplement cru en mon corps. J'ai eu confiance dans le fait qu'il pouvait le faire et qu'il savait aussi ce qu'il fallait faire (...) et le bébé aussi sait instinctivement ce qu'il faut faire.» (Fo4F¹)

Se détendre

Peu de femmes ont déclaré qu'elles ressentaient le besoin de bouger ou d'aller se promener. En revanche, la plupart ont souligné le besoin de se reposer. Les futures mères ont essayé de dormir, de manger et de boire et d'utiliser différentes techniques de relaxation, comme les massages par leur partenaire ou l'aromathérapie. Toutes les femmes ont mentionné qu'elles avaient entendu parler des effets positifs d'un bain chaud ou d'une douche chaude, ce qui explique que la plupart d'entre elles ont essayé cette méthode à la maison.

«Je me suis simplement retirée dans ma chambre; au lieu de bouger, j'ai fermé les volets et je me suis allongée sur le côté du lit en écoutant de la musique relaxante...» (Fo3E). D'autres femmes ont indiqué qu'elles essayaient de se distraire en regardant la télévision, en se concentrant sur

Besoin de prise en charge des femmes primipares

Autogestion	Besoin de prise en charge	Suivi professionnel
<ul style="list-style-type: none"> Stratégies de coping Mesures applicables à la maison Aide apportée par la personne accompagnante 	<ul style="list-style-type: none"> Besoin de prise en charge Prise de contact avec la sage-femme Inhibitions Expérience de la décision d'hospitalisation Expérience du soutien professionnel 	<ul style="list-style-type: none"> Conseil téléphonique Décision pour ou contre une admission à l'hôpital Suivi par une sage-femme pendant la phase de latence Mesures obstétricales pendant la phase de latence Implication de la personne accompagnante par le personnel spécialisé

¹ Focus Groupe 4, Femme F (Fo4F). Cette identification est utilisée pour toutes les citations de l'article.

leur respiration ou en écoutant de la musique. Les femmes qui avaient suivi un cours d'*hypnobirthing*, notamment, se sentaient bien guidées par les audios découverts lors de ce cours.

Besoin de prise en charge: les exigences envers les sages-femmes

Les femmes ont expliqué que, durant la phase de latence, il y avait eu un moment où elles ne voulaient plus rester sans soutien professionnel. Elles cherchaient à avoir une confirmation que le processus d'accouchement était physiologique et avaient besoin d'être guidées et motivées.

«Elle a également confirmé que tout était normal..., et j'ai trouvé que c'était une bonne chose, qu'il ne fallait pas s'inquiéter d'une manière ou d'une autre.» (Fo3D)

Aide pour gérer la douleur

Le besoin de soutien professionnel était parfois lié à des interventions cliniques. Les femmes souhaitaient obtenir des informations sur la progression de l'accouchement et sur l'état de santé de leur enfant, ce qui, dans leur esprit, allait de pair avec un examen vaginal ou l'écoute des battements du cœur de l'enfant. En outre, de nombreuses femmes ont décrit le besoin d'être aidées à gérer la douleur. Après avoir utilisé à la mai-

son différentes mesures pour faire baisser la douleur, elles souhaitaient recourir, sous supervision professionnelle, à d'autres possibilités, soit alternatives comme l'acupuncture, soit pharmacologiques. «Je voulais en fait recevoir de vrais analgésiques; ... parce que je ne voulais plus rien essayer d'autre.» (Fo1A)

Inhibitions à se manifester

La plupart des femmes se sentaient gênées d'appeler la sage-femme. Certaines avaient peur de ne pas être prises au sérieux par la sage-femme, d'autres ne voulaient pas la déranger. «J'étais assez nerveuse avant d'appeler, parce que, oui, je ne savais pas quoi dire; au début, il me semble que j'ai dit: "je crois que j'ai des contractions", mais je ne sais pas (rires), oui, exactement; mais j'avais aussi assez peur qu'elle [la sage-femme] se moque de moi.» (Fo3C) Les femmes ont raconté qu'elles étaient très soulagées lorsqu'on leur a assuré que leur appel était justifié et qu'elles avaient le sentiment d'être prises au sérieux. Alors que certaines femmes espéraient être admises à l'hôpital après leur appel, d'autres avaient simplement besoin de conseils sur la façon de gérer les choses à la maison ou voulaient simplement informer l'hôpital de la situation. Toutes les femmes ont apprécié la pos-

sibilité de pouvoir rappeler à tout moment, voire de se rendre à l'hôpital. Le fait de convenir d'un moment pour un nouvel échange avec la sage-femme, que les symptômes aient disparu ou non, a été encore plus apprécié.

La plupart des femmes se sentaient gênées d'appeler la sage-femme. Certaines avaient peur de ne pas être prises au sérieux par la sage-femme, d'autres ne voulaient pas la déranger.

«C'était agréable pour moi de savoir que j'avais des instructions à suivre et que si je ne me sentais plus bien, je pouvais simplement y aller et être accueillie...» (Fo3E) Les femmes ont souligné qu'il était beaucoup plus facile de demander de l'aide à la sage-femme si elles la connaissaient déjà. Des échanges répétés sur la situation ont eu lieu



plus souvent chez les femmes suivies par une sage-femme agréée. «Ça m'a vraiment aidée que la sage-femme me connaisse déjà. Euh, simplement depuis le suivi de grossesse et parce que je la connaissais déjà personnellement avant... Elle savait ce dont j'avais besoin à ce moment-là et ce qui était simplement bien dans cette situation.» (Fo2B)

Gestion professionnelle: la phase de latence à l'hôpital

En principe, beaucoup de femmes se sont senties très bien à l'hôpital et ont exprimé leur satisfaction concernant la prise en charge. La plupart des femmes ont été conseillées au téléphone de rester chez elles et ont reçu des conseils sur ce qu'elles pouvaient faire. Presque toutes les participantes étaient satisfaites de cette façon de procéder, mais pour certaines femmes, cette méthode ne semblait pas appropriée, car la douleur était devenue insupportable à la maison. «La sage-femme m'a suggéré "Pourquoi n'allez-vous donc pas vous promener?". Surprise, j'ai pensé: "Sérieusement? Ce n'est pas maintenant que je vais aller me promener, je suis déjà en train de crier..., je ne vais pas sortir dehors où tout le monde peut me voir. Qu'est-ce que c'est que cette idée?"» (Fo1A)

Moment de l'admission à l'hôpital

La décision d'hospitalisation avait été prise sur la base des symptômes physiques et émotionnels mentionnés par les femmes au téléphone ou évalués par la sage-femme durant l'appel téléphonique. De nombreuses femmes ont indiqué qu'à l'hôpital on avait eu recours en premier lieu à des mesures similaires à celles utilisées à la maison. Elles ont en outre reçu le soutien d'une sage-femme sur le plan émotionnel, se sont assurées de l'état de santé de leur bébé via l'auscultation des battements du cœur et se sont informées sur le déroulement de l'accouchement grâce aux examens vaginaux. Il y a aussi eu des interventions médicales telles qu'une analgésie pharmacologique ou une tocolyse.

«Et la péridurale a ensuite été comme une délivrance [...], les douleurs ont disparu, et ça a tellement aidé.» (Fo4B) Des différences sont apparues à propos de la satisfaction concernant la prise en charge à l'hôpital. Certaines femmes étaient heureuses qu'il y eût une sage-femme présente, mais d'autres ont eu l'impression

d'avoir droit à un traitement de seconde classe et d'être laissées seules. «Ils m'ont dit: "Avec ces 2 ou 3 centimètres, vous êtes là trop tôt", et donc je n'étais pas une priorité.» (Fo1E)

Un soutien professionnel peut s'avérer très important

Ayant suivi un cours de préparation à l'accouchement, de nombreuses femmes connaissaient des moyens utiles pour gérer la phase de latence à la maison. Malgré cela, il leur était souvent difficile de déterminer le bon moment pour appeler l'hôpital. Pour les futures mères qui n'ont pas encore eu de contact avec une sage-femme, cela s'accompagne souvent d'un sentiment d'inhibition. Ce sentiment négatif s'est souvent avéré injustifié, car la plupart des femmes ont eu droit à la prise en charge qu'elles souhaitaient. L'intention d'éviter aux femmes des interventions inutiles en retardant leur entrée à l'hôpital doit être discutée, car elle ne correspond peut-être pas aux besoins des femmes (Beake *et al.*, 2018). Une évaluation individuelle des ressources des femmes et de leurs besoins est nécessaire, premièrement, pour favoriser une prise de décision commune et, deuxièmement, pour garantir des soins de qualité. ◉

Texte traduit de l'allemand par Marco Fachin, Intertrad.

Références

- Allen, J. *et al.* (2020)** Women's unmet needs in early labour: Qualitative analysis of free-text survey responses in the M@NGO trial of caseload midwifery. *Midwifery*; 88, 102751.
- Beake, S. *et al.* (2018)** Experiences of early labour management from perspectives of women, labour companions and health professionals: A systematic review of qualitative evidence. *Midwifery*; 57, 69-84.
- Beebe, K. R. *et al.* (2007)** The effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitalization labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*; 36(5), 410-418.
- Eri, T. S. *et al.* (2010)** «The waiting mode»: First-time mothers' experiences of waiting for labour onset. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*; 1(4), 169-173.
- Eri, T. S. *et al.* (2015)** A balancing act in an unknown territory: A metasynthesis of first-time mothers' experiences in early labour. *Midwifery*; 31(3), e58-67.
- Grylka-Baeschlin, S. *et al.* (2022)** Development and validation of a tool for advising primiparous women during early labour: Study protocol for the GebStart Study. *BMJ Open*; 12(6), e062869.
- Kobayashi, S. *et al.* (2017)** Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*; 4, CD011516.
- Mayring, P. (2015)** Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken. Beltz Verlag.
- Miller, Y. D. *et al.* (2020)** Variations in outcomes for women admitted to hospital in early versus active labour: An observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 20(1), 469.
- Mueller, A. N. & Grylka-Baeschlin, S. (2023)** Self-management, care needs and clinical management of primiparous mothers during early labour—A qualitative content analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 23(1), 191.

AUTEURES



Antonia Müller,

MSc Midwifery, collaboratrice scientifique dans la recherche à l'Institut des sciences de la sage-femme et de la santé reproductive, à la *Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften*.



Prof. Dr. Susanne Grylka

directrice de la recherche à l'Institut des sciences de la sage-femme et de la santé reproductive, à la *Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften*.