

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 114 (2016)
Heft: 3

Artikel: "Accoucher, c'est intense. Mais la femme a en elle des ressources parfois insupçonnées"
Autor: Bonapace, Julie
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949196>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 30.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

«Accoucher, c'est intense. Mais la femme a en elle des ressources parfois insoupçonnées»

Il a été démontré que la méthode Bonapace réduit de près de 50% de la perception de la douleur à l'accouchement. Quel est son secret? L'auteure rappelle ici les quatre postulats de sa méthode qui est enseignée aussi bien aux professionnels de la santé qu'aux futurs parents pour affronter le plus sereinement possible la douleur de l'accouchement.

.....
Julie Bonapace

La méthode Bonapace est un programme de préparation à la naissance regroupant de nombreuses techniques non pharmacologiques qui permettent d'activer les ressources endogènes des femmes lors de l'accouchement tout en donnant une place d'importance au partenaire. L'objectif général est de favoriser un accouchement sûr, aisé et satisfaisant par la réduction de la douleur, la participation active du père ou d'une personne significative et par la réduction des interventions obstétricales. L'efficacité de cette méthode repose sur la combinaison des approches physiques, neurophysiologiques, hormonales, émotionnelles et psychologiques. Elle considère l'individu dans sa globalité et le processus de naissance comme un partenariat entre le père, la mère, le bébé et les professionnels de la santé.

La première année suivant la naissance d'un enfant est une période charnière dans la vie d'un couple. Le stress familial important peut mener à la séparation de nom-

breux couples. Les parents ont besoin de se sentir confiants et unis pour traverser ensemble ces moments. La recherche démontre que lorsque le père se sent compétent, utile et autonome dans l'accompagnement de sa partenaire lors de l'accouchement, la communication dans le couple, le lien père-enfant et l'estime du père et de la mère sont meilleurs (Weaver et Cranley, 1983). On peut donc renforcer les liens du couple et préparer les parents à mieux répondre aux défis qui s'ensuivront en permettant au père de jouer un rôle actif et essentiel, notamment dans la gestion de la douleur de sa partenaire. Se sentant soutenue et en sécurité, la femme est grandement aidée à vivre un accouchement physiologique où elle est détentrice des ressources permettant à son bébé d'accomplir le chemin vers eux.

La méthode Bonapace repose sur quatre postulats qui guident les enseignements transmis aux professionnels de la santé et aux parents.

1. Accoucher, c'est intense.
2. La femme dispose de ressources endogènes pour composer avec ses sensations.
3. La préparation prénatale permet de développer les compétences pour activer ces ressources.
4. La pharmacologie est un complément à utiliser en cas de besoin.

Effets de la méthode

Une étude a comparé des femmes formées avec la méthode Bonapace et des femmes formées avec une approche classique de préparation à la naissance. Elle a montré que la méthode Bonapace permet de réduire de près de 50% l'intensité et l'aspect désagréable de la douleur à l'accouchement. L'intensité et l'aspect désagréable de la douleur ont été évalués toutes les 15 minutes pendant toutes les étapes du travail et de l'accouchement. Les résultats démontrent une diminution de 44,6% ($P=0.0001$) pour l'aspect de l'intensité de la douleur et de 46,5% ($P=0.0003$) pour l'aspect désagréable de la douleur avec le groupe Bonapace en comparaison avec la préparation classique, toute parité confondue.

Bonapace, J. et al. (2013) Evaluation of the Bonapace Method: a specific educational intervention to reduce pain during childbirth. «Journal of Pain Research», 6: 653–661.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3772779

L'intensité de l'accouchement

La douleur est définie par l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) comme «une expérience physique et émotionnelle désagréable en relation avec une lésion réelle ou potentielle» (Lindblom, 1985). De manière générale, la douleur joue un rôle fondamental en nous protégeant de dangers. Contrairement à d'autres types de douleur, les sensations intenses que vit la femme en travail ne représentent généralement pas une menace, une pathologie ou une dystocie. Les sensations intenses jouent un rôle physiologique dans l'accouchement. Elles marquent le début du travail et incitent la femme à trouver un lieu sûr pour donner naissance et s'entourer de personnes pour la soutenir (Lowe, 2002).

Pendant le travail, la douleur joue un rôle important dans le processus physiologique de production des hormones qui soulagent les femmes telles que les endorphines et l'ocytocine (Buckley, 2015). Lorsque la femme peut émettre des sons et bouger librement, la douleur donne des informations sur la progression du travail (Bonica, 1994). Ces sensations lui dictent les postures à adopter pour se soulager et la guident dans ses efforts expulsifs (Odent, 1987).

Alors pourquoi le cerveau décode-t-il ce signal comme si douloureux? D'une part, il y a l'influence du mode de pensée culturel. Plus précisément, les peurs véhiculées par les partages d'expérience de souffrance créent une réaction émotionnelle d'anxiété qui, notamment, contracte les tissus et déséquilibre la production hormonale qui aurait dû aider à une gestion naturelle de la sensation. En bref, la peur de la douleur favorise une augmentation de la souffrance. La psychologie nous apprend que nos pensées créent des émotions qui influencent nos comportements et nos réactions. Que se passerait-il si on faisait émerger au plan culturel la pensée qu'accoucher est une expérience plaisante où la femme a en elle toutes les ressources pour gérer, dans le plaisir, ses sensations intenses? Et si on faisait voir aux femmes que les hormones sécrétées lors de l'accouchement sont les mêmes que celles produites lors d'une relation sexuelle?

D'autre part, au plan de l'inhibition des ressources endogènes, il existe des techniques non pharmacologiques efficaces pour activer les ressources endogènes – et donc favoriser une expérience plaisante aux femmes lors de l'accouchement. Mais ces techniques ont-elles suffisamment de place dans la formation des intervenants en périnatalité et des parents? Alors que leur programme génétique met à la disposition des femmes toutes les ressources permettant d'accoucher et de gérer leurs sensations, beaucoup d'interventions obstétricales et de consignes hospitalières inhibent ces précieuses ressources neuroendocriniennes.

Auteure



Julie Bonapace, diplômée en sciences et en travail social, maîtrise en éducation (Québec, Canada). Médiatrice familiale accréditée et initiatrice d'un programme non pharmacologique pour réduire la douleur de l'accouchement portant son nom.

Antje Garth

Sage-femme diplômée, enseignante de yoga, praticienne de thérapie carnosacrale, secrétaire générale du centre hebammerei et sage-femme indépendante



Chère lectrice, cher lecteur,

Sans doute les sages-femmes sont-elles nombreuses à se souvenir de l'époque – pas si lointaine – où les aiguilles d'acupuncture, les huiles aromatiques, la phytothérapie, l'homéopathie et d'autres pratiques thérapeutiques manuelles étaient sujettes aux moqueries dans les salles d'accouchement. Non seulement le corps médical était divisé à ce sujet, mais nous autres sages-femmes aussi.

Entre-temps les thérapies complémentaires en tant que mesures d'accompagnement ont acquis leurs lettres de noblesse dans l'obstétrique au quotidien, avant, pendant et après l'accouchement. Un grand nombre de travaux et d'études en attestent la valeur en tant que base scientifique. Soulignons que les méthodes alternatives n'ont pas la prétention d'être les seules thérapies permettant de soulager les femmes enceintes ou de faire progresser le travail lors de l'accouchement, mais qu'elles sont complémentaires et elles le resteront. Elles sont parfaitement justifiées et intégrées dans l'obstétrique moderne, qui ne saurait plus s'en passer. Ce qui est regrettable, en revanche, c'est que les futures mères aient besoin d'une assurance complémentaire pour en bénéficier.

Autre élément positif: la création en Suisse, l'an dernier, de la profession de «thérapeute complémentaire», qui confirme ainsi l'importance croissante des méthodes alternatives dans notre système de santé. Il s'agit d'une évolution dont les sages-femmes doivent tenir compte, notamment les sages-femmes indépendantes. Notons encore que la pratique des méthodes alternatives ne fait pas partie des études de sage-femme et nécessite une formation spécifique.

Les quelques méthodes alternatives présentées dans ce numéro pourraient inciter l'une ou l'autre d'entre vous à se lancer dans un nouveau projet. Or il suffit parfois d'être au courant des nouvelles possibilités pour fournir des informations plus pertinentes aux femmes enceintes.

Cordiales salutations,
Antje Garth

L'objectif de la ligne directrice de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (dont Julie Bonapace est le premier auteur, à paraître en 2016) est de donner des directives claires aux professionnels de la santé pour aider les femmes à composer avec les sensations intenses dans le but de soutenir la physiologie. On cherche à favoriser l'attachement, l'allaitement et la sécurité de la dyade mère-enfant.

Les ressources endogènes de la femme

Ces ressources sont à la fois hormonales et neuro-physiologiques. La méthode Bonapace enseigne aux professionnels de la santé et aux parents comment les préserver et les activer. Quatre ressources hormonales essentielles relâchées durant le travail modulent la perception de la douleur en relâchant des substances endogènes analgésiques. Ce sont: l'ocytocine, les endorphines, l'adrénaline et la prolactine. Mais leur rôle est bien plus large, puisqu'elles favorisent l'adaptation de la mère et de l'enfant, l'attachement et facilitent l'allaitement.

1. L'ocytocine a un rôle essentiel dans la mise en place des contractions utérines lors du travail. Elle est responsable du réflexe d'éjection du fœtus (réflexe de Ferguson), du placenta et du lait maternel. Elle favorise le lien d'amour et d'attachement et sert à atténuer les souvenirs liés à la douleur. L'ocytocine est relâchée de manière optimale lorsque la mère se sent en sécurité, que son intimité est respectée et qu'elle n'est pas dérangée. La sécrétion de l'ocytocine est réduite lorsque la femme a peur, froid ou faim, ou lorsque l'environnement est perçu comme étant stressant (changement d'environnement, lumière vive, bruit, conversations inappropriées, etc.) (Buckley, 2015).

Ce qu'il faut en retenir

La méthode Bonapace informe les parents et les professionnels de la santé sur les conditions nécessaires aux femmes pour favoriser la production des hormones endogènes:

- Se sentir en sécurité et entourée de personnes aimantes et bienveillantes à l'écoute de ses besoins.
- Avoir la liberté de répondre aux besoins de son corps et de son bébé qui vont la guider, à travers ses sensations, à poser les bonnes actions (bouger, manger, se reposer, pousser, etc.).
- Rester dans sa «zone zen» en évitant de stimuler son néocortex (cerveau de la pensée rationnelle): tamiser les lumières, préserver son intimité, être dans une atmosphère calme et positive où l'entourage chuchote, faire des sons, exprimer ses besoins, être encouragée et soutenue avec amour et empathie.
- Se relaxer, respirer, être positive et confiante en sa capacité à accoucher et à composer avec ses sensations intenses.

2. Les endorphines sont des substances analgésiques produites dans le cerveau lors de l'activité sexuelle, la grossesse, la naissance et l'allaitement. En plus de soulager la douleur, elles altèrent l'état de conscience de la mère et induisent chez la femme un sentiment de plaisir et d'euphorie. Elles se retrouvent aussi dans le lait maternel (Zanardo, 2001). Comme les endorphines créent un sentiment de bien-être chez la mère et chez l'enfant, il s'ensuit un effet de co-dépendance qui favorise l'attachement et l'allaitement.

3. L'adrénaline et la noradrénaline font partie du groupe des catécholamines et sont responsables de l'expulsion du bébé et du placenta. En fin de travail, elles augmentent l'attention et le niveau d'énergie de la mère, lui permettant de faire naître son bébé rapidement. Elles facilitent le réflexe d'expulsion du nouveau-né (Odent, 1987). Ces hormones protègent également le bébé contre une baisse d'oxygène et le préparent à vivre dans la vie extra-utérine en améliorant sa fonction respiratoire, sa fonction métabolique et sa production thermique (Lagercrantz et Slotkin, 1986). Ces hormones sont sécrétées en réponse aux stress importants. Elles sont produites lors d'états émotionnels négatifs chez la mère: peur, anxiété, se sentir observée ou dérangée, faim, froid. Si elles sont relâchées de manière importante au cours du travail, elles inhibent les hormones analgésiques (ocytocine et bêta-endorphines). C'est ce qui peut expliquer le ralentissement ou l'arrêt des contractions quand la femme se présente à la maternité.

4. La prolactine favorise la production du lait maternel et le succès de l'allaitement. Hormone du maternage, elle optimise les réponses physiologiques et comportementales de la mère afin qu'elle s'adapte à son rôle de mère. C'est aussi l'hormone du paternage. Elle est décelée chez le père qui participe à la naissance et elle est présente chez le père qui prend soin de ses enfants jusqu'à un an après la naissance (Storey, 2000). Plus il s'occupe de son enfant, plus il en produit, ce qui lui donne encore plus envie d'en prendre soin.

Ensemble, l'ocytocine, les endorphines, les catécholamines et la prolactine composent le cocktail hormonal qui assure le bon déroulement du travail et de l'accouchement ainsi que de la période postnatale. Ces hormones sont interdépendantes et leur ratio unique permet le déploiement du travail physiologique et une adaptation optimale en période post-natale. Certaines interventions obstétricales modifient ce ratio et peuvent perturber la physiologie. Il peut s'ensuivre des effets négatifs pour la mère et le bébé. Il est donc important d'évaluer avec soin la nécessité d'une intervention obstétricale avant de l'administrer.



Richard Tardif

Un exemple de contrôle inhibiteur diffus nociceptif (CIDN): stimulation des points V31 à V34 ayant une action sur les contractions.

En outre, la méthode Bonapace enseigne trois mécanismes neurophysiologiques qui modulent la perception de la douleur en agissant dans le système nerveux pour faire varier le signal potentiellement douloureux avant qu'il soit décodé par le cerveau comme étant une douleur.

1. Le contrôle inhibiteur diffus nociceptif (CIDN):

en créant une stimulation douloureuse sur un site autre que celui de la zone douloureuse, un relâchement d'endorphine s'opère, et donc l'inhibition de la douleur dans tout le corps sauf sur le site de la seconde douleur. Ce soulagement agit pendant une période plus longue que la stimulation. Une des techniques utilisée est l'acupression. Elle se pratique préférentiellement sur les points d'acupuncture favorables à l'avancée du travail.

2. La théorie du portillon:

en créant une sensation agréable sur la zone douloureuse, les fibres non douloureuses bloquent dans la moelle épinière une partie des fibres qui transmettent les messages de douleur. Ce qui réduit la perception de la douleur sur la zone stimulée agréablement. Différentes pratiques – comme les massages légers, le fait de bouger, le bain chaud – sont enseignées.

3. Le contrôle par les centres supérieurs du cerveau:

par des techniques de concentration mentale, il est possible de moduler le message de douleur transitant par le système nerveux. En effet, dans les centres supérieurs du cerveau, les messages de douleur établissent des liens directs et indirects vers d'autres régions cérébrales associées à la mémoire et aux émotions. Les codages mémoriels se trouvant dans ces régions influencent la manière dont sera perçue la douleur. En maîtrisant la direction de la pensée, on modifie la perception de la douleur. Cela inhibe les réactions physiologiques et psychologiques à la douleur par une modification du message associé au signal douloureux et par un relâchement d'endorphines. Si les techniques faisant appel à la respiration, la relaxation, l'imagerie mentale, l'aromathérapie, la musique et le yoga sont très utiles, un environnement propice où la femme peut mettre au repos son néocortex et se sentir en sécurité est essentiel.

Une préparation prénatale

La méthode Bonapace offre une préparation prénatale permettant de développer la confiance en la capacité des femmes, de leur bébé et de leur partenaire. Ils savent alors composer avec les sensations du travail et faire naître leur enfant de manière sûre, aisée et satisfaisante. Une didactique vivante alterne les formes d'enseignement (cognitif, kinesthésique ou visuel) de manière à répondre aux différents types d'apprenants. Les apprentissages sont communiqués à l'aide de supports visuels, d'activités démonstratives et de pratiques afin de s'approprier et d'ancrer les savoirs.

La pharmacologie en complément

Lorsque les ressources non pharmacologiques ont été mises en œuvre et qu'il s'avère utile pour la maman et le bébé d'utiliser la pharmacologie, elle est alors un complément important.

Pour en savoir davantage

Julie Bonapace parcourt le monde pour enseigner sa méthode aux professionnels de la santé afin qu'ils puissent la pratiquer et l'enseigner aux parents.

Pour plus d'informations, rendez-vous sur le site www.bonapace.com

L'essentiel de cette méthode est aussi décrite dans le livre «Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace» (Editions de l'Homme, 2014).

Références

- Bonica, J. et al. (1994) Labour pain. In: Wall, P. D. et Melzack, R.: Textbook of pain. New York, Churchill Livingstone, 615-641.
- Buckley, S. J. et al. (2015) Hormonal physiology of childbearing. Evidence and implications for women, babies and maternity care. Washington, DC: National Partnership for Women & Families, 2015.
- Lagercrantz, H. et Slotkin, T. A. (1986) The «stress» of being born. «Scientific American», 254(4):100-7.
- Lindblom, U. et al. (1985) Pain terms - a current list with definitions and notes on usage with definitions and notes on usage. «Pain», suppl, 3, 215-221.
- Lowe, N-K. (2002) The nature of labor pain. «American Journal of Obstetrics and Gynecology», 186(5), S16-S24.
- Odent, M. (1987) The fetus ejection reflex. Birth, 14(2): 104-5.
- Storey, A. E. et al. (2000) Hormonal correlates of paternal responsiveness in new and expectant fathers. «Evolution and human behavior», 21(2):79-95.
- Weaver, R. H. et Cranley, M. S. (1983) An exploration of paternal-fetal attachment behavior. «Nursing Research», vol. 32, n 2, 68-72.
- Zanardo, V. et al. (2001) Labor pain effects on colostral milk beta-endorphin concentrations of lactating mothers. «Biology of the neonate», 79(2):87-90.