



Le souhait d'accoucher sans analgésie péridurale : étude descriptive de la prévalence, des motivations des femmes et de leurs caractéristiques socio-professionnelles

Maëlle Getti Brouillard

► To cite this version:

Maëlle Getti Brouillard. Le souhait d'accoucher sans analgésie péridurale : étude descriptive de la prévalence, des motivations des femmes et de leurs caractéristiques socio-professionnelles. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00854831

HAL Id: dumas-00854831

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00854831>

Submitted on 28 Aug 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENoble
MEDECINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE

Le souhait d'accoucher sans analgésie péridurale

Etude descriptive de la prévalence, des motivations des femmes et de leurs
caractéristiques socio-professionnelles

Mémoire soutenu le 17 Mai 2013

Par Maëlle GETTI épouse BROUILLARD

Née le 8 Février 1989

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2013

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE

Le souhait d'accoucher sans analgésie péridurale

Etude descriptive de la prévalence, des motivations des femmes et de leurs
caractéristiques socio-professionnelles

Mémoire soutenu le 17 Mai 2013

Par Maëlle GETTI épouse BROUILLARD

Née le 8 Février 1989

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2013

Je remercie les membres du jury :

Pr Pascale HOFFMAN, PU.PH en Gynécologie-Obstétrique au CHU de Grenoble, Président du Jury ;

Dr Anne-Laure COSTON, Assistante Chef de clinique au CHU de Grenoble ;

Mme Chantal SEGUIN, Directrice de l'Ecole de Sages-Femmes de Grenoble, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble ;

Mme Sophie JOURDAN, Sage-Femme Cadre, Enseignante à l'Ecole des Sages-Femmes de Grenoble ;

Mme Anne DECHAUD, Sage-Femme au CHU de Grenoble.

Je remercie plus particulièrement,

Mme Mathilde REVOLON, Sage-Femme, Directeur de ce mémoire,

Pour son soutien, son enthousiasme et ses conseils lors de l'élaboration de ce mémoire ;

Mme Sophie JOURDAN, Sage-Femme Enseignante à l'Ecole des Sages-Femmes de Grenoble,
Guidant de ce mémoire,

Pour son soutien et ses pistes de réflexion tout au long de ce mémoire ;

Mme Aurélie BARBE, Sage-Femme Cadre à la maternité de Voiron et Mme Brigitte RIGAUD,
Sage-Femme Cadre à la maternité d'Albertville,

Pour leur enthousiasme, leur soutien et leur aide dans la distribution des questionnaires ;

Les secrétaires de consultation des maternités de Voiron et d'Albertville,

Pour leur participation active à la distribution des questionnaires ;

Les sages-femmes de salle d'accouchement des maternités de Voiron et d'Albertville,

Pour leur participation active au recueil de données ainsi que leur curiosité et leurs pistes de réflexion ;

Mr Antoine GARCIA ROCHE, Documentaliste à la Bibliothèque Universitaire de Médecine-
Pharmacie de Grenoble ; Dr Mathilde CHEIX, Professional translator of English and French;
Dr José LABARERE, Enseignant en Médecine à l'UJF de Grenoble,

Pour leur aide dans l'élaboration de ce mémoire ;

Mme Laurence COMBET-BLANC, Sage-Femme Enseignante à l'Ecole de Sages-Femmes de
Grenoble,

Pour son accompagnement sans faille tout au long de ces années d'études.

Je remercie également,

Mon mari, Thomas,

Pour son soutien inconditionnel au cours de toutes ces années d'études ;

Mes parents, Marine, Paul, Tobie, Timothée, Siméon et Matis,

Pour leur soutien et leur présence dans les moments de détente tout comme dans les moments difficiles ;

Mes ami(e)s,

Pour leur curiosité, leur bonne humeur et leur écoute.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	1
PREAMBULE	2
INTRODUCTION	3
POPULATION ET METHODE	5
A/ TYPE D'ÉTUDE	5
B/ SITE D'ÉTUDE	5
C/ POPULATION	5
D/ RECUEIL DES DONNÉES À L'INCLUSION.....	5
E/ CRITÈRES DE JUGEMENT	6
F/ TRAITEMENT DES DONNÉES ET ANALYSES STATISTIQUES	6
RESULTATS	7
A/ POPULATION D'ANALYSE	7
B/ PRÉVALENCE DES FEMMES SOUHAITANT ACCOUCHER SANS APD	8
C/ SOUHAIT INITIAL ET ISSUE D'ACCOUCHEMENT	8
D/ CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION.....	9
E/ MOTIVATIONS DU SOUHAIT D'ACCOUCHEMENT SANS APD.....	12
DISCUSSION	14
A/ BIAIS ET LIMITES	14
B/ DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	15
1- <i>Issue d'accouchement versus souhait énoncé au 9^e mois de grossesse</i>	16
2- <i>Caractéristiques de la population</i>	16
a) Parité, âge, situation maritale et niveau d'études : comparaison avec les chiffres nationaux	16
b) Influence des expériences antérieures sur le choix	17
c) Suivi médical de la grossesse.....	18
d) Préparation à la naissance	18
e) Abord de la douleur en préparation à la naissance.....	19
3- <i>Motivations pour un accouchement sans APD</i>	20
a) Présélection des items motivationnels	20
b) Peur du geste technique et de ses conséquences médicales	20
c) Motivations intimes	21
d) Influence de l'entourage	22
e) Aspect naturel de l'accouchement sans APD	23
C/ POSITIONNEMENT PROFESSIONNEL	23
CONCLUSION	26
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	28
ANNEXES	30
ANNEXE I : Questionnaire distribué	
ANNEXE II : Feuille de recueil de données en salle d'accouchement	
ANNEXE III : Information sur l'APD éditée par la SFAR	

ABREVIATIONS

APD : Analgésie Péridurale

RA : Rachi-Anesthésie

AG : Anesthésie Générale

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

COFAER : COlegio de FArmacéuticos de Entre Rios

PREAMBULE

Entre

Ce que je pense

Ce que je veux dire

Ce que je crois dire

Ce que je dis

Ce que vous avez envie d'entendre

Ce que vous croyez entendre

Ce que vous entendez

Ce que vous avez envie de comprendre

Ce que vous croyez comprendre

Ce que vous comprenez

Il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer.

Mais essayons quand même...

Bernard WERBER

INTRODUCTION

En France, le taux de travaux d'accouchements sous analgésie péridurale (APD) est en constante augmentation : 66,5% en 1998, 74,9% en 2003 et 79,3% en 2010 [1].

Par ailleurs, la France est un des pays d'Europe où le taux d'APD est le plus élevé : 15% aux Pays-Bas, 28% au Royaume-Uni, 45% en Finlande, 35% dans les Flandres selon l'INSERM entre 2004 et 2006, 40% en Grande-Bretagne selon la BBC en 2011 [2]. Seule l'Espagne semble avoir un taux d'APD plus élevé que la France avec le chiffre de 98% rapporté en 2007 par le COFAER [3].

Comment expliquer un taux si important de recours à l'APD aujourd'hui en France ? Nous pouvons supposer qu'une partie est due aux indications médicales à l'APD qui sont de plus en plus nombreuses (utérus cicatriciels, âge maternel, grossesses gémellaires, etc.). Mais également au fait que de plus en plus de femmes semblent dire : « Nous sommes en 2012 et je ne souhaite pas enfanter dans la douleur ! ».

Cependant, des femmes accouchent encore sans APD. Ceci peut être le fait de problèmes organisationnels (anesthésiste-réanimateur qui n'est pas disponible, travail trop rapide, etc.) mais émane aussi parfois d'un choix de la part de certaines parturientes [4].

Au cours de nos stages, il est arrivé que certains professionnels expriment leur incompréhension face au souhait d'accoucher sans APD. Nous nous sommes alors demandés si ce choix était entendu et compris.

Au cours de nos recherches dans la littérature médicale, psychologique et sociologique, nous avons trouvé très peu d'écrits sur le sujet. Sont souvent étudiés les différents moyens non médicamenteux de soulager les douleurs de l'accouchement ou encore les caractéristiques de la population de femmes qui accouchent sous APD. Par contre, le volet complémentaire : qui sont ces femmes qui souhaitent accoucher sans APD et quelles sont leurs motivations ?, est très peu exploré [4, 5, 6, 7].

Il est évident qu'en France, l'APD reste le traitement de référence pour soulager la douleur de l'accouchement. Et pourtant des femmes accouchent encore sans, par choix. Pourquoi se priver d'une telle avancée technique ? Comment y parvenir ?

L'hypothèse que nous avons faite est que les femmes qui accouchent sans APD posaient ce choix de façon mûrement réfléchi, en conscience. Certains de leurs motifs seraient intimes, personnels, de ceux qu'il serait vain d'expliquer. D'autres auraient une grande part de rationnel lié au fait que l'APD est un acte médical qui, en tant que tel, comporte des risques.

C'est précisément sur ces différents motifs que nous avons souhaité cibler notre mémoire. Notre but étant de comprendre pour mieux accompagner.

L'objectif principal de l'étude visait à déterminer quelle était la prévalence de femmes qui, en fin de grossesse, déclaraient vouloir accoucher sans APD et, parmi celles-ci, la prévalence de femmes qui finalement accouchaient sans analgésie.

Les objectifs secondaires étaient de décrire la population concernée ainsi que les motivations pour un accouchement sans APD.

POPULATION ET METHODE

A/ Type d'étude

Nous avons réalisé une étude descriptive, prospective, multicentrique.

B/ Site d'étude

L'étude s'est déroulée dans deux maternités de niveau II : Albertville (Savoie) et Voiron (Isère).

C/ Population

Ont été évaluées pour éligibilité toutes les patientes se présentant au secrétariat de la maternité pour leur consultation du 9^e mois.

Nous avons exclu de notre étude les femmes qui ne comprenaient pas le français.

D/ Recueil des données à l'inclusion

La période d'inclusion s'est étalée sur six semaines consécutives. Les données ont été recueillies de façon prospective. Un questionnaire (ANNEXE I) était distribué par les secrétaires de consultations à toutes les femmes qui se présentaient pour leur consultation du 9^e mois de grossesse. Il était demandé aux femmes de remplir ce questionnaire sur place et de le retourner aux secrétaires. L'intégralité du questionnaire ne devait être remplie que par les femmes déclarant souhaiter accoucher sans APD. Pour ce faire, la première question du questionnaire ciblait le projet d'analgésie pour l'accouchement.

Dans un second temps, la sage-femme qui avait réalisé l'accouchement complétait les données en remplissant une feuille indiquant l'utilisation ou non d'une analgésie pour l'accouchement et la raison de cette décision (ANNEXE II). Lorsque l'issue d'accouchement n'était pas remplie, les informations étaient recueillies dans le dossier de la patiente. Si l'indication d'APD (médicale ou choix de la patiente) n'était pas explicite, nous avons classé l'issue dans la catégorie « données manquantes ».

L'anonymat des patientes a été conservé par l'attribution d'un numéro à chaque questionnaire. Le consentement a été demandé au moment de la remise du questionnaire.

E/ Critères de jugement

Le critère de jugement principal était le souhait ou non d'une APD pour l'accouchement ainsi que sa réalisation ou non au moment de l'accouchement.

Les critères de jugement secondaires étaient les motivations du choix d'un accouchement sans APD. Le questionnaire comprenait 19 items non hiérarchisés (dont un ouvert « autres [motivations] ») parmi lesquels nous avons demandé aux patientes de choisir les trois dans lesquels elles se retrouvaient le mieux. Pour l'analyse des données, nous avons ensuite regroupé ces items en cinq catégories qui étaient : les motivations intimes, liées à leur condition de femme ; les motivations liées au geste même de l'APD ainsi que ses conséquences médicales ; les motivations liées au regard d'autrui ; les motivations liées à une expérience précédente et les motivations liées au désir d'autonomie pour l'accouchement (cf Tableau V).

La population a été décrite par la catégorie socio-professionnelle, la parité et les antécédents anesthésiques obstétricaux des patientes, le type de professionnel consulté pour le suivi médical de la grossesse et le suivi ou non d'une préparation à la naissance.

Nous avons comparé la moyenne d'âge, la parité, la situation maritale, le niveau d'études et le suivi d'une préparation à la naissance avec les résultats de l'enquête nationale périnatale de 2010.

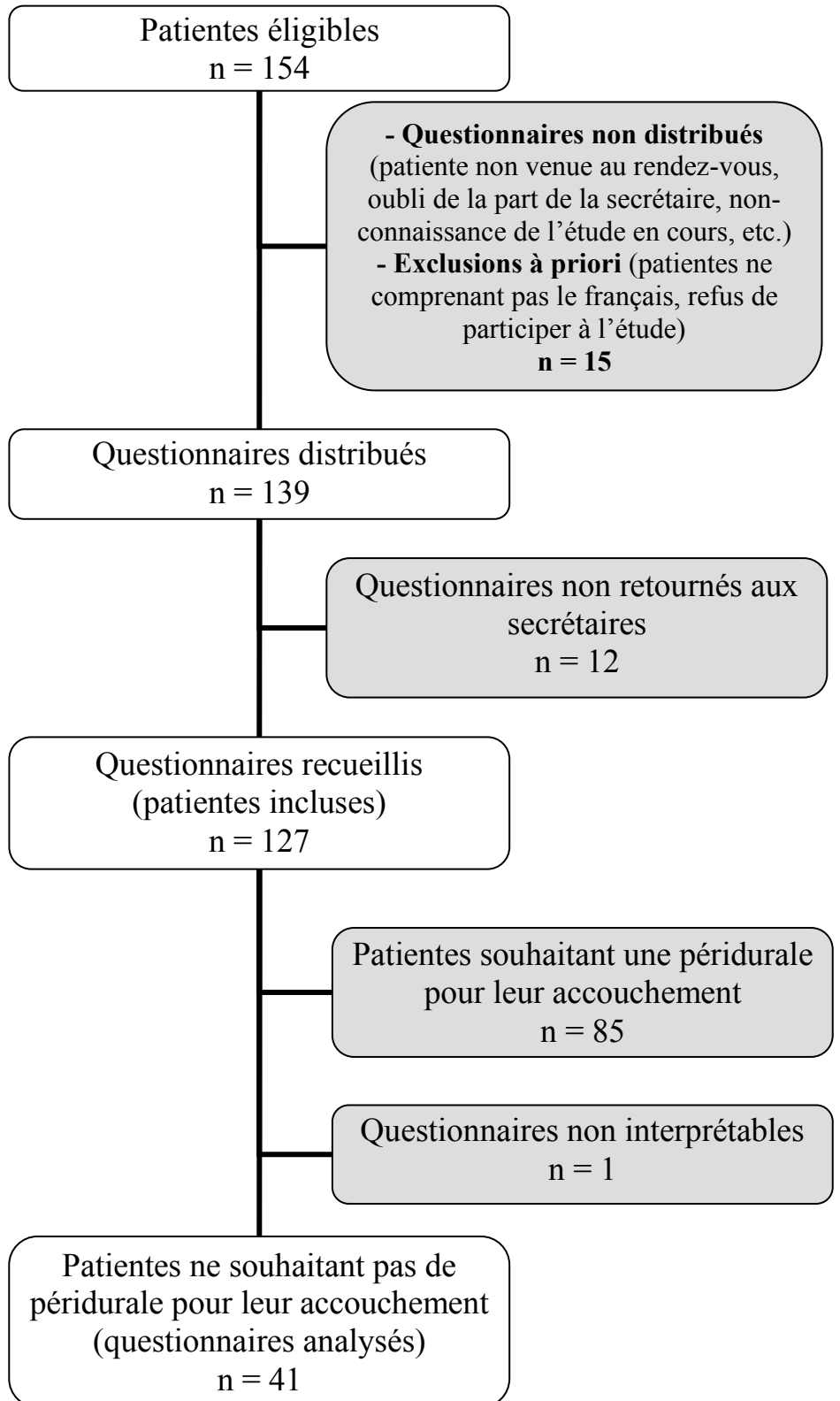
F/ Traitement des données et analyses statistiques

Le logiciel statview a été utilisé pour l'analyse statistique des données. La variable quantitative (âge) a été décrite par la médiane et l'Intervalle Inter-Quartile (IIQ : 25ème et 75ème centiles). Le test de l'écart réduit a permis la comparaison avec les résultats de l'enquête nationale périnatale. Les variables qualitatives (situation maritale, niveau d'études, parité, suivi médical de la grossesse, préparation à la naissance, motivations) ont été décrites par l'effectif et le pourcentage. Le test du chi-deux a permis la comparaison avec les résultats de l'enquête nationale périnatale.

RESULTATS

A/ Population d'analyse

Figure 1 : Population d'analyse



Sur les 154 patientes éligibles, c'est-à-dire les patientes ayant rendez-vous à la maternité entre le 10 Septembre et le 21 Octobre 2012 pour leur consultation du 9^e mois de grossesse, 139 questionnaires ont été distribués. Parmi ceux-ci, 127 nous ont été retournés. Ainsi, le taux de réponse a été de 82,5%.

Une patiente n'avait pas encore d'avis sur son souhait d'APD ou non. Nous avons classé ce questionnaire comme « non interprétable ».

Notre population d'analyse était donc constituée des 41 patientes qui souhaitaient accoucher sans APD.

B/ Prévalence des femmes souhaitant accoucher sans APD

Sur les 127 patientes ayant répondu à notre questionnaire, 41 ont déclaré souhaiter accoucher sans péridurale. La prévalence de ce choix était donc de 32,3%.

C/ Souhait initial et issue d'accouchement

Tableau I : Issues d'accouchement en fonction du souhait de départ

	A l'accouchement	
	APD, RA ou AG	Pas APD
Souhait d'accoucher sans APD (n=41)	<p>22 <i>Par choix = 10</i> <i>Indication médicale = 8</i> <i>Données manquantes = 4</i></p>	<p>19</p>

Parmi les 41 patientes qui avaient déclaré au 9^e mois de grossesse souhaiter accoucher sans APD, 19 (46,3%) ont pu aller au bout de leur choix initial.

Parmi les patientes ayant finalement accouché sous analgésie, 10 (24,4%) ont changé d'avis entre le moment de remplissage du questionnaire et l'accouchement, 8 (19,5%) ont du avoir une anesthésie (APD, rachianesthésie ou anesthésie générale) pour indication médicale et nous ne connaissons pas l'indication d'APD pour 4 patientes.

D/ Caractéristiques de la population

Tableau II : Caractéristiques socio-professionnelles

	Effectif	Pourcentage
Age	41	100,0%
Médiane: 31 ans (28-35)		
Situation maritale	41	100,0%
En couple	39	95,1%
Célibataire	2	4,9%
Niveau d'études	41	100,0%
Sans diplôme	1	2,4%
CAP/BEP	8	19,5%
Baccalauréat	5	12,2%
Supérieur au baccalauréat	27	65,9%

L'âge médian de notre échantillon était de 31 ans (28-35). Trente-neuf des 41 patientes (95,1%) étaient en couple et le niveau d'étude était supérieur au baccalauréat pour 27 (65,9%) d'entre elles.

Tableau IIIa : Parité

	Effectif	Pourcentage
Nullipares	21	51,2%
Multipares	20	48,2%
2e pares	15	36,6%
3e pares	4	9,8%
4e pares	0	0,0%
5e pares et plus	1	2,4%

Vingt et une patientes (51,2%) étaient nullipares.

Les 20 autres patientes étaient multipares. Quinze patientes deuxième pares avaient un antécédent d'accouchement. Quatre patientes troisième pares avaient deux antécédents d'accouchement et une patiente cinquième pare avait quatre antécédents d'accouchement.

Nous avons ainsi comptabilisé 27 accouchements antérieurs.

Parmi ceux-ci, 15 ont eu lieu sous anesthésie (APD, RA ou AG) et 12 ont eu lieu sans analgésie.

Tableau IIIb : Vécu des antécédents anesthésiques obstétricaux des patientes multipares

	Effectif	Pourcentage
Vécu d'une anesthésie antérieure	15	100%
Très bon	5	33,4%
Bon	5	33,4%
Mauvais	2	13,4%
Très mauvais	1	6,7%
Non répondu	2	13,4%
Vécu de l'absence d'anesthésie antérieure	12	100%
Très bon	11	91,7%
Bon	1	8,3%
Mauvais	0	0,0%
Très mauvais	0	0,0%

Parmi les 15 accouchements sous anesthésie, le vécu des patientes avait été bon ou très bon dans 66,8% des cas. Parmi les 12 accouchements sans analgésie, les patientes en avaient toutes un bon ou très bon vécu.

Tableau IVa : Grossesse, suivi médical

	Effectif	Pourcentage
Suivi médical par un gynécologue -obstétricien	34	73,2%
Suivi médical par une sage-femme	22	53,7%
Suivi médical par un médecin généraliste	9	22,0%

Parmi les 41 patientes de notre échantillon, une majorité (73,2%) a consulté un gynécologue-obstétricien au cours de la grossesse. Les patientes ont pu être suivies par plusieurs professionnels donc la totalité des suivis est supérieure à 100%.

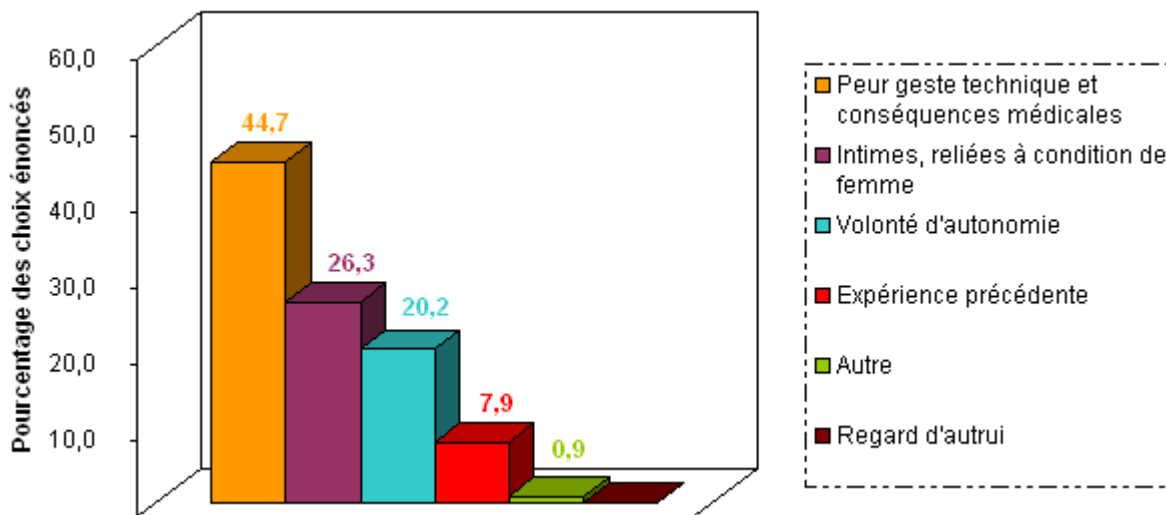
Tableau IVb : Grossesse, préparation à la naissance

	Effectif	Pourcentage
Préparation à la naissance	31	75,6%
- Classique	24	58,5%
- Yoga	3	7,3%
- Sophrologie	9	22,0%
- Haptonomie	2	4,9%
- Piscine	5	12,2%
- Chant prénatal	0	0,0%
- Acupuncture	3	7,3%
- Hypnose	0	0,0%
- Autre	0	0,0%
Information reçue concernant la douleur de l'accouchement	27	87,1%
Explication d'autres moyens que la péridurale pour soulager la douleur	20	64,5%
Préparation à la naissance parmi les nullipares	21	100,0%
Suivie	19	90,5%
Préparation à la naissance parmi les multipares	20	100,0%
Suivie	12	60,0%

Trente et une (75,6%) ont suivi une préparation à la naissance. Celle-ci a été suivie par 90,5% des patientes nullipares et 60% des patientes multipares. Au cours de ces séances, 4 patientes (12,9%) ont dit ne pas avoir reçu d'information particulière sur la douleur de l'accouchement et 10 (35,5%) ont rapporté ne pas avoir été informées des autres moyens que l'APD pour soulager la douleur de l'accouchement.

E/ Motivations du souhait d'accouchement sans APD

Figure 2 : Motivations pour un accouchement sans APD



Comme expliqué dans la méthode, les femmes pouvaient cocher de un à trois items dans la liste des motivations. En tout, 114 items ont donc été cochés et cela correspond à 100% des choix énoncés ci-dessus. Nous avons ainsi observé que le souhait d'accoucher sans APD était multifactoriel.

La peur du geste technique de l'APD ainsi que de ses conséquences médicales était la raison la plus souvent avancée (44,7%) par les patientes ne souhaitant pas d'APD pour leur accouchement. Venaient ensuite les motivations de l'ordre de l'intime, reliées à la condition de femme (26,3%). Et enfin, les motivations liées à une volonté d'autonomie dans le travail et l'accouchement (20,2%). Pour aucune des patientes de notre échantillon le regard des proches n'était un facteur décisif dans le fait de ne pas souhaiter d'APD pour l'accouchement.

Une patiente a utilisé la case « autre ». Celle-ci présentait une contre-indication à l'APD mais au vu des autres cases cochées, la patiente s'était approprié cette « contrainte » et avait fait de l'accouchement sans APD un choix personnel et non purement médical.

Tableau V : Catégorisation et détail des différentes motivations

	Effectif	Pourcentage
Liées au geste même de la péridurale et à ses conséquences médicales	51	44,7%
J'appréhende l'acte de la péridurale en lui-même (piqûre dans le dos, etc.)	16	14,0%
Je souhaite éviter l'injection de médicaments/produits pour mon bébé	13	11,4%
Je souhaite éviter l'injection de médicaments/produits pour moi	7	6,1%
Je pense que sans la péridurale, il y a moins de risques d'avoir une épisiotomie, une ventouse, des forceps	6	5,3%
Je pense que sans péridurale, l'accouchement sera plus rapide	5	4,4%
Je pense que sans péridurale, les suites de l'accouchement seront plus simples, moins douloureuses	4	3,5%
Intimes, liées à la condition de femme	30	26,3%
L'accouchement, c'est naturel, mon corps est capable de le supporter	16	14,0%
La douleur ne me fait pas peur	5	4,4%
Par curiosité / je souhaite connaître mes limites	4	3,5%
Je souhaite vivre la douleur de l'accouchement comme une initiation, cela me donnera confiance en moi	4	3,5%
Je pense être plus proche des femmes qui enfantent à travers le monde et à travers les âges	1	0,9%
Liées à l'autonomie	23	20,2%
J'ai peur de moins sentir ce qui se passe, de ne plus être en lien avec mon bébé	13	11,4%
J'ai peur de ne pas être actrice de mon accouchement, de ne pas pouvoir bouger comme je le souhaite, etc.	10	8,8%
Liées à une expérience précédente	9	7,9%
J'ai bien vécu un précédent accouchement sans péridurale et je souhaite recommencer	6	5,3%
J'ai mal vécu un précédent accouchement sous péridurale et je ne souhaite pas que ça recommence	3	2,6%
Autres	1	0,9%
Contre-indication à la péridurale	1	0,9%
Liées au regard d'autrui	0	0,0%
Je crains la réaction ou les reproches de mon entourage si je prends une péridurale	0	0,0%
C'est une évidence, toutes les femmes accouchent sans péridurale dans ma famille	0	0,0%
Je souhaite prouver à mon entourage que je suis capable de le faire	0	0,0%

DISCUSSION

A/ Biais et limites

Le biais principal de notre étude est un biais de sélection lié au mode de recrutement des patientes. En effet, nous avons, pour des raisons de simplicité de réalisation, restreint le recueil de données aux patientes effectuant leur suivi de grossesse en maternité.

De plus, nous nous sommes appuyés sur l'étude Le Ray [4] qui postule que « les femmes choisissent d'accoucher sans APD plus souvent dans les petites et moyennes maternités (< 2000 accouchements par an) ». Nous avons donc choisi des maternités effectuant moins de 2000 accouchements par an, proches de nos lieux de stages et dont l'équipe était favorable à notre étude.

Nous avons conscience que les résultats de notre étude sont limités aux patientes qui effectuent leur suivi de grossesse avec les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes du service de maternités de niveau II. Nous craignons entre autre que dans notre population, les femmes soient ainsi plus souvent suivies par un gynécologue obstétricien que par un médecin généraliste par exemple.

Nos résultats ne pourront donc pas être extrapolés à des patientes de cabinets libéraux ou de maternités d'importance et de niveau différent. Nous ne savons pas si la population serait identique dans de telles structures.

Il se peut qu'il y ait un biais de déclaration que nous avons eu du mal à déterminer. Nous ne savons pas comment se sont positionnées les patientes qui savaient d'avance qu'elles auraient ou non une APD pour l'accouchement (du fait d'une indication médicale ou au contraire d'une contre-indication). Nous pensons que les patientes présentant une pathologie de la grossesse (diabète gestationnel, hypertension, utérus cicatriciel, etc.) ont pu être informées par le professionnel qui les a suivies de l'indication médicale d'APD pour l'accouchement. Elles risquent donc d'avoir répondu souhaiter une APD pour leur accouchement même s'il ne s'agissait pas de leur choix de départ.

Nous avons tenté de limiter ce biais par la formulation de notre question : « *Dans votre idéal, souhaitez-vous accoucher avec une péridurale ?* » ainsi qu'en donnant la possibilité aux patientes de s'exprimer plus librement par l'ajout d'un item « autres » à la suite des différentes

propositions... Nous aurions pu exclure de notre étude les patientes présentant une indication ou une contre-indication à l'APD mais nous aurions perdu en puissance. De plus, pour répondre à notre objectif secondaire qui était de connaître les motivations des femmes à accoucher sans APD, ce recueil de données semblait suffisant.

Nous avons recueilli nos données par questionnaire. Ce choix peut sembler restrictif pour aborder un sujet où la liberté et la spontanéité de la parole des femmes seraient riches. Mais n'ayant pas de notion de psycho-sociologie, nous avons pris le parti de ne pas réaliser d'entretiens individualisés avec les patientes.

Il y a également un biais d'information lié au fait que le questionnaire était déclaratif. Les patientes savaient qu'elles s'adressaient à une étudiante sage-femme dont l'objet d'étude était les femmes souhaitant accoucher sans APD. Elles ont donc pu être influencées par cela. Néanmoins, nous avons tenté de limiter ce biais par le fait que les femmes restaient totalement libres de répondre ou non au questionnaire et que celui-ci était anonymisé.

Nous avons conscience que le fait de ne recueillir que le mode d'analgésie pour l'accouchement sans s'enquérir des détails du travail (mode de déclenchement, durée, complications, etc.) fait parti des limites de notre étude. Mais ceci n'était pas le sujet du présent mémoire.

B/ Discussion des résultats

Les patientes ont été recrutées au 9^e mois de grossesse, lors de leur dernière consultation. Nous avons choisi ce moment car les femmes sont assez proches du terme de l'accouchement pour avoir eu le temps de terminer une éventuelle préparation à la naissance, de commencer à se projeter... Et pour autant, elles ne sont pas encore en travail et donc pas encore potentiellement déstabilisées par la douleur des contractions. Nous avons ainsi cherché à limiter un biais de sélection par non réponse (femmes centrées sur leur travail, algiques, refusant de répondre à ce moment là ou étant dans l'impossibilité de le faire). De plus, le fait de demander aux patientes de remplir le questionnaire sur place a permis d'avoir un bon taux de réponse : 139 questionnaires ont été distribués et 127 nous ont été retournés, soit 91,4%.

1- Issue d'accouchement versus souhait énoncé au 9^e mois de grossesse

Sur les 127 patientes qui ont retourné le questionnaire, 41 (32,3%) ont déclaré souhaiter accoucher sans APD.

La seule étude de laquelle nous pouvons nous rapprocher est celle de Le Ray [4], réalisée de façon concomitante à l'Enquête Nationale Périnatale de 2010. Les auteurs ont étudié 8233 patientes à bas risque. Parmi celles-ci, 2720 ont accouché sans APD et il s'agissait d'un choix pour 37% d'entre elles. Il est intéressant de remarquer que nos résultats sont assez proches.

Parmi les patientes de notre population, 19 (46,3%) ont pu aller au bout de leur choix initial. Pour les 10 patientes (24,4%) qui ont finalement accouché sous APD « par choix », nous ne connaissons pas les détails concernant le travail et l'accouchement. Il s'agit en effet d'une limite à notre étude que nous avons déjà mentionnée.

Au regard des éléments du dossier des patientes, nous n'avons pas pu retrouver l'indication de l'APD (médicale ou choix de la patiente) pour quatre d'entre elles. Il s'agit donc de données manquantes. Il semble que ceci puisse être l'illustration de la limite qui est souvent floue entre l'indication médicale d'APD et le souhait de la patiente.

Nous pensons que toute cette partie de l'accouchement que nous n'avons pas analysée (mode de déclenchement du travail, durée, complications éventuelles, disponibilité de la sage-femme, disponibilité d'une baignoire par exemple...) est en grande partie responsable d'une orientation ou non vers l'APD. Il serait intéressant de savoir pourquoi les patientes qui se dirigeaient au départ vers un accouchement sans analgésie y ont finalement eu recours ? Et qu'est-ce qui a permis à d'autres d'aller au bout de leur souhait initial ?

2- Caractéristiques de la population

a) Parité, âge, situation maritale et niveau d'études : comparaison avec les chiffres nationaux

L'âge moyen des femmes de notre échantillon était de 31,4 ans (4,9) et les patientes étaient nullipares dans 51,2% des cas. Nous avons pu comparer ces résultats à ceux de l'Enquête Nationale Périnatale de 2010 [1]. Les patientes de notre échantillon apparaissent plus âgées (31,4

ans versus 29,7 ans) et plus souvent primipares (51,2% versus 32,9%) que la population nationale.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que l'âge maternel et la parité joueraient un rôle dans le souhait d'accoucher sans APD. Dans la littérature, nous avons trouvé très peu d'études qui fassent une corrélation directe entre ces éléments. La plus récente (Etude Le RAY [4]) ne faisait pas ressortir une quelconque influence de l'âge maternel sur le choix d'accoucher sans APD. D'autre part, une étude parue en 1998 dans l'International Journal of Gynecology & Obstetrics [8] mettait en évidence que le seuil douloureux diminuait de façon significative à mesure que l'âge maternel et la parité augmentaient.

Il est évident que notre étude descriptive ne peut trancher cette question mais il est intéressant de noter cette spécificité de notre population.

Au contraire, nous n'avons pas observé de différence entre notre population et la population nationale des parturientes concernant la situation maritale et le niveau d'études.

b) Influence des expériences antérieures sur le choix

Lorsque nous avons démarré notre étude, nous pensions que le vécu d'un accouchement précédent influencerait le choix d'accoucher cette fois-ci avec ou sans APD. Nous pensions qu'une expérience antérieure négative d'APD pourrait pousser les femmes à accoucher sans et qu'inversement, un bon vécu d'un accouchement sans APD pourrait inciter au même choix.

Nos résultats permettent d'avancer qu'il peut y avoir un lien entre une expérience antérieure et le souhait d'accoucher sans APD, mais il ne s'agit pas de la motivation principale. En effet, le souhait d'accoucher sans APD est en lien avec une expérience antérieure, positive ou négative, dans seulement 7,9% des choix énoncés.

Le mauvais vécu d'une APD pour un accouchement antérieur représente 2,6% des motivations avancées par les femmes pour souhaiter accoucher cette fois-ci sans APD.

Parmi les patientes multipares qui font le choix d'accoucher sans APD, celles qui ont bénéficié d'une analgésie pour un accouchement précédent en ont été satisfaites dans 66,8% des cas. Le souhait d'accoucher sans APD ne semble donc pas se faire en réaction à une expérience négative antérieure.

De même, les femmes ayant un bon vécu d'un accouchement antérieur sans APD n'évoquent ce motif comme étant la raison de leur choix que dans 5,3% des cas.

Nous pouvons conclure sur le fait que le vécu antérieur des accouchements (avec ou sans APD) n'est pas un critère majeur de choix pour les patientes de notre population.

c) Suivi médical de la grossesse

Nous avons mentionné dans les limites de notre étude que le suivi médical des patientes était biaisé à cause du lieu d'étude ciblé en maternité. En effet, nous avons ainsi éliminé les patientes qui étaient suivies en libéral. Les patientes ne se rendaient alors à la maternité que pour l'accouchement. De plus, notre question n'était pas posée de façon optimale puisque toutes les patientes déclarent avoir été suivies par plusieurs professionnels. Nos résultats sont, en l'état, difficilement interprétables.

Il aurait été plus intéressant de savoir quel était le professionnel avec qui les patientes avaient eu le plus de contact au cours de leur grossesse. Nous aurions ainsi pu rechercher un éventuel lien entre la spécialité du professionnel consulté et le souhait d'accoucher sans APD.

d) Préparation à la naissance

Les patientes de notre échantillon ont plus fréquemment suivi une préparation à la naissance que les patientes en France (75,6% versus 48%). On peut émettre l'hypothèse que les patientes qui se posent la question d'une APD ou non pour l'accouchement se dirigent plus souvent vers une préparation à la naissance afin de se donner les moyens de réfléchir, de s'informer sur les autres méthodes pour soulager la douleur de l'accouchement, de prendre confiance en elles.

Une étude Chinoise [9] allait dans ce sens en mettant en évidence que la préparation à la naissance (méthode Bandura) permettait de diminuer l'anxiété de la femme à l'approche de l'accouchement, d'augmenter ses capacités à « faire face » et de se sentir capable de surmonter une situation (self-efficacy). Un article paru dans la Clinical Psychology Review en 2009 [10] mettait en avant que l'objectif de la préparation à la naissance était d'aider les femmes à repérer leurs propres stratégies d'adaptation face à la douleur et de renforcer leur sentiment d'auto-efficacité. Cet article insistait également sur l'importance de l'incitation de la part du personnel soignant à utiliser ces stratégies d'adaptation.

Il existe différents types de préparation à la naissance. Celles qui ont été les plus suivies par les patientes de notre population sont la préparation classique ainsi que la sophrologie. Il est

possible que ces proportions s'expliquent par le fait que ce sont les préparations qui semblent les plus couramment proposées en France.

Néanmoins, la préparation à la naissance classique consiste souvent en des séances d'information à propos des différentes phases du travail, de l'accouchement et du post-partum. Le fait d'être informée de manière éclairée sur ce qui va se dérouler dans son corps le jour J peut permettre à la femme d'appréhender différemment la douleur des contractions ainsi que la gestion de cette douleur. De plus, la préparation à la naissance par la sophrologie est une méthode qui favorise la détente, les images mentales, l'écoute du corps. Nous pouvons supposer que ceci puisse également permettre à une femme en travail de gérer différemment les contractions.

e) Abord de la douleur en préparation à la naissance

Sur les 31 patientes qui ont suivi une préparation à la naissance, 10 (soit plus d'un tiers) disent ne pas avoir été informées des autres moyens que l'APD pour soulager les douleurs de l'accouchement.

Nous avons été surpris par ce résultat au vu des nombreuses méthodes de soulagement de la douleur existantes et accessibles aux femmes sans aide extérieure (respiration, bain, massage, mouvement [11, 12, 13]).

Peut-être que ce manque d'information sur les alternatives à l'APD joue un rôle dans le taux plus élevé d'APD pour l'accouchement en France que dans les autres pays européens. Il est également possible que les sages-femmes répondent ainsi aux attentes des patientes qui sont plus souvent axées sur la péridurale : A partir de quand peut-on la poser ? Jusqu'à quand ? Comment régler son dosage ? Etc.

Nous pouvons également nous poser la question de savoir si l'information a été bien entendue et retenue par les patientes au moment de la discussion avec la sage-femme. Cependant, étant donné que les patientes de notre population se dirigeaient à priori vers un accouchement sans APD, elles avaient un intérêt particulier à s'informer de ces autres moyens de gérer la douleur...

3- Motivations pour un accouchement sans APD

a) Présélection des items motivationnels

En amont de la rédaction du questionnaire, nous avons discuté avec les sages-femmes, les médecins et les patientes pour nous faire une idée des motivations qui pouvaient mener une femme à souhaiter accoucher sans APD. Nous avons ensuite fait en sorte que plusieurs phrases se rapportent à une même idée générale pour influencer le moins possible les patientes. Afin de laisser libre court à la parole des femmes, nous avons également ouvert la question via un item « autres [motivations] ». Cette ouverture n'a quasiment pas été utilisée par les patientes. Peut-être qu'elle n'était pas nécessaire mais il se peut aussi que les femmes n'aient pas osé l'utiliser, n'aient pas trouvé les mots pour exprimer des choses personnelles ou n'aient pas réfléchi à la question avant qu'elle ne leur soit posée...

b) Peur du geste technique et de ses conséquences médicales

La peur du geste technique de l'APD ainsi que de ses conséquences médicales était la raison la plus souvent avancée (44,7%) par les patientes ne souhaitant pas d'APD pour leur accouchement.

En effet, comme tout geste médical, l'APD comporte des risques. Selon la SFAR (ANNEXE III), l'APD peut occasionner des difficultés pour bouger les jambes, des difficultés transitoires pour uriner, une baisse de la pression artérielle, des vertiges, des démangeaisons, une douleur au point de ponction. Les conséquences du geste technique peuvent donc amener les femmes à souhaiter accoucher sans APD.

En deuxième lieu, il arrive que l'APD ait un retentissement sur l'accouchement. En 2011, la Cochrane [14] a effectué une revue de la littérature concernant les effets indésirables de l'APD sur l'accouchement. Il en ressortait que les femmes qui utilisaient ce moyen encouraient un risque plus important d'extractions instrumentales. Cette revue de la littérature ne mettait pas en évidence de différence statistiquement significative entre les groupes avec et sans APD concernant le risque de césarienne et les effets secondaires sur l'enfant à court terme. Néanmoins, une autre étude [15] a mis en évidence que l'APD pendant le travail était corrélée à des difficultés d'allaitement dans la première semaine de vie.

On peut supposer qu'il est normal que cette motivation arrive en premier dans le discours des femmes puisqu'elles ont théoriquement été informées des risques lors de la consultation d'anesthésie en fin de grossesse.

Or il est important de souligner que, d'une manière générale, les futures mamans ne semblent pas toujours au courant des effets indésirables du moyen analgésique qu'elles plébiscitent [16].

c) Motivations intimes

Venaient ensuite les motivations de l'ordre de l'intime reliées à la condition de femme (26,3%). Pour ces patientes, l'accouchement est un acte naturel que leur corps sera capable de supporter. Certaines souhaitent connaître leurs limites et vivre la douleur de l'accouchement comme une initiation. Enfin, en accouchant sans APD, une patiente souhaite se rapprocher des autres femmes qui enfantent dans le monde et à travers les âges. Dans son mémoire, Bénédicte DE THYSEBAERT (sage-femme) [17] retrouve les mêmes conclusions. Pour une grande majorité de futures mamans, « *l'accouchement peut se passer tout seul et elles ont confiance en la nature* ». Elles souhaitent également faire cette expérience pour affirmer et développer leur personnalité.

A ce sujet, Elisabeth KÜBLER-ROSS (psychiatre) écrivait : « *C'est dans la confrontation, aussi douloureuse soit-elle, que l'on grandit* ». Nous souhaitons modérer ces propos car la douleur n'est constructrice que lorsqu'elle est acceptée et accompagnée. Sinon, elle peut facilement basculer dans la souffrance qui elle est subie et constitue une atteinte psychique. Il peut, au contraire, en résulter une destruction de la femme qui a dépassé ses propres limites¹.

Maitie TRELAÛN insiste sur le fait que la douleur n'est pas là pour casser la future mère, la meurtrir, la contraindre. Elle est là pour la guider, pour lui montrer là où il faut qu'elle lâche prise [18]. En effet, dans bien d'autres situations, la douleur guide le comportement à adopter et il est important de savoir l'écouter (par exemple une brûlure nous fait retirer la main du feu).

En somme, la douleur reste une information donnée par le corps et chacun est libre d'en faire ce qu'il veut. Le rapport à la douleur est quelque chose de très personnel. Le seuil douloureux est très variable d'une personne à l'autre et il est important que chaque femme, à n'importe quel moment, puisse exprimer son vécu de cette douleur et éventuellement demander son soulagement, par une APD ou autre.

¹ SAVOJI V.

La douleur de l'accouchement.

Cours magistral Décembre 2012, école de Sages-Femmes de Grenoble.

En effet, nous souhaitons rappeler ici que le soulagement de la douleur fait partie des obligations énoncées par le Code de la Santé Publique [19]. Ainsi, l'APD n'est pas un « luxe » mais une vraie réponse à la douleur pour certaines femmes.

Par contre, l'accouchement, c'est aussi un grand bouleversement où les négociations émotionnelles sont intenses. La douleur qui est ressentie lors d'une contraction traduit en partie cet état psychologique particulier : le devenir-mère, le fait de se laisser traverser dans son corps, etc. Et l'APD n'est peut-être pas la réponse à toutes ces inquiétudes [18]. Nous retrouvons ici la différence entre douleur et souffrance. Une femme qui met au monde son enfant, même sous APD peut ressentir une grande souffrance face aux chamboulements psychiques, sociaux, corporels, qu'elle traverse. C'est d'ailleurs ce que l'on constate lorsque certaines patientes continuent à se plaindre de vives douleurs même avec une APD qui a atteint ou dépassé les doses analgésiques... L'APD prend en charge la douleur physique mais pas la douleur psychique.

Le fait de pouvoir mettre en lumière ces motivations qui sont très intimes nous a paru important. En effet, en salle de naissance, les patientes expliquent facilement que c'est par peur de l'aiguille ou parce qu'elles ne veulent pas des effets secondaires qu'elles ne souhaitent pas d'APD. Par contre, c'est bien moins fréquent d'entendre une femme dire « *Je fais confiance à la nature* » ou « *Je pense que la douleur de l'accouchement sera pour moi une initiation [à mon rôle de mère, à ma place de femme]* ». Ce sont donc des notions que nous n'avions pas forcément, nous sages-femmes et autres professionnels de la naissance. Nous espérons que le fait de les avoir relevées au travers des réponses d'un petit échantillon de patientes puisse nous aider à mieux accompagner toutes les autres...

d) Influence de l'entourage

Pour aucune des patientes de notre échantillon le regard d'autrui (conjoint, famille) n'était un facteur décisif dans le fait de ne pas souhaiter d'APD pour l'accouchement. Ce résultat n'est pas en accord avec ceux des précédentes recherches sur le sujet. Dans leurs mémoires de fin d'études de sage-femme, Floriane STAUFFER et Sophie CLAUDON concluaient toutes deux au fait que l'entourage influençait le choix en matière d'APD [5, 6].

Comment expliquer cette différence ? Ces deux sages-femmes avaient réalisé leur recueil de données sous forme d'entretiens et dans la période du post-partum. Nous avons en effet postulé que notre étude pourrait être limitée du fait du questionnaire comme moyen de recueil de données. Le fait que le discours des femmes soit plus libre (en comparaison de cases à cocher) a

pu permettre de faire émerger des idées différentes, moins conscientes peut-être. Sophie CLAUDON insistait notamment sur le fait qu'il s'agissait le plus souvent d'une « affaire de femmes » et que la propre mère était plus présente dans le choix que le conjoint.

e) Aspect naturel de l'accouchement sans APD

Parmi les patientes qui faisaient le choix d'accoucher sans APD pour des raisons intimes, plus de la moitié (16 sur 30) ont coché l'item « L'accouchement c'est naturel, mon corps est capable de le supporter ». De même, pour les patientes qui faisaient ce choix pour des raisons liées au geste même de l'APD, l'idée qui revenait le plus était « Je souhaite éviter l'injection de médicaments, de produits pour moi / pour mon bébé » (20 sur 51).

Ces observations semblent illustrer la place importante qu'occupe l'aspect naturel de l'accouchement pour grand nombre de patientes qui souhaitent accoucher sans APD ; ces patientes mettent en avant leur confiance en leur corps et leur souhait de limiter les interventions extérieures.

C/ Positionnement professionnel

Au cours de nos stages, il est arrivé que certains professionnels expriment leur incompréhension face au souhait d'accoucher sans APD. Nous nous sommes alors demandés si ce choix était entendu et compris.

Béatrice Jacques rapportait dans son livre [20] le témoignage d'un médecin : « *C'est totalement archaïque de souffrir à l'heure actuelle. D'ailleurs, celles qui ne veulent pas de péridurale, c'est un problème d'éducation... Elles sont un peu arriérées* ».

En réponse à cela, nous souhaitons rapporter les propos de Charlotte Roquillon [7] (sage-femme) : « *la sage-femme ne doit jamais juger le choix de la patiente [...]. Elle devra être consciente de ses propres convictions afin de ne pas les mêler à son discours professionnel* ».

Cependant, l'APD a également un intérêt organisationnel pour nous professionnels. Elle permet une meilleure gestion du déroulement du travail, la facilitation des gestes, manœuvres et instrumentation lors de l'accouchement, une réduction du délai de prise en charge en cas de complications (anomalies du rythme cardiaque fœtal, hémorragie de la délivrance, etc.), etc.

Il arrive donc, comme a pu l'entendre Béatrice Jacques au cours de ses entretiens [20], que les sages-femmes puissent orienter elles-mêmes le choix des femmes vers l'analgésie, en fonction des cas et du contexte.

Les résultats de notre étude ont permis de mettre en évidence que les femmes qui souhaitaient accoucher sans APD mettaient un sens derrière ce choix et que leurs motivations pouvaient être très variées. Ce mode d'accouchement qui peut paraître différent de nos jours émane d'un choix qui a été réfléchi.

L'objectif de notre enquête n'était certainement pas de demander aux patientes de se justifier sur leur volonté d'accoucher sans APD. Mais le fait d'avoir mis des mots sur ces motivations peut nous permettre, à nous professionnels, de mieux comprendre et d'accompagner les patientes en fonction de leurs convictions.

Il est vrai qu'il n'est pas toujours évident de discuter de tout cela avec les patientes au moment de l'accouchement ; par manque de temps mais aussi parce que ce n'est tout simplement pas un moment adapté pour la patiente qui est alors en repli sur elle. Il est donc important que la réflexion et la discussion aient lieu en amont de l'accouchement.

Un élément qui pourrait faire partie de l'échange à propos du souhait des patientes pour leur accouchement est le « projet de naissance ». Le fait que les femmes écrivent à l'avance leur souhait d'analgésie ou non ainsi que le sens qu'elles mettent derrière ce choix, pourrait nous aider à les accompagner de la manière la plus appropriée qui soit, de façon plus personnelle.

Lors de l'accompagnement d'un accouchement sans APD, notre rôle à nous, sages-femmes, est souvent de proposer des moyens alternatifs de soulagement de la douleur. Pour ce faire, de plus en plus de maternités s'équipent avec du matériel adapté: ballons, baignoires, suspension, etc. Il s'agit là d'un point positif, illustrant l'écoute du personnel soignant envers les patientes.

Un autre volet de l'accompagnement se situe dans le soutien et les encouragements. Et c'est là, il nous semble, que le fait d'avoir un peu mieux compris les motivations des patientes peut nous aider. En effet, si une femme nous dit vouloir accoucher sans APD pour « sentir ce qui se passe et être en lien avec son bébé », nos paroles pourront permettre un recentrage sur le bébé. Ou bien lorsqu'une patiente souhaite « vivre l'accouchement comme une initiation, pour se donner confiance en elle », on peut la rassurer en soulignant le fait qu'elle gère bien ses contractions, qu'elle est capable de le faire, etc.

Bien-sûr, notre responsabilité est aussi de repérer et/ou de savoir entendre lorsque la patiente dépasse ses propres limites et bascule dans la souffrance. Si elle doit recourir à une APD, notre rôle est de tout faire pour qu'elle ne le vive pas comme un échec... Là encore, le fait de savoir quelles étaient ses motivations pour accoucher sans APD peut nous permettre de poursuivre l'accompagnement du mieux possible en lui donnant la possibilité de continuer à être actrice de son accouchement, en la recentrant sur son bébé, etc.

CONCLUSION

Depuis les années 60, le taux d'APD utilisées pour soulager les douleurs de l'accouchement n'a cessé d'augmenter en France. Malgré son efficacité incontestable, nous avons vu que 32,3% des patientes disent vouloir s'en passer pour leur accouchement.

Au travers de leurs réponses à notre questionnaire, les patientes ont pu nous exprimer le fait que le choix qu'elles faisaient pour la naissance de leur enfant n'était pas dû au hasard. La raison la plus souvent avancée était le souhait d'éviter le geste technique de l'APD ainsi que ses conséquences médicales (44,7%). Néanmoins, pour certaines d'entre elles, la motivation est aussi plus profonde puisque les motivations intimes reliées à la condition de femmes et les motivations liées à une volonté d'autonomie représentaient 46,5% des choix énoncés.

Etant donné que les femmes de notre échantillon ont plus souvent assisté que les autres à une préparation à la naissance (75,6% versus 48%), il semblerait que cela puisse être un lieu d'information, d'échange et de réflexion autour de ce choix.

Néanmoins, nous avons également mis en évidence qu'une partie des patientes ne recevait pas d'information concernant les moyens alternatifs à l'APD. Ce résultat doit nous renvoyer à notre devoir d'information éclairée lors de la grossesse.

L'APD est une technique qui est certes des plus efficaces mais qui comporte des risques. Relativement à la loi sur les Droits du Patient de 2002 [19], la parturiente doit être en mesure d'effectuer un choix libre et éclairé. Il est donc de notre devoir d'informer sur les bénéfices mais aussi sur les risques de chaque méthode.

Une étude consécutive à la nôtre permettrait de déterminer les raisons précises pour lesquelles les patientes qui ne souhaitaient pas, à priori, d'APD, ont finalement accouché sous analgésie. Il s'agirait d'effectuer une étude descriptive des circonstances du travail (mode de déclenchement, dystocies du travail, activité en salle d'accouchement, etc.) ainsi que des autres moyens mis en place avant la pose de l'APD. Elle permettrait également de déterminer quels sont les moyens qui permettent aux patientes d'aller au bout de leur projet (accompagnement par la sage-femme ou le conjoint, mise à disposition de matériel tel qu'une baignoire, un ballon, un système de suspension, de la musique, environnement lumineux et sonore, etc.).

En tant que sages-femmes, nous sommes au premier rang lors du travail et de l'accouchement d'une femme. Il est donc capital que nous puissions nous former davantage aux méthodes alternatives à l'APD puisque l'accouchement sans APD (par choix ou non) sera toujours d'actualité, à toutes les époques, dans toutes les cultures.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Blondel B, Kermarrec M
Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003.
INSERM-U.953, Mai 2011.
- [2] BBC news Health
Patient-run epidurals 'may cut need for intervention', 2011 [consulté le 02/12/12].
Disponible sur <http://www.bbc.co.uk/news/health-12401970>
- [3] COFAER España: por un regreso a la naturalidad del parto, 2007 [consulté le 02/12/12].
Disponible sur
http://www.cofaer.org.ar/vernoticia.php?id=896&var_bd=noticia&tponoticia=9
- [4] Le Ray C, Goffinet F, Palot M, Garel M, Blondel B
Factors associated with the choice of delivery without epidural analgesia in women at low risk in France.
Birth. 2008 Sept; 35(3):171-8.
- [5] Claudon S.
Souffrir ? Pour qui ? Pour quoi ? Quel est le sens de la douleur de l'accouchement ?
[Mémoire de sage-femme]. Ecole de Sage-Femme de Nancy, 2004
- [6] Stauffer F.
Accouchement sans APD, comprendre pour mieux accompagner [Mémoire de sage-femme]. Ecole de Sage-Femme de Nancy, 2008
- [7] Roquillon C.
Accoucher aujourd'hui sans APD : l'expérience de 55 femmes [Mémoire de sage-femme].
Ecole de Sage-Femme de Paris Port-Royal, 2008
- [8] Sheiner E, Sheiner EK, Shoham-Vardi I
The relationship between parity and labor pain.
International Journal of Gynecology & Obstetrics. 1998; 63: 287-88.
- [9] Ip WY, Tang CS, Goggins WB.
An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth.
J Clin Nurs. 2009 Aug; 18(15):2125-35.
- [10] Escott D, Slade P, Spiby H.
Preparation for pain management during childbirth: the psychological aspects of coping strategy development in antenatal education.
Clin Psychol Rev. 2009 Nov; 29(7):617-22.

- [11] Davim RM, Torres Gde V, Melo ES.
Non-pharmacological strategies on pain relief during labor: pre-testing of an instrument.
Rev Lat Am Enfermagem. 2007 Nov-Dec; 15(6):1150-6.
- [12] Simkin PP, O'hara M.
Non-pharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods.
Am J Obstet Gynecol. 2002 May; 186(5 Suppl Nature):S131-59.
- [13] CHANTRY A.
Approche non médicamenteuse de la douleur en salle de naissance : pratique de la sage-femme. 41es Journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale ; 12-14 Octobre 2011, Grenoble, France. Edité par Springer en France. ISBN : 978 2 8178 0256 5
- [14] Anim-Somuah M, Smyth RMD, Jones L.
Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour (Review).
The Cochrane Library 2011, Issue 12
- [15] Torvaldsen S, Roberts CL, Simpson JM, Thompson JF, Ellwood DA.
Intrapartum epidural analgesia and breastfeeding: a prospective cohort study.
Int Breastfeed J. 2006 Dec 11; 1:24.
- [16] Veyrac M.
Analgésie péridurale obstétricale: l'information des parturientes est-elle suffisante et adaptée pour un consentement libre et éclairé ? [Mémoire de sage-femme]. Ecole de Sage-Femme de Grenoble, 2011
- [17] De Thysebaert B.
Accompagner la douleur pour dépasser la souffrance.
Les dossiers de l'obstétrique. Janvier 1996 ; 235 : 2-9
Les dossiers de l'obstétrique. Février 1996 ; 236 : 3-10
- [18] Trelaün M.
J'accouche bientôt et j'ai peur de la douleur. Editions Le souffle d'Or, France, 2008.
ISBN 978 2 84058 348 6
- [19] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
Disponible sur le site URL: [http:// www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
- [20] Jacques B.
Sociologie de l'accouchement. Edité par les Presses Universitaires de France, France, 2007. ISBN 978 2 13 055832 3

ANNEXES

ANNEXE I : Questionnaire distribué

Bonjour,

Je m'appelle Maëlle Getti et je suis étudiante sage-femme à Grenoble.

Mon mémoire de fin d'études porte sur le choix de la péridurale ou non pour l'accouchement.

C'est dans ce cadre que je vous sollicite. Si vous êtes d'accord pour participer à mon étude, je vous invite à remplir ce questionnaire et à le remettre aux secrétaires qui vous l'ont distribué.

Le remplissage ne vous prendra pas plus de 5 minutes.

Je tiens à insister sur le fait que vos réponses n'influenceront en aucun cas le comportement des sages-femmes et des médecins à votre égard le jour de votre accouchement (le questionnaire est anonyme).

Les données personnelles que vous renseignez ici ne seront pas divulguées

Nom

Prénom

Date de naissance// 19.....

1) Dans votre idéal, souhaitez-vous accoucher avec une péridurale ?

- Oui
- Non

*La suite du questionnaire s'adresse plus particulièrement aux femmes qui **ne souhaitent pas de péridurale** pour leur accouchement. Si vous n'êtes pas dans ce cas, **merci pour votre participation**. Je vous demande tout de même de bien retourner ce questionnaire aux secrétaires.*

2) Cochez les **3 phrases** dans lesquelles vous vous reconnaissez le plus :

- J'appréhende l'acte de la péridurale en lui-même (piqûre dans le dos, etc.)
- Je pense que sans la péridurale, il y a moins de risques d'avoir une épisiotomie, une ventouse, des forceps
- Je pense que sans péridurale, l'accouchement sera plus rapide
- Je pense que sans péridurale, les suites de l'accouchement seront plus simples, moins douloureuses
- J'ai mal vécu un précédent accouchement sous péridurale et je ne souhaite pas que ça recommence
- J'ai bien vécu un précédent accouchement sans péridurale et je souhaite recommencer
- La douleur ne me fait pas peur
- Je crains la réaction ou les reproches de mon entourage si je prends une péridurale
- C'est une évidence, toutes les femmes accouchent sans péridurale dans ma famille
- L'accouchement, c'est naturel, mon corps est capable de le supporter
- Je souhaite prouver à mon entourage que je suis capable de le faire
- J'ai peur de moins sentir ce qui se passe, de ne plus être en lien avec mon bébé
- J'ai peur de ne pas être actrice de mon accouchement, de ne pas pouvoir bouger comme je le souhaite, etc.
- Par curiosité / je souhaite connaître mes limites
- Je souhaite vivre la douleur de l'accouchement comme une initiation, cela me donnera confiance en moi
- Je pense être plus proche des femmes qui enfantent à travers le monde et à travers les âges
- Je souhaite éviter l'injection de médicaments/produits pour moi
- Je souhaite éviter l'injection de médicaments/produits pour mon bébé
- Autres :

.....
.....
.....

3) Si vous attendez votre 1er enfant, passez à la question n°4.

Merci d'utiliser le tableau ci-dessous pour répondre aux questions suivantes :

- Concernant vos accouchements précédents, avez-vous bénéficié d'une anesthésie ou non ?
- Avez-vous été satisfaite de cette décision ?

Accouchements	Anesthésie			Satisfaction			
	Aucune	Péridurale ou rachianesthésie	Anesthésie générale	++	+	-	--
1 ^{er}							
2 ^e							
3 ^e							
4 ^e							
5 ^e							

Concernant la grossesse actuelle

4) Quel(s) est (sont) le(s) professionnel(s) qui a (ont) effectué le suivi médical de votre grossesse ?

- Gynécologue - obstétricien
- Sage-femme
- Médecin généraliste

5) Avez-vous suivi une préparation à la naissance ?

- Oui
- Non

Si oui, la(les)quelle(s) ?

- « Classique »
- Yoga
- Sophrologie
- Haptonomie
- Piscine
- Chant prénatal
- Acupuncture
- Hypnose
- Autre :

La douleur de l'accouchement y a-t-elle été abordée, expliquée ?

- Oui
- Non

Si oui, vous a-t-on proposé des moyens autres que la péridurale pour la gérer/maitriser ?

- Oui
- Non

8) Quel âge avez-vous ? ans

9) Quelle est votre situation maritale ?

- Mariée
- En concubinage
- Célibataire

10) Quel est votre niveau d'étude ?

- Sans diplôme
- CAP / BEP
- Baccalauréat
- Bac + 1
- Bac + 2
- Bac + 3
- Bac + 4
- Bac + 5
- Supérieur à Bac + 5

Merci pour votre participation !

Et merci également de ne pas oublier de rapporter ce questionnaire aux secrétaires.

Bonne continuation.

Maëlle

ANNEXE II : Feuille de recueil de données en salle d'accouchement

Etiquette patiente	
	<p><u>Anesthésie (APD, RA, AG)</u></p> <p><input type="checkbox"/> OUI <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sur indication médicale <input type="radio"/> Par choix de la patiente </p> <p><input type="checkbox"/> NON <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sur indication médicale <input type="radio"/> Par choix de la patiente <input type="radio"/> Surcharge de travail (anesthésiste, sage-femme ou salle d'accouchement indisponibles) <input type="radio"/> Travail trop rapide </p>
	<p><u>Anesthésie (APD, RA, AG)</u></p> <p><input type="checkbox"/> OUI <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sur indication médicale <input type="radio"/> Par choix de la patiente </p> <p><input type="checkbox"/> NON <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sur indication médicale <input type="radio"/> Par choix de la patiente <input type="radio"/> Surcharge de travail (anesthésiste, sage-femme ou salle d'accouchement indisponibles) <input type="radio"/> Travail trop rapide </p>
	<p><u>Anesthésie (APD, RA, AG)</u></p> <p><input type="checkbox"/> OUI <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sur indication médicale <input type="radio"/> Par choix de la patiente </p> <p><input type="checkbox"/> NON <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sur indication médicale <input type="radio"/> Par choix de la patiente <input type="radio"/> Surcharge de travail (anesthésiste, sage-femme ou salle d'accouchement indisponibles) <input type="radio"/> Travail trop rapide </p>
	<p><u>Anesthésie (APD, RA, AG)</u></p> <p><input type="checkbox"/> OUI <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sur indication médicale <input type="radio"/> Par choix de la patiente </p> <p><input type="checkbox"/> NON <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sur indication médicale <input type="radio"/> Par choix de la patiente <input type="radio"/> Surcharge de travail (anesthésiste, sage-femme ou salle d'accouchement indisponibles) <input type="radio"/> Travail trop rapide </p>

ANNEXE III : Information sur l'APD éditée par la SFAR



Information médicale sur l'analgésie péridurale en obstétrique

Ce document est destiné à vous informer sur la technique d'analgésie péridurale, ses avantages et ses risques. Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure qui vous sera proposée par l'équipe médicale, ou que vous demanderez vous-même pour votre futur accouchement.

Qu'est-ce que l'analgésie péridurale ?

C'est une technique d'anesthésie locorégionale réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur. Elle est destinée à supprimer ou à atténuer les douleurs de l'accouchement et/ou, si besoin, à en faciliter le déroulement. C'est à ce jour la méthode la plus efficace. Son principe est de bloquer la transmission des sensations douloureuses au niveau des nerfs provenant de l'utérus en injectant à leur proximité un produit anesthésique local associé ou non à un dérivé de la morphine.

Cette technique assure une bonne stabilité des fonctions vitales, bénéfique pour la mère et l'enfant. Ce blocage se fait à proximité de la moelle épinière dans l'espace péridural, par l'intermédiaire d'un tuyau très fin (cathéter) introduit dans le dos à l'aide d'une aiguille spéciale. Le cathéter reste en place pendant toute la durée de l'accouchement afin de permettre l'administration répétée de l'anesthésique. S'il est nécessaire de pratiquer une césarienne ou toute autre intervention, l'anesthésie pourra être complétée par ce dispositif ; ce qui n'exclut pas le recours à l'anesthésie générale au décours de l'accouchement.

Une consultation est réalisée par un médecin anesthésiste-réanimateur dans les quelques semaines précédant votre accouchement. N'hésitez pas à cette occasion à poser toutes les questions que vous jugerez utiles. Au moment de bénéficier de l'analgésie péridurale, vous aurez la visite du médecin anesthésiste-réanimateur qui vous prendra en charge et les données de la consultation seront actualisées. Il peut arriver, en fonction de votre état de santé ou du résultat des examens complémentaires qui vous auront éventuellement été prescrits, que l'analgésie péridurale ne puisse être effectuée, contrairement à ce qui avait été prévu. C'est le cas, par exemple, s'il existe de la fièvre, des troubles de la coagulation du sang, une infection de la peau au niveau du dos ou toute autre circonstance pouvant être considérée à risque. Le choix définitif et la réalisation de l'acte relèvent de la décision du médecin anesthésiste-réanimateur et de sa disponibilité.

Comment serez-vous surveillée pendant l'analgésie péridurale ?

Comme tout acte d'anesthésie, l'analgésie péridurale se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation.

Durant l'analgésie péridurale, vous serez prise en charge par une équipe comportant le médecin anesthésiste-réanimateur, la sage-femme, et éventuellement une infirmière anesthésiste diplômée d'état.

Quels sont les inconvénients et les risques de l'analgésie obstétricale ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque. Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie permettent de dépister rapidement les anomalies et de les traiter.

Pendant l'analgésie péridurale, une sensation de jambes lourdes et une difficulté à les bouger peuvent s'observer. C'est un effet sans gravité de l'anesthésique local. Au moment de la sortie du bébé, l'envie de pousser est souvent diminuée et une sensation de distension peut être perçue. Une difficulté transitoire pour uriner est fréquente lors d'un accouchement et peut nécessiter un sondage évacuateur de la vessie. Une baisse transitoire de la pression artérielle peut survenir. Si les dérivés de la morphine ont été utilisés, une sensation de vertige, des démangeaisons passagères, des nausées sont possibles. Des douleurs au niveau du point de ponction dans le dos peuvent persister quelques jours mais sont sans gravité.

L'analgésie peut être insuffisante ou incomplète pendant les contractions. Une nouvelle ponction peut alors être nécessaire, de même qu'en cas de difficulté de mise en place ou de déplacement du cathéter.

Exceptionnellement, des maux de tête majorés par la position debout peuvent apparaître après l'accouchement. Le cas échéant, leur traitement vous sera expliqué.

Dans de très rares cas, une diminution transitoire de la vision ou de l'audition peut être observée.

Des complications plus graves : convulsions, arrêt cardiaque, paralysie permanente ou perte plus ou moins étendue des sensations, sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésies de ce type sont réalisées chaque année.

Enfin, pour votre bébé, l'accouchement sous analgésie péridurale ne comporte pas plus de risque qu'un accouchement sans péridurale.

RESUME

INTRODUCTION : En 2010 en France, 79,3% des parturientes ont accouché sous analgésie péridurale (APD). Le pourcentage restant est le fait de problèmes organisationnels mais émane aussi parfois d'un choix de la part de certaines patientes. Nous avons voulu savoir quelle était la proportion de femmes qui souhaitaient accoucher sans APD et quelles étaient leurs motivations.

POPULATION ET METHODE : Il s'agissait d'une étude descriptive, prospective, multicentrique dans deux maternités de niveau II. Les données ont été recueillies par le biais d'un questionnaire rempli par les patientes consultant à la maternité pour leur 9^e mois de grossesse entre le 10 Septembre et le 21 Octobre 2012.

RESULTATS : Cent vingt-sept patientes ont retourné le questionnaire : 32,3% souhaitaient accoucher sans APD et parmi celles-ci, 46,3% ont effectivement accouché sans APD. La peur du geste technique de l'APD ainsi que de ses conséquences médicales était la motivation la plus souvent avancée (44,7%). Cette raison était souvent associée à des motivations plus profondes et plus intimes, reliées à la condition de femme ou à la volonté d'autonomie.

CONCLUSION : L'accouchement sans APD est un choix réfléchi fait par certaines femmes. Une étude consécutive à la nôtre permettrait de relever les détails du travail ainsi que les moyens (humains, matériels, ...) qui ont permis aux patientes d'aller au bout de leur choix initial.

MOTS CLES

Accouchement sans analgésie péridurale, motivations, caractéristiques maternelles