



HAL
open science

Analgésie péridurale, souhait initial ou non : vécu de l'accouchement chez les primipares

Sarah David

► **To cite this version:**

Sarah David. Analgésie péridurale, souhait initial ou non : vécu de l'accouchement chez les primipares. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00909259

HAL Id: dumas-00909259

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00909259>

Submitted on 26 Nov 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.

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT- FERRAND
Université d'Auvergne – Clermont 1**

**Analgésie péridurale, souhait initial ou non : vécu
de l'accouchement chez les primipares**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Sarah DAVID

Né(e) le 23 Juillet 1988

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2013



**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT- FERRAND
Université d'Auvergne – Clermont 1**

**Analgésie péridurale, souhait initial ou non : vécu
de l'accouchement chez les primipares**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Sarah DAVID

Né(e) le 23 Juillet 1988

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2013



Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce travail :

Madame Anne-Marie Loubier, sage-femme référente, pour ses corrections.

Madame Fany Moreira, directrice de mémoire, pour ses conseils précieux, son avis, ses corrections et son soutien.

Mademoiselle Cynthia Rousset pour son aide essentielle en statistiques, ses nombreux conseils et ses corrections.

Mesdames les patientes qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire.

Mais aussi :

Ma famille pour m'avoir soutenue toutes ces années et avoir cru en moi.

Particulièrement ma mère pour ses lectures, relectures et corrections, et mon père pour son aide dans les tracas du quotidien.

Pascale Ressouche et Marie-Hélène Farines pour leur amitié.

Réka Lambert pour nos danses partagées.

Ma promotion, en particulier Marylise et Laura pour notre complicité, notre amitié, et tous les moments vécus ensemble.

Mes amis.

Enfin, je remercie spécialement Romain et Anne-Sophie pour leur amitié de toujours et leur présence indispensable dans les épreuves difficiles rencontrées. Un grand merci à eux, simplement car ils existent.

« La péridurale est généralement considérée comme un progrès sur le plan de la libération des femmes. Or, le véritable progrès est davantage dans le choix d'y avoir recours ».

Chantal Birman

Glossaire

APD : Analgésie Péridurale

AS/AP : Aide-Soignant / Auxiliaire de Puériculture

ASD : Accouchement Sans Douleur

AVB : Accouchement par Voie Basse

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CU : Contractions Utérines

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

MFIU : Mort Fœtale In Utero

PCEA : Patient Controlled Epidural Analgesia

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PPO : Psychoprophylaxie Obstétricale

RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique

SA : Semaine d'Aménorrhée

URSS : Union des Républiques Socialistes Soviétiques

Sommaire

Introduction	1
Revue de la littérature	
1. La conception de la prise en charge de la douleur due à la parturition à travers l'histoire	2
1.1. Avant le XXème siècle.....	2
1.2. Au XXème	3
2. L'analgésie péridurale.....	6
2.1. Définition	6
2.2. Technique.....	7
2.3. Histoire de l'APD.....	8
2.4. L'APD en France	9
2.5. L'APD en dehors de nos frontières.....	10
3. Vécu de l'accouchement	12
3.1. Définitions.....	12
3.2. Evolution des mœurs en France	12
3.3. Place de la douleur	14
Matériels et méthode	
1. Objectifs de l'étude	16
2. Type d'étude	16
3. Matériels et méthode.....	17
Résultats	
1. Recueil de données.....	21
2. Description de la population	21
3. Contexte de la grossesse.....	23
4. Contexte de l'accouchement, une fois l'APD en place.....	28
5. Futur accouchement	45
Discussion	
1. Les limites de l'étude	47
1.1. Concernant notre échantillon	47
1.2. Concernant le mode de recueil des données	47
2. Discussion des résultats de l'étude.....	48
2.1. Taux de réponses	48
2.2. Caractéristiques de la population.....	48
2.3. Vécu de l'accouchement.....	54
2.4. Conformité aux attentes.....	60
2.5. Futur accouchement.....	61
3. Projet d'action	62
Conclusion	66
Références	
Annexes	

Introduction

De nos jours, la majorité des femmes bénéficie de l'analgésie péridurale (APD) au cours du travail d'accouchement. Certaines l'envisagent dès le début de la grossesse, d'autres, de plus en plus fréquemment, souhaitent s'en passer afin de se réappropriier la naissance de leur enfant. Beaucoup de ces dernières accouchent finalement sous APD.

Il existe beaucoup de littérature sur le soulagement de la douleur grâce à l'APD mais peu sur le vécu de l'accouchement. Or, douleur et vécu ne sont pas nécessairement liés. Quelques études existent évaluant la satisfaction globale des femmes quant à leur accouchement, cependant ces études comparent toujours des femmes ayant bénéficié de l'APD à d'autres n'en ayant pas bénéficié.

Une seule étude concernant la satisfaction générale des femmes accouchant sous APD alors qu'elles ne le souhaitaient pas à priori a été retrouvée [1]. Cette étude a été menée il y a 20 ans, l'APD ayant bien changé depuis lors.

En tant qu'étudiante sage-femme, il m'est apparu au cours de mes stages que de plus en plus de femmes accouchant sous APD n'en souhaitaient pas à priori mais ont « craqué » au cours du travail d'accouchement. Certaines de ces femmes sont très contentes d'avoir enfin vu leur douleur soulagée mais ressentent parallèlement un sentiment de culpabilité, ainsi qu'un sentiment de passivité dans l'accompagnement de leur enfant.

Il m'est également apparu que pour nombre de femmes, l'APD s'est latéralisée, entraînant une douleur immense, ou bien alors était trop « puissante », entraînant une absence de sensations. Beaucoup de femmes auraient également aimé pouvoir se mobiliser d'avantage.

J'ai aussi pu assister à une demande croissante d'APD ambulatoire or celle-ci n'est pas utilisée en Auvergne, et généralement peu utilisée en France.

Nous assistons également aujourd'hui à une augmentation du nombre de projets de naissance établissant les souhaits des femmes concernant leur accouchement, notamment que celui-ci soit le moins médicalisé possible.

Je me suis alors interrogée : combien de femmes accouchant sous APD auraient aimé ne pas bénéficier de celle-ci ? Quel est alors le vécu de leur accouchement par rapport à celles qui ne se voyaient pas accoucher sans en bénéficier ?

Revue de la littérature

1. La conception de la prise en charge de la douleur due à la parturition à travers l'histoire

1.1. Avant le XXème siècle

Depuis l'ancien testament, les douleurs de l'enfantement sont considérées comme normales, les femmes devant enfanter dans la douleur suite au châtimeant divin infligé à Eve pour son péché. Les douleurs engendrées par le travail d'accouchement sont d'ailleurs nommées « le mal joli » par le corps médical [2]. Ainsi, les premières tentatives d'anesthésie sur les femmes en couches sont le fruit d'une haine de la part des ecclésiastiques qui profèrent des menaces à l'égard de ceux qui utilisent « le vent de Satan ». La première anesthésie des douleurs de l'accouchement a été pratiquée en 1847 par James Young Simpson au moyen de l'éther. Par la suite, l'éther fût abandonné et laissa sa place au chloroforme.

Ce n'est qu'en 1853 que la guerre entre les ecclésiastiques et les scientifiques cessa, suite à l'accouchement sans douleurs sous chloroforme de la reine Victoria, on parle alors d'« anesthésie à la Reine ». Cependant, les effets secondaires du chloroforme étant un ralentissement du cœur maternel et un retard dangereux de la respiration du nouveau-né, il est rapidement abandonné. D'autres gaz sont testés, tous ayant des conséquences notables pour la mère et le bébé. Il en va de même pour la morphine qui fût utilisée pour la première fois en 1902 et 1906, respectivement par Steinbuchel et Gauss. Le but était d'entraîner un état de semi-conscience, demi-sommeil [3-5].

Dans le même temps, le protoxyde d'azote fit son apparition et était souvent utilisé en complément de la morphine [3, 4]. Cependant, cet état de demi-sommeil empêchait les femmes de participer correctement aux efforts expulsifs nécessaires à la naissance de leur enfant et des cas d'amnésie ont été rapportés [6].

1.2. Au XXème siècle

1.2.1. Durant la première moitié du XXème siècle

Jusqu'au milieu du XXème siècle, les pratiques de l'accouchement diffèrent selon la classe sociale :

- les femmes issues de milieu rural, ainsi que les femmes de la bourgeoisie accouchent à leur domicile avec une sage-femme agréée, une matrone, ou bien seules. Le soulagement de la douleur repose alors principalement sur la présence de l'accoucheur et de ses convictions.
- Les femmes issues des classes populaires, les mal logées, accouchent dans des maternités hospitalières où les conditions d'accouchement sont médiocres. Pour une salle d'accouchement, il y a entre trois et six femmes en travail, séparées par de simples paravents.

Dans les maternités hospitalières, les conditions d'hygiène sont déplorables. Beaucoup de décès y sont enregistrés, en grande partie dus à la fièvre puerpérale. L'hygiène devient alors un problème de santé publique et l'accouchement, jusque là un monde de femme, devient une affaire d'homme.

De plus, en milieu bourgeois les praticiens utilisent des décoctions pour atténuer la souffrance des femmes en couches, alors qu'en milieu populaire dans les maternités ils n'ont pas le temps et ne disposent d'aucun moyen pour lutter contre les douleurs. Les hôpitaux étaient ainsi qualifiés de « hurloirs ». L'anesthésie générale y est utilisée en dernier recours, en cas de nécessité extrême [7].

Il faut attendre le milieu du XXème siècle pour que soient proposées aux parturientes de nouvelles alternatives vraies face à la douleur.

1.2.2. Durant la seconde moitié du XXème siècle

1.2.2.1. Le concept d'accouchement sans douleurs

Fernand Lamaze (1891-1957), accoucheur à la maternité de la Polyclinique des métallurgistes, dite « Les Bluets », à Paris et directeur de celle-ci depuis 1947, découvre lors d'un Congrès International de Gynécologie et Obstétrique en 1951, les travaux du professeur Nikolaïev (1886-1972) et Velvoskii eux-mêmes basés sur les théories Pavloviennes concernant les « réflexes conditionnés ». Ces derniers auraient mis fin aux douleurs des femmes en couche en URSS grâce à la méthode psychoprophylactique. C'est ainsi que le docteur Lamaze partit en URSS assister à des accouchements. A son retour en France, il déclare avoir vu une femme mettre au monde son enfant sans avoir manifesté la moindre douleur et avec le sourire [8, 9].

Ainsi, en octobre 1951, il réalise le premier accouchement français indolorisé par la méthode qu'il nomme « Accouchement Sans Douleur » (ASD). Par la suite il instaure des séances de préparation à l'ASD. Durant ces séances, un obstétricien enseigne aux futures mamans le fonctionnement de leur corps avec des explications concrètes de l'accouchement. Les femmes reçoivent également un apprentissage de différentes techniques respiratoires à adopter pendant les contractions utérines, tout ceci dans le but de détourner le cerveau de la douleur. En effet, le relâchement neuromusculaire total des muscles non concernés par le travail nécessite calme et sérénité ne pouvant être acquis que par une compréhension de la mécanique obstétricale et par un entraînement aux techniques respiratoires enseignées. En outre, le personnel doit adopter une aseptie verbale en n'employant pas de vocabulaire relatif à la douleur. C'est ainsi qu'est apparu le terme « contractions utérines », remplaçant le mot « douleurs », usuel à cette époque [7, 10]. Cependant, ce n'est qu'en 1956 que l'ASD eut un succès massif, suite à l'accord du pape Pie XII pour cette pratique [4, 11] et à l'inscription à la sécurité sociale de six journées de préparation [7]. Cette pratique, d'abord réservée aux médecins car considérée comme « objet scientifique », l'ASD est ensuite enseignée dans les écoles de Sages-femmes à partir de 1961 [12].

Cependant ce concept ne convient pas à tout le monde.

1.2.2.2. [L'expansion de la psychoprophylaxie obstétricale](#)

Durant les années 1960, les psychologues et les psychanalystes remettent en cause l'utilisation de cette méthode psychologique de suggestion sans tenir compte de « la psyché » (ensemble des manifestations conscientes et inconscientes qui constituent l'individualité) et donc qui ne peut convenir à toutes les femmes.

C'est alors la naissance de la psychoprophylaxie obstétricale (PPO), un ASD qui prend en compte la psychologie de chaque femme. Suite à plusieurs réunions et conférences internationales, on assiste à l'expansion de la PPO en Amérique du Sud, au Japon, en Australie, et à la création de sociétés nationales de PPO, notamment en France, en Italie et aux Etats-Unis [4].

Puis, au cours des années 1970, un courant d'humanisation voit le jour, et une nouvelle remise en cause de la PPO apparaît. Les féministes y voient un moyen de domination des femmes par les hommes avec une contestation de toute la théorie Lamazienne. De plus, la pratique de l'analgésie péridurale en obstétrique commence à voir le jour, et petit à petit, la PPO devient « préparation à la naissance ».

1.2.2.3. [La préparation à la naissance et à la parentalité \(PNP\)](#)

La préparation à la naissance, contrairement à la PPO, n'est pas axée sur la douleur (celle-ci ayant disparue avec l'APD) mais sur un accompagnement physiologique de la grossesse. C'est un temps utilisé pour acquérir des connaissances sur son corps, sur l'enfant, pour échanger des expériences. Les sages-femmes y abordent des thèmes généraux tels que la péridurale, l'accouchement, l'allaitement, les suites de couches, elles parlent du fonctionnement de la maternité choisie par les femmes pour accoucher et y enseignent des « exercices pour soulager les maux de la grossesse », des techniques respiratoires à reproduire au moment de l'accouchement [13].

Différentes disciplines se sont intégrées à la « prépa » au fil des années comme yoga, piscine, sophrologie, relaxation, ainsi que l'haptonomie et, depuis 2005, la Haute Autorité de Santé a émis des recommandations dans lesquelles on ne parle plus de

douleurs ni d'accouchement mais de naissance et de soutien à la parentalité. Ces séances sont qualifiées d'éducatives et on y « prépare les couples à la naissance et à l'accueil de leur enfant ». Elles permettent également de dépister les situations pouvant entraîner des difficultés à la relation parents-enfant [14].

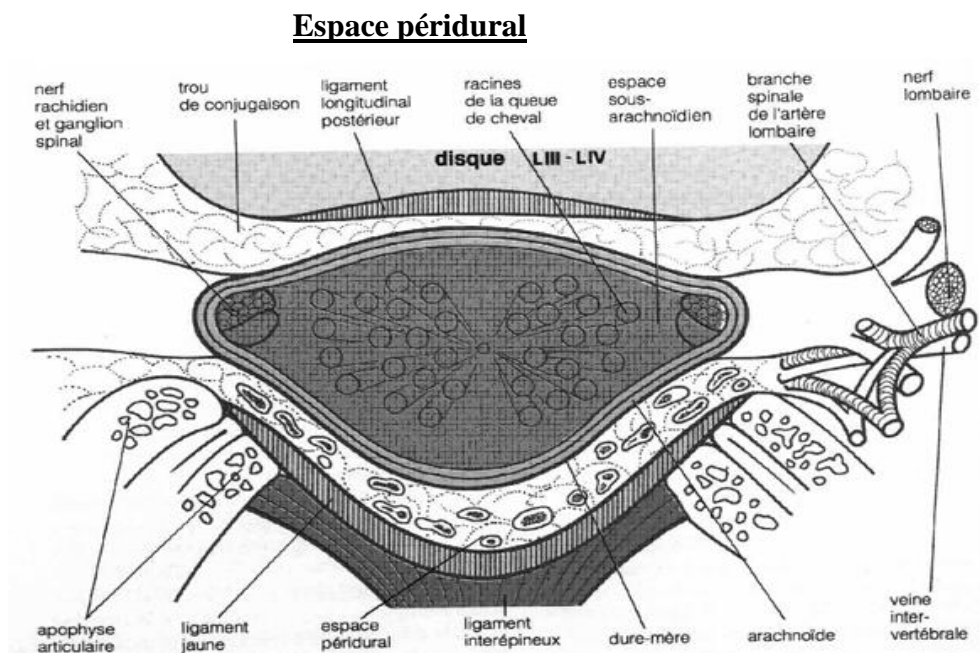
Par conséquent, la prise en charge de la douleur chez la parturiente a pris une toute autre dimension, en grande partie du fait de l'avènement de l'analgésie péridurale.

2. L'analgésie péridurale

2.1. Définition

Le terme péridurale vient du grec « peri » signifiant « autour de » et du latin « durus », la dure-mère.

Ainsi, l'APD est une technique d'analgésie (abolition de la sensibilité à la douleur) locorégionale consistant en l'injection d'une solution d'anesthésique plus ou moins associée à un dérivé morphinique dans l'espace péridural ; entre le ligament jaune et la dure-mère, enveloppe méningée la plus externe et qui contient le liquide céphalo-rachidien.

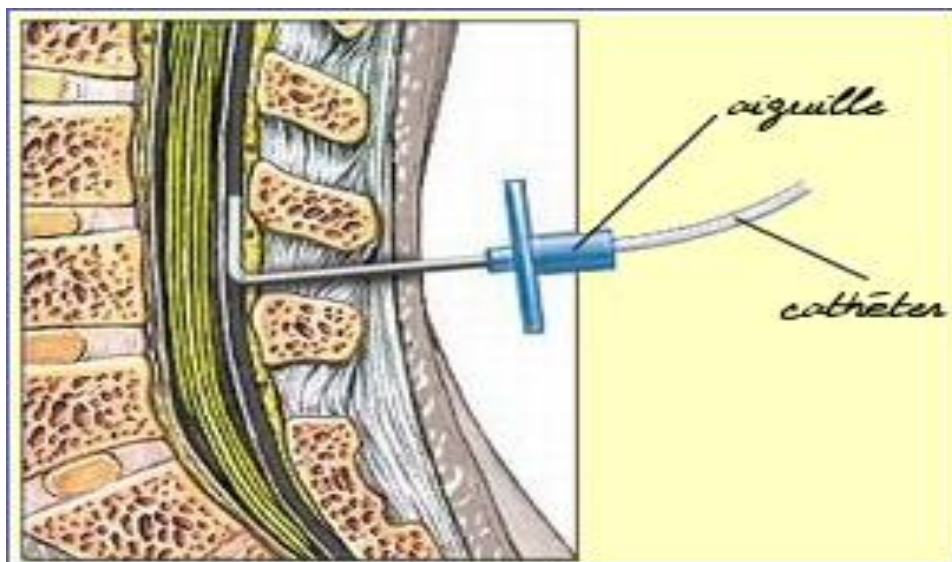


Pour l'accouchement, elle est réalisée dans la région lombaire dans le but de supprimer ou d'atténuer les douleurs dans la partie inférieure du corps [15].

2.2. Technique

La palpation du sommet postérieur des crêtes iliaques permet de trouver l'intersection entre la ligne bi-iliaque (ligne de Tuffier) et le grand axe du rachis, qui correspond à l'espace péri-dural L4-L5. Une aiguille de Tuohy introduite dans cet espace permet la mise en place d'un cathéter. Celui-ci permettra l'injection continue de l'anesthésique jusqu'à la fin de l'accouchement.

Espace péri-dural, aiguille de Tuohy en place



L'APD peut également se faire au niveau des espaces péri-duraux L3-L4 et L2-L3 [16].

2.3. Histoire de l'APD

L'analgésie péridurale a été inventée en France en 1901 par les docteurs Sicard et Cathelin, tous deux urologues, mais elle n'a eu que peu de succès. L'analgésie obtenue était alors efficace pendant un délai d'une heure [17].

Il faut attendre 1944 puis 1957 pour qu'elle se développe aux Etats-Unis, suite à la publication par Hingson et Southwork de résultats très encourageants concernant son emploi en obstétrique.

L'APD obstétricale fit son arrivée en France en 1972 lors du congrès parisien d'anesthésiologie et se développa grâce à P. Viars, chef de service d'anesthésiologie de la Pitié-Salpêtrière et J. Seebacher, médecin dans ce même service [4].

Au début des années 1980, elle a d'abord été utilisée uniquement pour les césariennes, puis elle se généralisa à tous les accouchements. Les opinions sont alors mitigées quand à cette nouvelle technique. En effet, certains pensent que les femmes perdent en souffrance mais également en sensation et qu'elles deviennent assistées et dominées par la médecine « toute-puissante ». A l'inverse, certains pensent que la péridurale, grâce à l'absence de douleurs, permet aux femmes de garder le contrôle de leur accouchement et d'avoir plus de contact avec leur enfant [7]. Cependant, l'efficacité de la méthode n'est contestée par aucune des deux parties.

En 1988, une étude de Gambling et al décrit une nouvelle technique d'APD permettant aux femmes d'être plus actives pendant leur travail d'accouchement : la réinjection auto-contrôlée par la patiente. Ce système consiste en une pompe qui peut être actionnée en cas d'analgésie insuffisante et qui permet d'en recevoir une dose supplémentaire [6]. Ce concept arrive donc comme une réponse alternative aux différentes opinions de l'époque.

2.4. L'APD en France

L'analgésie péridurale en France a mis quelque temps avant de connaître sa grande renommée. En effet, initialement, seules les femmes issues de la bourgeoisie pouvaient se l'offrir et ce n'est qu'à partir de 1994 que la technique connût un essor important suite à son remboursement pour toutes par la sécurité sociale.

Cette croissance phénoménale de l'utilisation de l'APD par les femmes afin de supprimer les douleurs de leurs accouchements s'observe par les résultats des différentes enquêtes périnatales ayant eu lieu en 1995, 1998, 2003 et 2010, relatant les différentes pratiques françaises autour de la naissance à ces différentes périodes. Ainsi, Blondel B. et al reprennent, au travers de trois articles, ces résultats et ils notent 3.9% d'utilisation de la péridurale en **1989**, 48.6% en **1995**, 58.0% en **1998**, 62.6% en **2003**, et 70% en **2010**, et ceci quelle que soit la méthode d'accouchement, voie basse ou césarienne. Ils précisent également pour **2003** que 69.1% des accouchements par voie basse se faisaient avec l'aide de cette analgésie [18-20].

Deux autres enquêtes, énumérées par A. Tesniere, T. Rackelboom et A. Mignon en juillet 2012 révèlent un pourcentage d'APD de 37% en **1991** (Anesthesia and analgesia practice patterns in French obstetrical patients de Palot M. et al.) et de 51% en **1996** (enquête « 3 jours d'anesthésie en France ») pour l'accouchement par les voies naturelles [21], de même que Grond S. et al. qui précise que ce pourcentage est de 32% si le travail a été spontané et de 60% si au contraire il a été déclenché.

Ces chiffres démontrent l'avancée considérable de notre pays dans la généralisation de l'accès à l'APD par rapports aux autres pays industrialisés aux mêmes époques.

2.5. L'APD en dehors de nos frontières

2.5.1. En Europe

En Angleterre :

Une recherche bibliographique dans la base de données Medline concernant l'APD dans les différents pays d'Europe montre qu'en **1996-1997**, 24% des femmes anglaises reçoivent une APD pendant la parturition. Celle-ci y est alors proposée 24h sur 24 dans 90% des maternités. Cette même année, l'utilisation de la technique PCEA est estimée à 4%.

En Allemagne :

L'évolution technologique en terme de prise en charge de la douleur des couches montre qu'en **1996** le taux d'APD était d'environ 40%, et la pratique de la PCEA de 5%.

En Italie :

Deux régions seulement ont été étudiées, les résultats démontrent moins de 1% d'utilisation de l'APD en **1995**. 88% des services de maternité n'ont aucun moyen d'analgésie.

Dans les pays scandinaves :

En Finlande, on note en **1991** 14% d'APD en moyenne.

En Norvège, l'usage de la péridurale est estimée en **1996** à 15% avec une variation de 0 à 25% selon les établissements [22].

2.5.2. En Amérique du Nord et en Australie

En Amérique du Nord :

Aux Etats-Unis, deux enquêtes américaines dirigées par Hawkins J.L. et al montrent l'évolution générale de l'usage de l'APD entre 1981 et 2001 selon les types de maternités. Ainsi, on note 9 à 22% de péridurales en **1981**, et 35 à 61% en **2001**. On remarque donc que la généralisation de cette pratique se calque sur celle de la France [23,24].

Au Canada, précisément en Ontario, on décompte en **1994** en moyenne 38% de parturientes bénéficiant de l'APD [22].

En Australie méridionale :

On constate une stabilité au cours des années 2000 quant à l'utilisation de l'APD pour le travail obstétrical : 32.6% en **2001**, et 31.7% en **2010**. Nous remarquons également que le taux de parturientes bénéficiant de l'APD pour la phase d'expulsion n'est pas le même. Ce qui nous fait respectivement un total d'APD pour la naissance de 34.5%, et 33% [25, 26].

Ainsi, on remarque qu'en Australie, le recours à l'APD pour la parturition est très faible par rapport aux autres pays industrialisés.

D'une manière générale, l'APD a contribué à modifier le vécu de l'accouchement.

3. Vécu de l'accouchement

3.1. Définitions

La satisfaction se définit comme le « *consentement, plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on attend, de ce qu'on désire* ».

Le vécu, lui, est une « *expérience réellement vécue* » dans le passé et correspond à l' « *ensemble des faits, des événements de la vie réelle* » [27]. En philosophie, c'est l' « *ensemble des expériences constitutives d'un sujet* » [28].

On peut donc distinguer la satisfaction d'avoir un besoin assouvi du vécu d'une expérience de la vie. Ainsi, la satisfaction de ne plus souffrir lors du travail de l'accouchement peut ne pas être en relation avec le vécu de l'expérience de l'accouchement, c'est pourquoi nous nous intéressons au vécu de l'accouchement sous APD et non pas à la satisfaction vis-à-vis de celle-ci.

3.2. Evolution des mœurs en France

Comme nous l'avons vu, l'avènement de la péridurale dans le monde obstétrical a été une véritable révolution pour la prise en charge de la douleur de la parturition. Au fil des années, les femmes ont été de plus en plus demandeuses de cette analgésie pour leur travail d'accouchement. Cet engouement pour l'APD et le mouvement des femmes vers les maternités, a eu pour conséquence une organisation des naissances avec un abus des déclenchements du travail. Donc, plus de déclenchements ont entraîné plus de péridurale du fait de l'accentuation de la douleur des contractions. Il s'agit d'un cercle vicieux.

Cependant, depuis quelques années, on remarque un désir de retour au « tout naturel » et de plus en plus de futures mamans souhaiteraient ne pas avoir recours à la péridurale. Elles entrevoient la douleur comme « *ayant une fonction psychique et psychologique* », certains évoquant même « *les fonctions primales, les réflexes* ».

instinctuels ». Ces femmes aimeraient pour ainsi dire se réapproprier leur accouchement, jugeant la médicalisation « *excessive et mal supportée* » [29].

Il est vrai que depuis quelques années, nous remarquons une augmentation des projets de naissance ainsi que l'émergence des doulas. Ces dernières, en France depuis 2003, sont des accompagnatrices de la grossesse, de la naissance et du post partum. Elles proposent un accompagnement global de la femme, en plus du suivi médical dispensé par les sages-femmes et les médecins [29]. On observe également la création d'une multitude de sites internet et d'associations de la naissance « naturelle », parmi lesquelles : Associations Naître autrement, Être et naître, Mettre ô monde, Accoucher autrement.

Une faible proportion de femmes, environ 1 % de la population française, décide de mettre au monde leur enfant dans l'intimité du domicile familial afin d'échapper à cette « *hyper médicalisation* » [30].

Afin de trouver un juste milieu entre l'accouchement médicalisé en maternité et l'accouchement à domicile, depuis 2004 en France, un combat pour obtenir la création de maisons de naissance attenantes à des plateaux techniques existe. L'accompagnement des patientes y serait « global ». En effet, les femmes y seraient accueillies du début de la grossesse jusqu'à leur accouchement. Les sages-femmes en auraient la responsabilité exclusive, l'analgésie péridurale serait absente et les locaux permettraient au mieux l'intimité et le confort du couple [31]. Le but de ces maisons de naissance serait :

- de permettre aux femmes qui le souhaitent et qui le peuvent d'avoir un accompagnement réellement physiologique et naturel de leur grossesse et de leur accouchement.
- de donner une alternative aux femmes qui font le choix d'accoucher à domicile car elles refusent un accouchement hyper médicalisé à l'hôpital, et souhaitent avoir le confort et l'intimité du domicile lors de la mise au monde de leur enfant.

Dans l'actualité, l'affaire Geisler reflète bien le souhait des femmes d'avoir d'autres possibilités pour enfanter que celles offertes par la France. Cette femme était partie accoucher dans une maison de naissance en Allemagne pour son deuxième enfant

car elle refusait une hyper médicalisation. En revanche, elle exprimait la volonté de bénéficier de la sécurité d'un établissement de santé et d'une sage-femme à ses côtés [32].

Mais, le recours ou non à l'APD dépend de la perception de la douleur et de l'image de celle-ci dans notre société.

3.3. Place de la douleur

3.3.1. En France

Dans notre société actuellement anti-doloriste, les femmes déclarant ne pas vouloir bénéficier de l'APD pour leur accouchement sont regardées avec incompréhension. En effet, comme l'écrit si bien Chantal Birman dans son œuvre, elles sont aujourd'hui « *considérées comme suspectes [...] masochistes, arriérées, voire à moitié folle* ».

Cependant, dans cette même société, « *les sportifs de l'extrême, exposant leur corps aux plus atroces souffrances* », sont assimilés à des héros, comme les alpinistes qui sont revenus de leur expédition avec les extrémités gelées. En effet, toute activité physique intense est à l'origine de sensations douloureuses.

Pourquoi désirer souffrir alors que les progrès techniques d'aujourd'hui permettent d'y échapper ? Chantal Birman répond à cette question avec son exemple cité précédemment. Ces femmes-là souhaitent affronter et dépasser leurs limites [30]. Elles ne souhaitent pas être « *déconnectées de ce qui se passe dans leur corps* » [33].

Aussi, la souffrance est une perception très subjective, chacun a donc une sensibilité différente à la douleur.

Cette notion de douleur est également différemment perçue selon les origines ethniques et la culture de chacun.

3.3.2. Dans le monde : douleur et culture.

Au Mexique, si la femme laisse transparaître sa douleur, elle sera moquée car la douleur est considérée comme normale et de bon signe.

Le même type de contrôle est fréquent en Océanie ou en Asie. Par exemple à Taïwan où la raison du silence est de ne pas perturber les autres habitantes du village.

Mais, c'est encore en Afrique Noire que cet aspect est le plus impressionnant : aucune manifestation de douleur ne se lit sur le visage de la plupart des parturientes. Aucune transparence, comme si elles ne souffraient pas. Pourtant, elles ne souffrent pas moins que les autres, les contractions de la parturition étant identiques chez toutes les femmes. Dans la culture Africaine, les cris de douleurs pendant l'enfantement pourraient attirer un mauvais esprit ou l'esprit maléfique d'un sorcier. Une autre raison évoquée est celle de l'honneur : une femme qui laisserait échapper un gémissement, un pleur, une plainte, serait dénigrée et sa famille déshonorée. A l'inverse, si son stoïcisme est parfait, elle sera à l'avenir plus respectée.

Au contraire, les femmes marocaines montrent ouvertement leur douleur et ont tendance à théâtraliser les sensations douloureuses dans le but de montrer leur courage au voisinage.

Les femmes antillaises sont également réputées pour exprimer librement leur douleur pendant l'accouchement [34].

Au vu de ces données de la littérature, nous avons établi notre étude de la manière qui suit.

Matériels et méthode

1. Objectifs de l'étude

1.1. Objectif principal

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer la prévalence des primipares accouchant sous analgésie péridurale alors qu'elles ne le souhaitaient pas à priori.

1.2. Objectifs secondaires

Le premier objectif secondaire est de savoir si la participation à la préparation à la naissance et à la parentalité influence le souhait d'avoir une péridurale.

Le deuxième objectif secondaire est de savoir si la mobilisation, la perception des contractions utérines (CU) et la douleur alors ressentie, la perception de la progression du bébé, la position adoptée pour les efforts expulsifs, la sensation d'accompagnement du bébé dans sa naissance, la nécessité d'une aide technique, ainsi que le temps de présence de la sage-femme et le degré de médicalisation, ont une influence sur le vécu de l'accouchement.

Enfin, le troisième objectif secondaire est de comparer le vécu de l'accouchement sous analgésie péridurale entre les primipares ne souhaitant pas bénéficier de l'APD à priori et celles n'imaginant pas accoucher sans en bénéficier.

2. Type d'étude

Cette étude est descriptive et transversale.

3. Matériels et méthode

3.1. Matériels

3.1.1. Population de l'étude

Il s'agit de toutes les primipares accouchant sous APD au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Estaing.

3.1.2. Description de l'échantillon

- Critères d'inclusion :
 - Primipare.
 - Accouchement sous analgésie péridurale avec réinjections contrôlées par la patiente (PCEA).
 - Accouchement à terme d'un singleton en présentation céphalique.
 - Accouchement par voie basse

- Critères d'exclusion :
 - Accouchement avant 37 SA.
 - Déclenchement.
 - Mort fœtale in utéro (MFIU), mort-né.
 - Antécédent de MFIU, d'IMG.
 - Malformation fœtale.
 - Pathologie maternelle.
 - Patiente comprenant mal le français.

3.2. Méthode

3.2.1. Critères de jugement

- Critère principal :

Le critère principal est le pourcentage de primipares accouchant sous APD alors qu'elles ne le souhaitaient pas à priori.

- Critères secondaires :

Le premier critère secondaire est le nombre de femme qui souhaitaient bénéficier de l'analgésie péridurale à priori, en fonction de leur participation aux séances de PNP.

Le critère de jugement correspondant à notre deuxième objectif secondaire est la note de 0 à 10 donnée pour le vécu de l'accouchement.

3.2.2. Intervention de l'étude, modalités de déroulement et analyse

3.2.2.1. Intervention de l'étude

Notre étude c'est déroulée au CHU Estaing, du 17.09.2012 au 22.10.2012.





3.2.2.2. Déroulement de l'étude

Un questionnaire accompagné d'une lettre explicative a été distribué aux femmes à J2 de suites de couche [annexe I].






Ce questionnaire était composé de 25 questions réparties en cinq parties :

- **partie 1** : Renseignements généraux concernant la patiente.
- **partie 2** : Souhait avant le jour de l'accouchement.
- **partie 3** : Vécu le jour de l'accouchement, une fois l'analgésie péridurale en place.
- **partie 4** : Déroulement de la naissance, les efforts expulsifs.
- **partie 5** : Vécu global de l'accouchement.

L'échelle de satisfaction utilisée dans notre étude été définie comme suit :

-  0 = pas du tout satisfaite
-  1 à 3 = peu satisfaite
-  4 à 7 = moyennement satisfaite
-  8 à 10 = très satisfaite

L'échelle visuelle analogique, a été traduite comme suit pour les besoins de notre étude :

-  0 = pas du tout de douleur
-  1 à 3 = légère douleur
-  4 à 6 = douleur modérée
-  7 à 9 = douleur intense
-  10 = douleur insupportable

3.2.2.3. Ethique

L'anonymat des patientes interrogées a été respecté. En effet, le questionnaire était anonyme et a été distribué aux patientes accompagné d'une enveloppe réponse. Les questionnaires nous ont été retournés fermés dans cette enveloppe.

3.2.2.4. Analyse statistique

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées avec le logiciel Microsoft Excel d'une part et le logiciel R d'autre part.

Afin de mettre en évidence un lien entre deux variables qualitatives nous avons utilisé le test de Fisher, les effectifs attendus sous l'hypothèse nulle étant toujours inférieurs à 5.

Pour établir un lien entre une variable qualitative à deux modalités et une variable quantitative, nous avons utilisé le test de Student.

Pour ce qui est d'un lien entre une variable qualitative à plus de deux modalités et une variable quantitative, nous avons employé le test de Kruskal.

Une valeur de « p » nous permettait d'analyser si le lien observé entre ces deux variables était dû au hasard avec un seuil de 5%.

Ainsi, quand $p < 0,05$, nous avons conclu à une différence statistiquement significative. A contrario, celle-ci ne l'était pas quand $p > 0,05$.

Résultats

1. Recueil de données

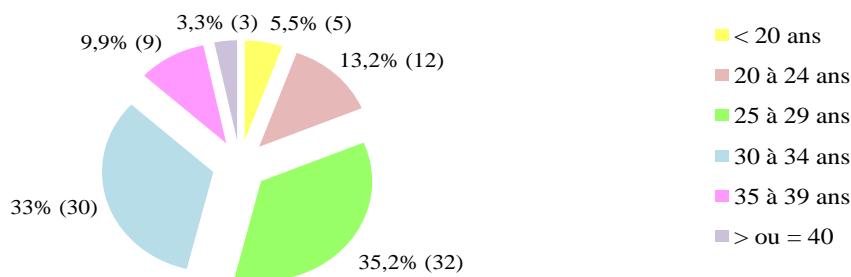
Sur les 107 questionnaires distribués au sein du CHU Estaing, 96 sont parvenus remplis. Le taux de réponse est donc de 89,7 %.

Parmi les 96 questionnaires recueillis, 5 n'étaient pas exploitables car incomplets. L'analyse a ainsi porté sur 91 questionnaires recueillis soit 85 % des questionnaires initialement distribués.

2. Description de la population étudiée

2.1. Age de la population

Figure 1 : Répartition de la population en classes d'âge en % (n)



D'après la figure 1, la majorité de la population étudiée se situait dans les tranches d'âge 25 à 29 ans et 30 à 34 ans (respectivement 35,2 %, n=32 et 33 %, n=30).

En revanche une minorité, 3,3 % (n=3), avait 40 ans ou plus.

La moyenne d'âge de la population était de 28,8 ans, avec un écart type de 5,4. La médiane était 29 ans, l'âge minimum 16 ans et l'âge maximum 42 ans.

2.2. Origine ethnique

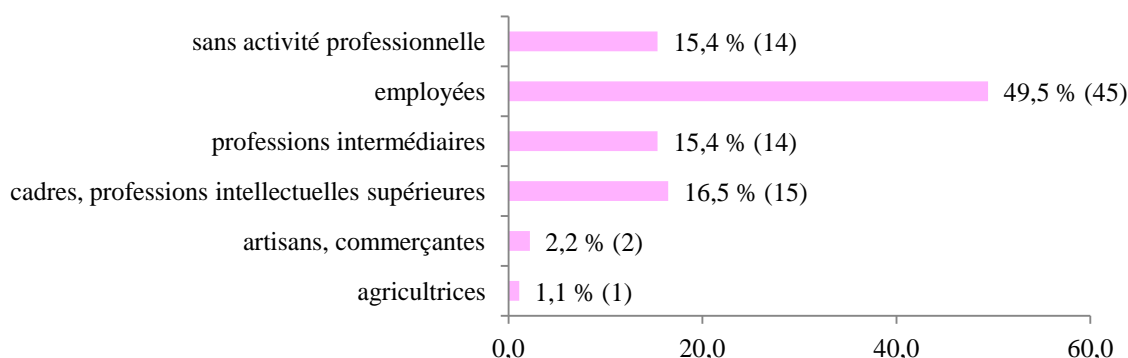
Notre échantillon était d'origine française à 91,2 % (n=83).

Parmi les autres femmes, 7 étaient originaires du bassin méditerranéen et 1 était Suisse.

2.3. Niveau d'études et profession exercée

La majorité de la population interrogée avait réalisé des études supérieures, soit 64 % (n=58). Ensuite, 26 % (n=24) avaient le niveau du baccalauréat, et 9 % (n=8) un niveau collège ou équivalent. Une seule patiente avait un niveau primaire.

Figure 2 : Répartition de la population en catégories socio-professionnelles en % (n)



Selon la figure 2, 84,6 % (n=77) de la population étudiée exerçaient une activité professionnelle, la majorité des femmes étant employées, soit 49,5 % (n=45).

A noter que 15,4 % (n=14) des femmes n'exerçaient aucune profession.

2.4. Statut marital et mode de vie

Tableau I : Répartition de la population selon le statut marital en % (n)

Femmes mariées	35 % (32)		
		Femmes pacsées	23 % (21)
Femmes non mariées	65 % (59)	Femmes en concubinage	8 % (7)
		Femmes célibataires	34 % (31)

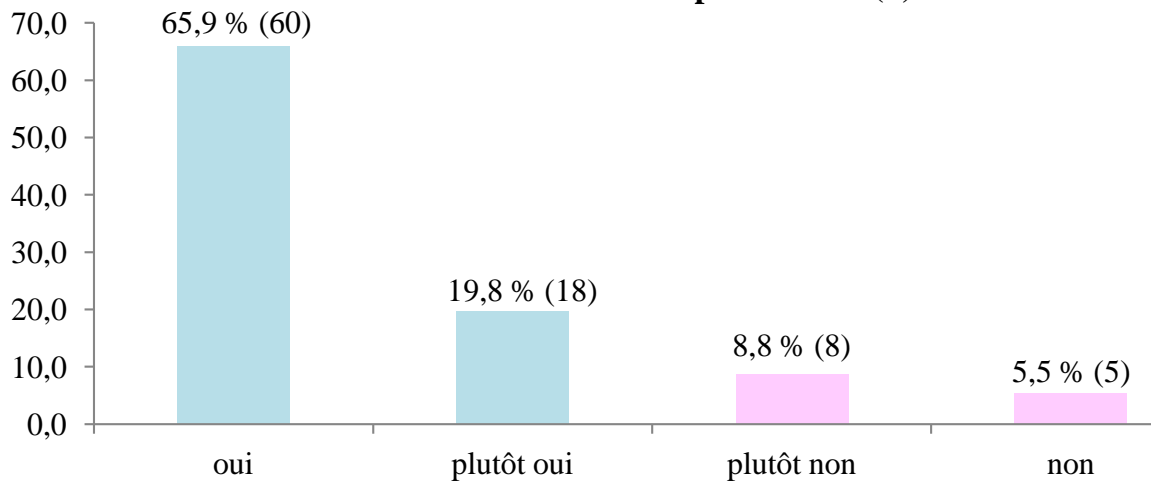
Le tableau I met en évidence que la majorité des femmes n'était pas mariée.

Parmi les femmes célibataires, 3,3 % (n=3) vivaient seules et 2,2 % (n=2) chez leurs parents. Toutes les autres vivaient en couple.

3. Contexte de la grossesse

3.1. Souhait d'analgésie péridurale

Figure 3 : Répartition de la population en fonction du souhait de bénéficier de l'APD à priori en % (n)



Rappel : toutes les patientes de l'étude ont accouché sous APD.

D'après la figure 3, 65,9 % (n=60) des patientes n'imaginaient pas accoucher sans bénéficier de l'APD et 19,8 % (n=18) restaient indécises mais plutôt en faveur d'un accouchement sous APD.

La prévalence des primipares accouchant sous APD alors qu'elles ne le souhaitaient pas à priori était de 14,3 % (n=13).

Tableau II : Arguments avancés par les patientes selon leur souhait à priori d'APD

<i>Arguments en faveur d'une APD</i>	<i>Nombre de femmes</i>	<i>Arguments en défaveur d'une APD</i>	<i>Nombre de femmes</i>
Douleur/ pas d'intérêt de s'en passer	68	Souhait d'un accouchement naturel	5
Inconnu du 1 ^{er} accouchement	11	Souhait de tout ressentir	10
Profiter de cette technique moderne/confort/ prévention d'un travail long	11	Peur de la piqûre/ des effets secondaires	3
Peur de ressentir l'expulsion/ Profiter pleinement de l'accouchement/ garder un bon souvenir	2	Souhait de connaître ses limites personnelles	1
Prévention des sutures et extractions	2	Idée d'une injection chimique	1
Pouvoir se concentrer sur le bébé	2		
Aspect rassurant	1		
Avis des proches	1		
Permettre au conjoint de profiter de l'accouchement en ne supportant pas la douleur de sa femme	1		

Notons que 5 des femmes souhaitant, à priori, plutôt bénéficier de l'APD pour leur accouchement avaient mis en avant à la fois des arguments en faveur de celle-ci et à la fois des arguments en défaveur.

Le tableau II nous montre que la majorité des arguments en faveur du choix de l'APD était relative à la douleur (n=68).

L'argument en défaveur de l'APD majoritairement énoncé par les patientes était le souhait de ressentir tout le mécanisme de l'accouchement (n=10). Suivait la volonté de bénéficier d'un accouchement le plus naturel possible (n=5).

Les 13 patientes interrogées appartenant aux groupes « en défaveur » ou « plutôt en défaveur » de l'APD avaient énoncé les raisons qui les avaient fait changer d'avis à l'accouchement. De plus, 3 patientes qui étaient plutôt « pour » bénéficier de cette analgésie tout en restant indécises avaient également répondu à cette question.

Tableau III : Raisons de l'acceptation de l'APD au cours du travail d'accouchement

	<i>Nombre de femmes</i>
Douleurs intenses	7
Douleurs + fatigue	1
Douleurs intenses suite à la rupture artificielle des membranes	1
Faux travail/dystocie de démarrage	3
Fatigue	3
Afin d'être plus sereine	1

Le tableau ci-dessus démontre que la principale raison pour laquelle les patientes interrogées avaient changé d'avis au sujet de la péridurale au cours de leur accouchement était la douleur ressentie (n=9/16). Venait ensuite la fatigue ressentie, (n=4/16).

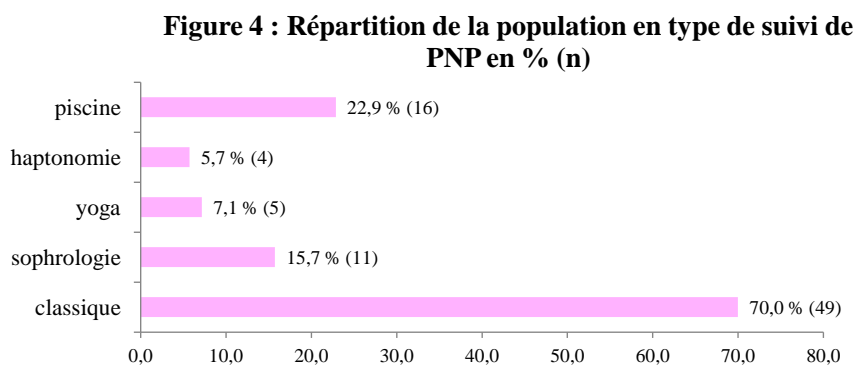
3.2. Projet de naissance

Parmi les patientes interrogées, 31 % (n=28) avaient déclaré avoir élaboré un projet de naissance contre 69 % (n=63) qui estimaient ne pas en avoir élaboré.

3.3. Préparation à la naissance et à la parentalité

3.3.1. Type de suivi de PNP

Dans notre étude, 23,1% (n=21) de la population n'avaient pas fait de PNP.



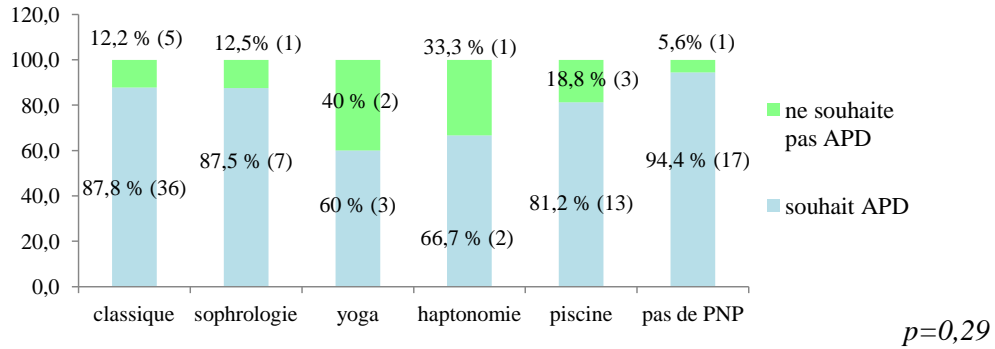
Selon la figure 4, la majorité des patientes ayant suivi des cours de PNP, soit 70 % (n=49), avait opté pour des cours dits « classiques ».

Aussi, 15 femmes de l'échantillon avaient associé deux types de PNP :

- 7 femmes avaient suivi à la fois des cours classiques et des cours de piscine.
- 3 avaient suivi des cours classiques et des cours de sophrologie.
- 1 seule femme avait choisi haptonomie et piscine.
- 1 autre yoga et piscine.
- 1 autre encore avait préféré le binôme sophrologie-piscine.
- 1 avait opté pour classique et haptonomie.
- 1 autre pour classique et yoga.

3.3.2. Lien entre PNP et souhait d'APD

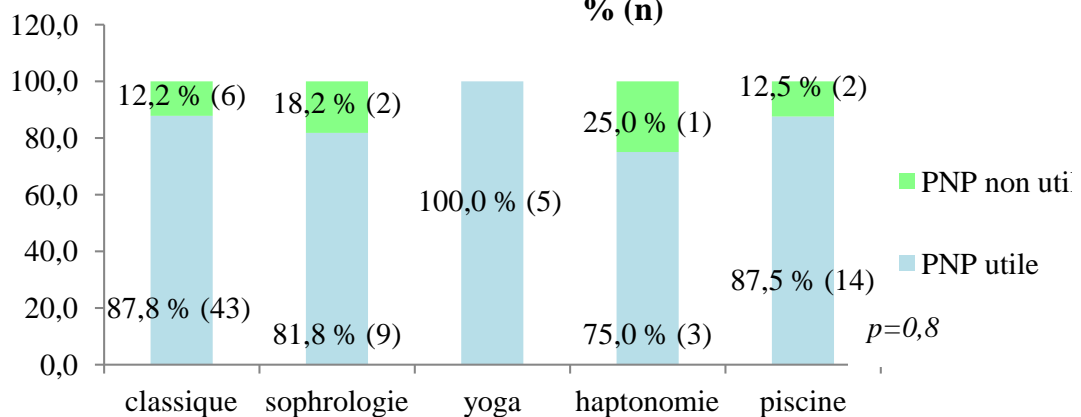
Figure 5 : Souhait d'APD à priori en fonction du type de PNP suivi en % (n)



La figure 5 n'expose pas de différence franche entre les différents groupes de PNP. En effet, il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre le type de PNP suivi pendant la grossesse et le souhait de bénéficier ou pas de l'APD pour l'accouchement ($p=0,29$).

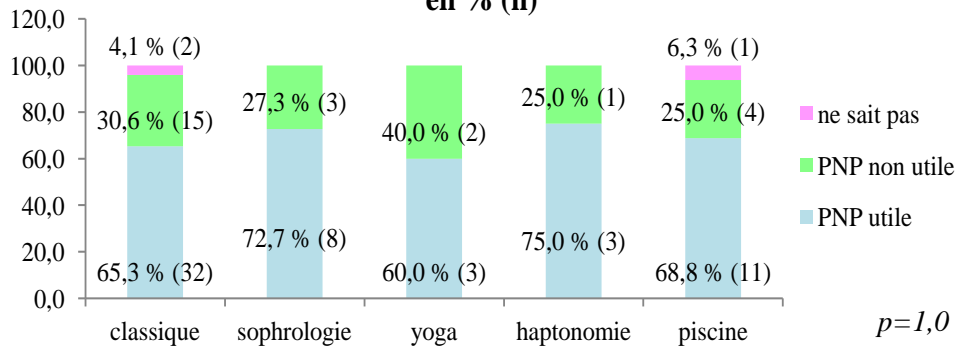
3.3.3. Utilité de la PNP

Figure 6 : Utilité des cours de PNP avant la pose de l'APD en % (n)



Il semble, selon la figure 6, qu'une grande majorité des patientes était d'avis de trouver la PNP utile avant la pose de l'APD et ce quelque soit le type de PNP. En effet, il n'y avait pas de différence statistiquement significative puisque $p>0,05$.

Figure 7 : Utilité des cours de PNP une fois l'APD en place en % (n)



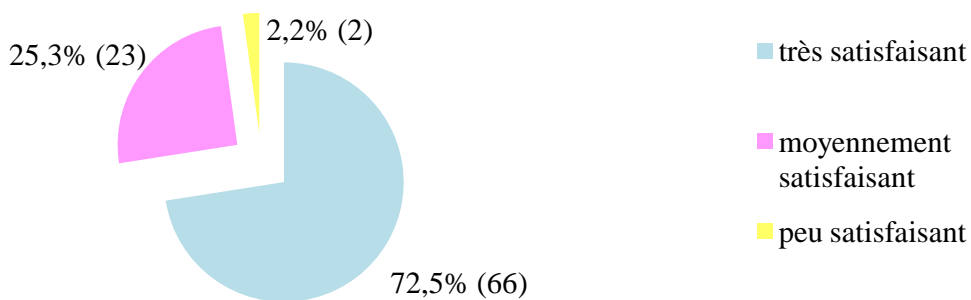
Tout d'abord, notons que quelque soit le type de PNP effectué, les femmes avaient trouvé les cours majoritairement moins utiles une fois l'analgésie présente.

D'après la figure 7, il semblerait que les avis sur l'utilité de la PNP après l'APD étaient équitablement répartis au sein des différent type de PNP ($p=1,0$).

4. Contexte de l'accouchement, une fois l'APD en place

4.1. Vécu global de l'accouchement

Figure 8 : Répartition de la population en fonction du vécu de l'accouchement en % (n)



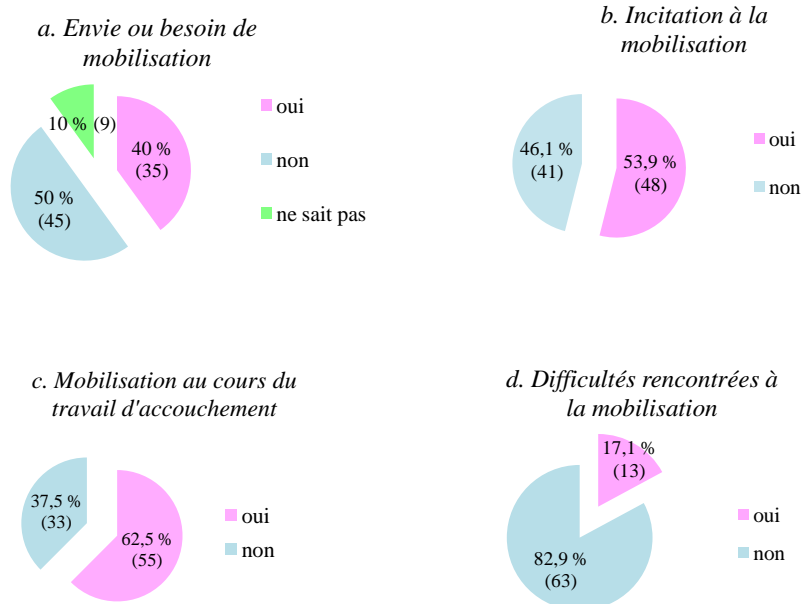
D'après la figure 8, l'accouchement avait majoritairement été qualifié de « très satisfaisant » (72,5%, n=66).

A noter qu'aucune femme n'avait qualifié le vécu de son accouchement comme « pas du tout satisfaisant ».

La moyenne de la note donnée au vécu de l'accouchement était 8, avec un écart type à 1,7. La médiane était de 8, la note minimale étant 2 et la note maximale 10.

4.2. Mobilisation durant l'accouchement

Figure 9 : Répartition de la population selon les différents critères de mobilisation en % (n)



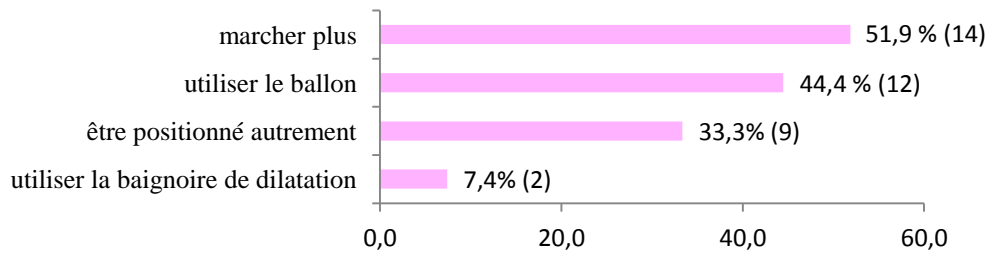
Pour la figure 9, la majorité de la population, 50 % (n=45), n'avait pas l'envie de se mobiliser.

Cependant, 53,9% (n=48) avaient été incitées à se mobiliser et finalement, 62,5% (n=55) s'étaient effectivement mobilisées.

Une minorité de femmes, 17 % (n=13), avait rencontré des difficultés lors de cette mobilisation.

- Remarques :
- en ce qui concerne le besoin de se mobiliser, 1 femme n'avait pas répondu.
 - pour la question sur l'incitation à la mobilisation, 2 femmes n'avaient pas répondu.
 - concernant la difficulté à la mobilisation, ce sont 3 femmes qui n'avaient pas répondu.

Figure 10 : Pratiques qu'auraient aimé pouvoir réaliser les patientes en % (n)

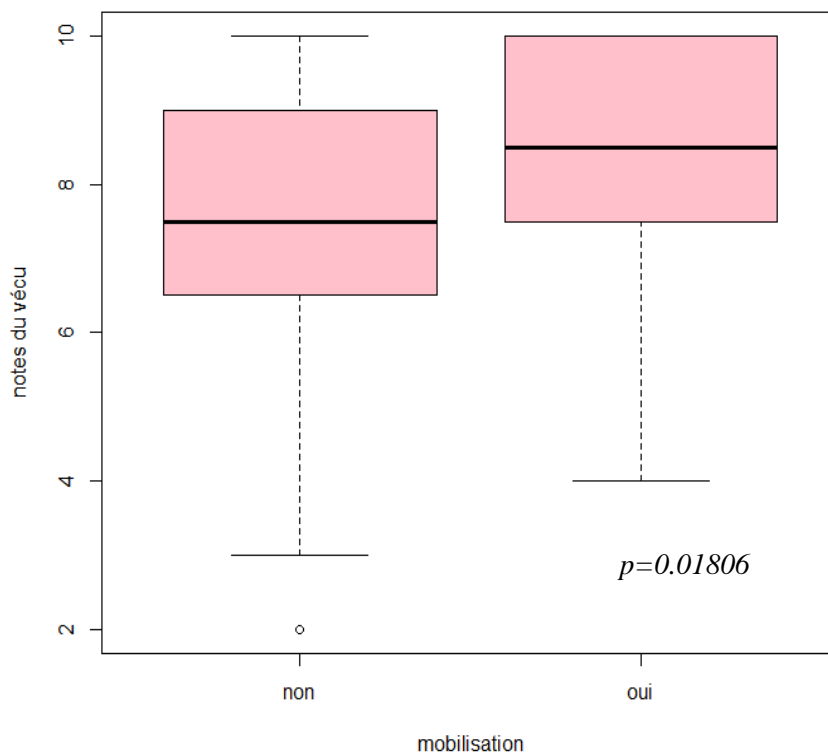


La figure 10 montre que, parmi les 31,9 % (n=27) des patientes qui auraient aimé avoir accès à d'autres pratiques au cours de leur travail d'accouchement, la majorité, 51,9 % (n=14), aurait souhaité pouvoir marcher plus. Les réponses n'étaient pas exclusives : 7 patientes auraient aimé avoir accès à plusieurs de ces différentes pratiques.

Ainsi, 68,1 % (n=62) des patientes n'auraient rien souhaité de plus.

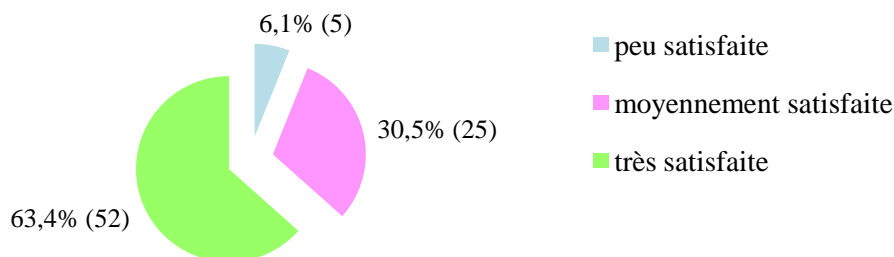
Notons que 2 femmes ne s'étaient pas prononcées sur le sujet.

Figure 11 : Vécu de l'accouchement selon la mobilisation de la patiente



La figure 11 met en valeur le fait que le vécu de l'accouchement des femmes s'étant mobilisées était meilleur que celui des autres femmes et ce lien était statistiquement significatif, p étant inférieur à 0,05.

Figure 12 : Répartition de la population selon la satisfaction de la mobilisation en % (n)



La figure 12 met en évidence que sur 82 femmes ayant répondu à la question, la majorité, 63,4 % (n=52), était très satisfaite de sa mobilisation.

Tableau IV : Vécu de l'accouchement selon la satisfaction concernant la mobilisation

	Moyenne du vécu	+/- Ecart type
Mobilisation peu satisfaisante (n=5)	7,7	+/- 0,8
Mobilisation moyennement satisfaisante (n=25)	7,1	+/- 2,0
Mobilisation très satisfaisante (n=52)	8,6	+/- 1,5
P=0,00149		

Le tableau IV montre que le vécu de l'accouchement était meilleur lorsque les femmes étaient satisfaites de leur mobilisation au cours du travail.

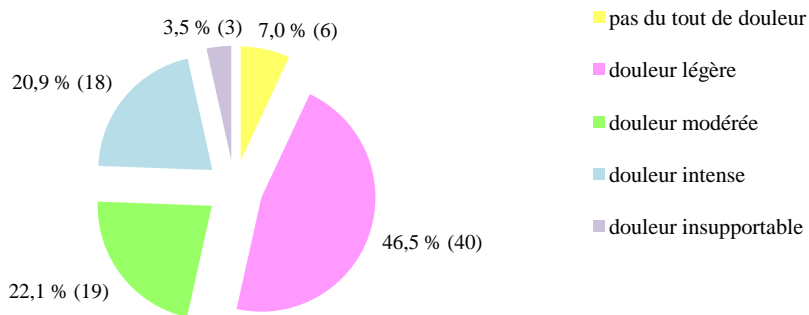
Le lien entre ces deux variables est statistiquement significatif ($p < 0,05$).

4.3. Perception des contractions utérines

Au sein de notre étude, 95 % (n=86) des patientes avaient déclaré avoir perçu leurs CU une fois l'APD en place. Parmi celles-ci, 55 % avaient déclaré que les CU ressenties étaient douloureuses.

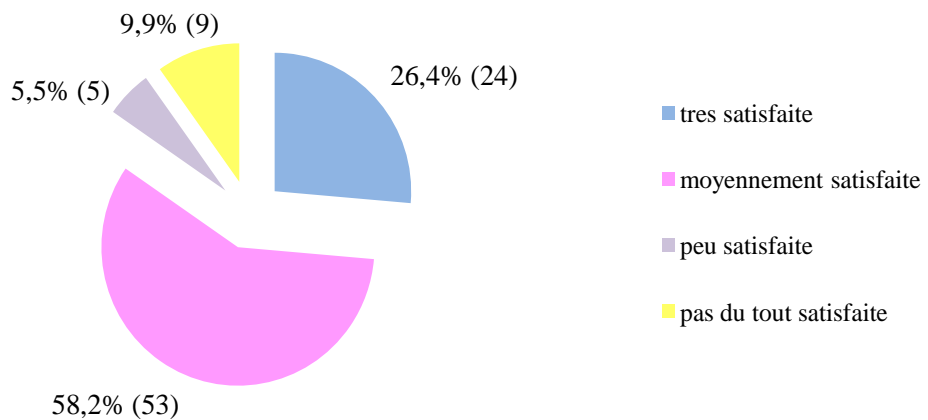
En outre, la note moyenne de la douleur décrite par les patientes ayant senti les CU était 3,9 avec un écart type à 3. La médiane était 3, la note minimale étant 0 et la maximale 10.

Figure 13 : Répartition de la population selon l'intensité de la douleur ressentie en % (n)



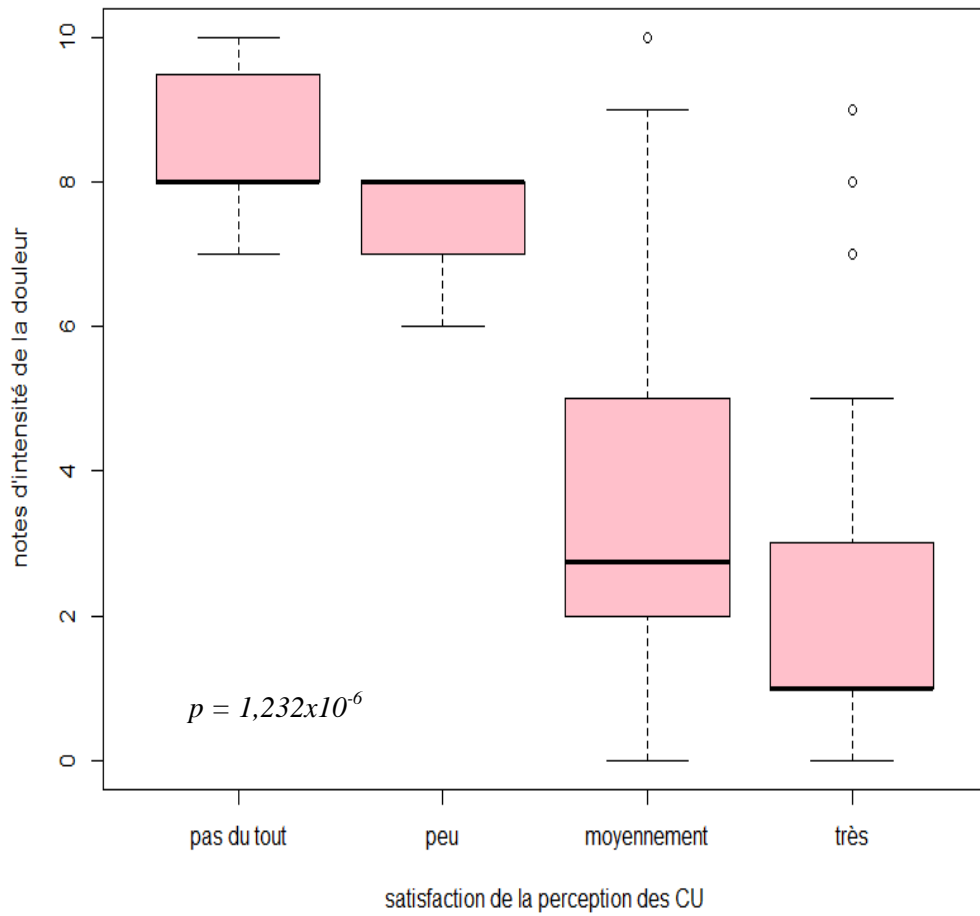
Ces statistiques démontrent que la majorité de la population, 46,5 % (n=40), avait bénéficié d'une analgésie lui permettant de ne ressentir qu'une légère douleur.

Figure 14 : Répartition de la population selon la satisfaction de la perception des contractions en % (n)



La figure 14 relate que la majorité de notre échantillon, 58,2 % (n=53), était moyennement satisfaite de la façon dont les CU ont été perçues.

Figure 15 : Satisfaction de la perception des CU en fonction de la douleur ressentie



La figure 15 montre que les femmes étaient d'autant plus satisfaites de la manière dont elles avaient perçu les CU que la douleur était faible.

Le lien entre ces deux variables était statistiquement significatif ($p = 1,232 \times 10^{-6}$).

Tableau V : Vécu de l'accouchement selon la satisfaction de la perception des contractions utérines

	Moyenne du vécu	+/- Ecart type
Perception très satisfaisante (n=24)	9	+/- 2,5
Perception moyennement satisfaisante (n=53)	7,9	+/- 2,4
Perception peu satisfaisante (n=5)	8,1	+/- 1,5
Perception pas du tout satisfaisante (n=9)	6,2	+/- 1,4
P=0.002148		

Le tableau V met en évidence le fait que les femmes avaient un meilleur vécu de leur accouchement si la perception des CU était satisfaisante.

Ce lien était statistiquement significatif puisque $p < 0,05$.

Tableau VI : Vécu de l'accouchement selon la douleur ressentie

	Moyenne du vécu	+/- Ecart type
Pas du tout de douleur (n=6)	9,4	+/- 1,0
Légère douleur (n=40)	8,2	+/- 1,6
Douleur modérée (n=19)	8,4	+/- 1,4
Douleur intense (n=18)	7,0	+/- 2,2
Douleur insupportable (n=3)	7,7	+/- 0,6
P=0.03779		

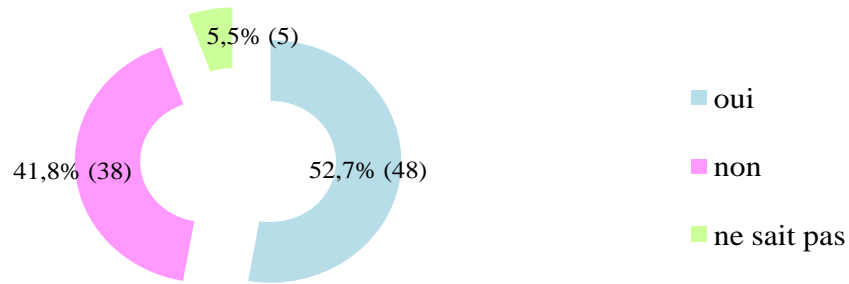
Le tableau VI nous montre que moins les patientes ressentait la douleur, meilleur était le vécu de leur accouchement.

Ce lien était statistiquement significatif ($p=0.03779$).

4.4. Efforts expulsifs

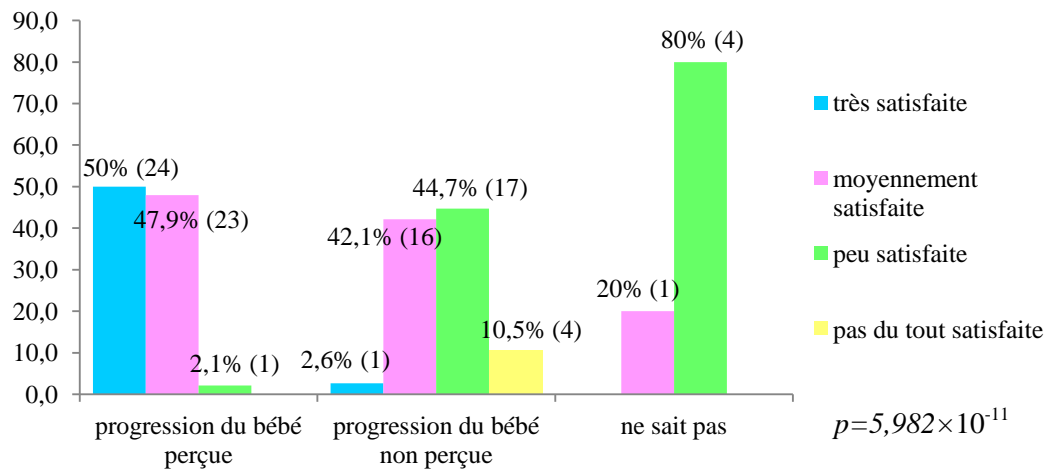
4.4.1. Perception de la progression du bébé dans la filière génitale

Figure 16 : Répartition de la population en fonction de la perception de la progression du bébé en % (n)



La figure 16 montre que la majorité des femmes interrogées avait ressenti la progression de leur bébé au cours de l'accouchement contre 41,8 % (n=38) qui déclaraient ne pas l'avoir ressentie.

Figure 17 : Satisfaction de la perception de la progression du bébé en % (n)



La figure 17 révèle que plus les femmes de notre échantillon ressentaient la progression de leur bébé, plus elles en étaient satisfaites. A l'inverse, moins elles ressentaient cette progression, plus elles étaient insatisfaites. Ce lien était statistiquement significatif avec un p-value égal à $5,982 \times 10^{-11}$.

On note qu'une femme n'avait pas répondu à cette question.

Tableau VII : Vécu de l'accouchement selon la satisfaction de la perception de la progression du bébé

	Moyenne du vécu	+/- Ecart type
Perception très satisfaisante (n=25)	9,1	+/- 3,6
Perception moyennement satisfaisante (n=40)	7,9	+/- 1,4
Perception peu satisfaisante (n=21)	7,3	+/- 1,6
Perception pas du tout satisfaisante (n=4)	6,9	+/- 1,4
P=0.0002103		

Le tableau VII démontre que les femmes avaient un meilleur vécu de leur accouchement lorsque la perception de la progression de leur bébé avait été très satisfaisante. Le lien était statistiquement significatif car $p < 0,05$.

4.4.2. Vécu selon la position adoptée pour l'accouchement

Pour les efforts expulsifs, 94,5 % (n=86) des patientes étaient en position gynécologique, 4 en position assise, et 1 en position semi-assise.

La majorité des femmes, 91,1 % (n=82), n'aurait pas souhaité adopter une autre position pour accoucher.

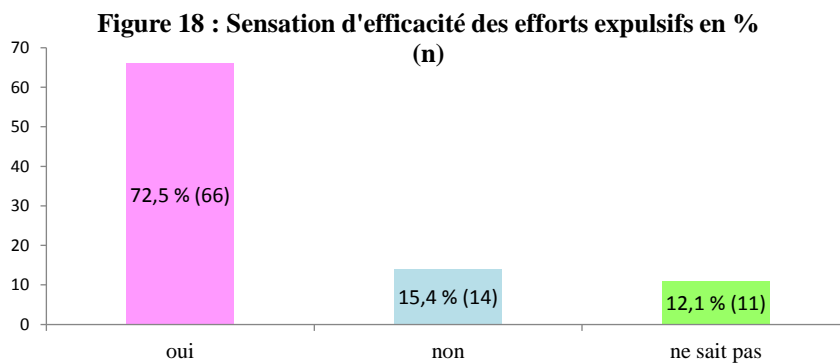
Parmi celles qui auraient souhaité accoucher différemment, 3 auraient aimé mettre au monde leur enfant en position accroupie, 1 en position assise, 3 sur le côté, et 1 en position debout.

Tableau VIII : Vécu de l'accouchement selon la position adoptée pour l'accouchement

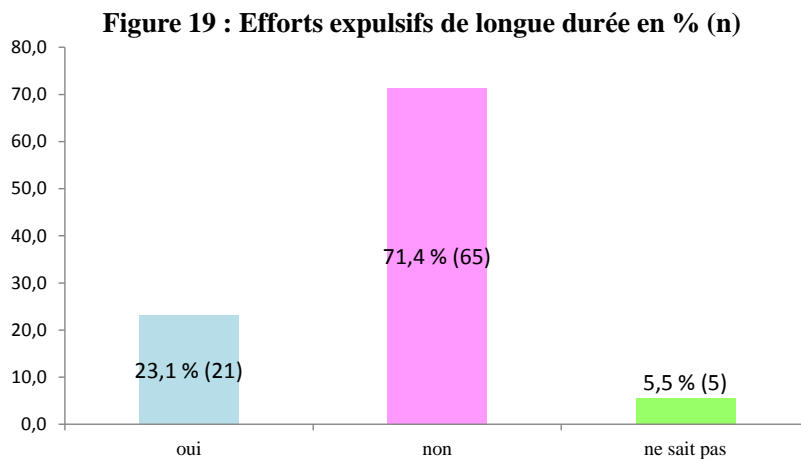
	Moyenne du vécu	+/- Ecart type
Position gynécologique (n=86)	8,0	+/- 1,8
Assise (n=4)	8,9	+/- 1,0
Semi-assise (n=1)	7,5	+/- 3,5
P=0.6241		

Le tableau VIII montre que la note moyenne attribuée pour le vécu de l'accouchement était plus élevée pour les patientes ayant accouché en position assise que pour les autres mais ce lien n'était pas statistiquement significatif car $p > 0,05$.

4.4.3. Accompagnement du bébé dans sa naissance

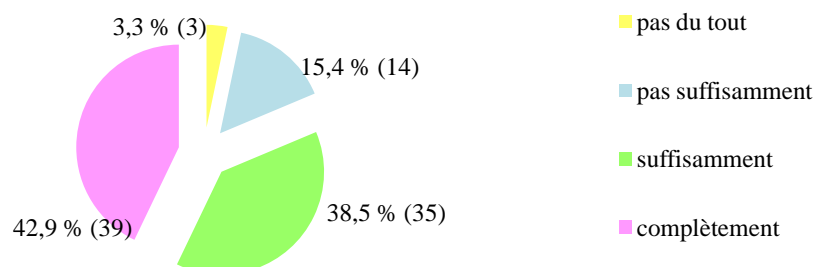


La figure 18 relate que la majeure partie de la population étudiée, 72,5% (n=66), avait eu la sensation d'être efficace lors des efforts expulsifs.



La figure 19 montre que la majorité des patientes, 71,4 % (n=65), déclarait ne pas avoir eu des efforts expulsifs de longue durée.

Figure 20 : Répartition de la population selon la sensation d'avoir accompagné le bébé dans sa naissance en % (n)



Selon la figure 20, 57,2 % (n=52) des femmes interrogées n'avaient pas eu la sensation d'avoir accompagné complètement leur enfant lors de sa naissance.

Tableau IX : Vécu de l'accouchement en fonction de la sensation d'avoir accompagné le bébé dans sa naissance

	Moyenne du vécu	+/- Ecart type
Accompagnement complet (n=39)	9,1	+/- 1,5
Accompagnement suffisant (n=35)	7,8	+/- 1,3
Accompagnement peu suffisant (n=14)	6,4	+/- 1,8
Accompagnement pas du tout suffisant (n=3)	6,3	+/- 2,1

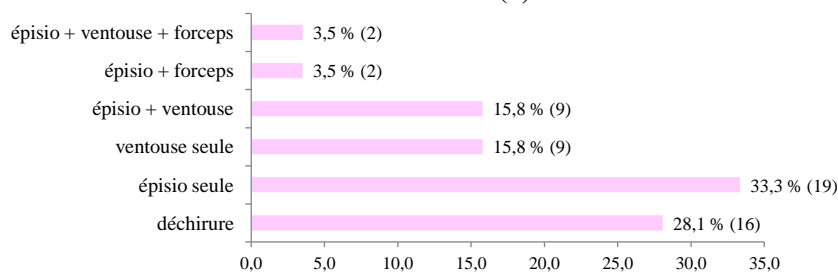
$P=3,31 \times 10^{-07}$

Le tableau IX prouve que plus les femmes avaient la sensation d'accompagner leur bébé dans sa naissance et plus le vécu était bon. Le lien entre ces deux variables était statistiquement significatif puisque $p < 0,05$.

4.4.4. Nécessité d'une aide technique ou survenue d'une déchirure lors de l'expulsion

Notre étude relate que 37,4 % (n=34) des patientes n'avaient eu ni déchirure ni besoin d'aide technique pour mettre au monde leur enfant.

Figure 21 : Aide technique ou déchirure lors de l'expulsion en % (n)



La figure 21 démontre que parmi les femmes ayant subi une déchirure ou ayant eu besoin d'une intervention technique lors de l'expulsion :

- 56,1 % (n=32) avaient subi une épisiotomie,
- 35,1 % (n=20) avaient eu besoin d'une ventouse,
- 7 % (n=4) avaient été aidées de forceps.

Tableau X : Vécu de l'accouchement selon la survenue de problème/d'aide lors de l'expulsion

Problème/aide nécessaire	Moyenne du vécu	+/- Ecart type
Non (n=34)	8,8	+/- 1,4
Déchirure (n=16)	8,3	+/- 1,4
Épisiotomie seule (n=19)	7,7	+/- 1,8
Ventouse seule (n=9)	7,6	+/- 1,3
Épisiotomie + ventouse (n=9)	6,6	+/- 2,3
Épisiotomie + forceps (n=2)	5,5	+/-0,5
Épisiotomie + ventouse + forceps (n=2)	5,25	+/- 1,8
P=0.002883		

Le tableau X montre que le vécu de l'accouchement était moins bon lorsqu'une aide avait été nécessaire à l'expulsion de l'enfant en dehors de la filière génitale et que ce lien était statistiquement significatif ($p < 0,05$). Les femmes ayant eu besoin de l'aide de forceps étaient celles qui avaient attribué la note de vécu la plus basse.

En outre, plus le nombre d'aide technique était multiple, plus la note diminuait.

4.5. Temps passé par la sage-femme auprès des patientes

Au sein de notre échantillon, 94,5 % (n=86) des femmes estimaient que la sage-femme avait passé suffisamment de temps auprès d'elles en salle d'accouchement contre 5,5 % (n=5) qui pensaient l'inverse.

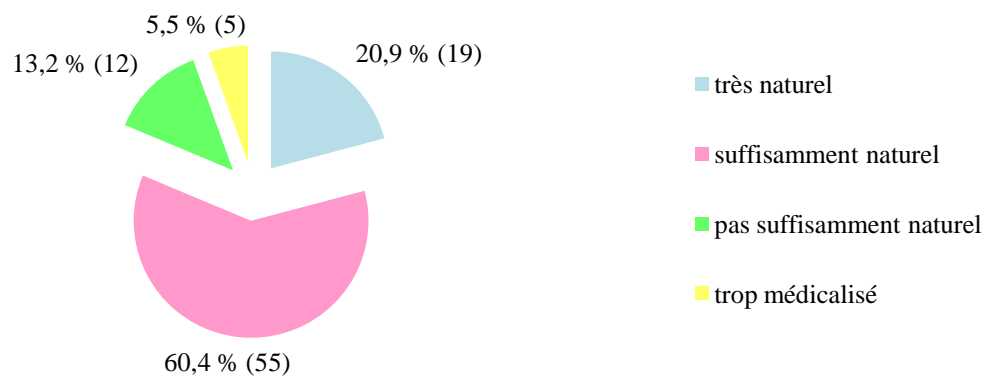
Tableau XI : Vécu de l'accouchement selon le temps que la sage-femme a passé auprès de la parturiente

	Moyenne du vécu	+/- Ecart type
Temps suffisant pour la patiente (n=86)	8,2	+/- 1,6
Temps insuffisant pour la patiente (n=5)	6,2	+/- 3,2
P=0.2428		

Le tableau XI indique que le vécu de l'accouchement par les femmes était meilleur pour celles qui estimaient que la sage-femme avait passé suffisamment de temps auprès d'elles, mais que ce lien n'était pas statistiquement significatif puisque p était supérieur à 0,05.

4.6. Degré de médicalisation de l'accouchement

Figure 22 : Médicalisation de l'accouchement selon la population en % (n)



La figure 22 dévoile que la majorité de la population étudiée, 60,4 % (n=55), avait trouvé l'accouchement suffisamment naturel.

En revanche, 18,7 % (n=17) l'avaient trouvé insuffisamment naturel voire trop médicalisé.

Tableau XII : Vécu de l'accouchement selon le degré de médicalisation ressenti

	Moyenne du vécu	+/- Ecart type
Trop médicalisé (n=5)	5,7	+/- 2,1
Pas suffisamment naturel (n=12)	7,0	+/- 1,9
Suffisamment naturel (n=55)	8,2	+/- 1,5
Très naturel (n=19)	9,0	+/- 1,3
P=0.000769		

D'après le tableau XII, il existait un lien statistiquement significatif entre le fait de trouver son accouchement naturel et le bon vécu de celui-ci puisque $p < 0,05$.

4.7. Vécu selon le souhait d'APD à priori

Tableau XIII : Vécu de l'accouchement selon le souhait d'APD à priori

	Moyenne du vécu	+/- Ecart type
souhait APD à priori (n=60)	8,3	+/- 2,2
plutôt souhait APD à priori (n=18)	8,6	+/- 1,6
plutôt pas de souhait d'APD à priori (n=8)	8,4	+/- 1,3
ne souhaite pas APD à priori (n=5)	7,9	+/- 1,8
P=0,7002		

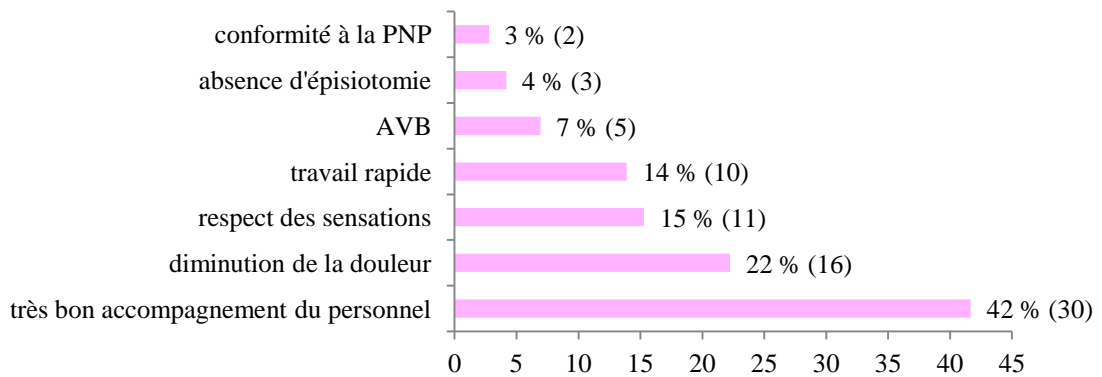
Selon le tableau XIII, il n'existait pas de lien statistiquement significatif entre le fait de désirer ou non une APD à priori pour l'accouchement et le vécu de celui-ci ($p=0,7002$).

4.8. Conformité aux attentes

Au sein de notre échantillon, 79, 1 % (n=72) des femmes déclaraient que leur accouchement avait été en conformité avec leurs attentes.

Parmi celles-ci, 62,5 % (n=45) en avaient évoqué les raisons.

Figure 23 : Raisons évoquées par les femmes déclarant leur accouchement conforme à leurs attentes en % (n)



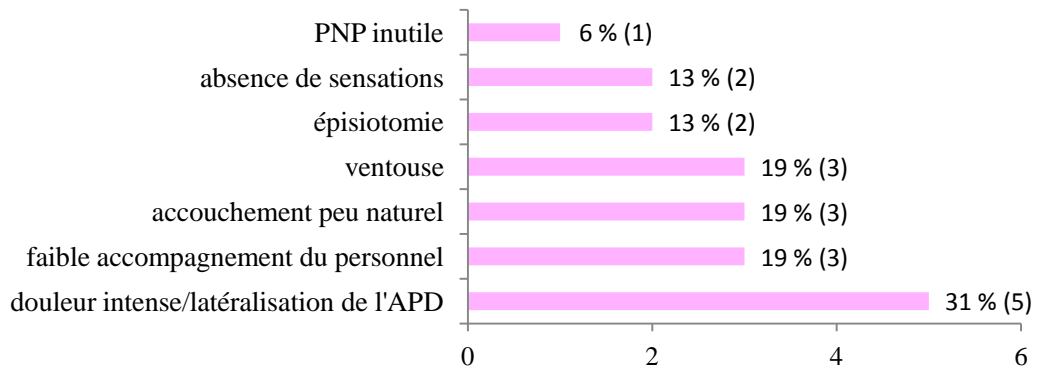
Ces statistiques montrent que la raison majoritairement évoquée par les patientes était le fait d'avoir bénéficié d'un très bon accompagnement de la part du personnel soignant (42 %, n=30).

En outre, 1 patiente avait émis la suggestion de faire participer davantage le papa.

D'un autre côté, 17 patientes déclaraient que leur accouchement n'avait pas été conforme à leurs attentes.

Parmi elles, 94 % (n=16) en avaient énoncé les causes.

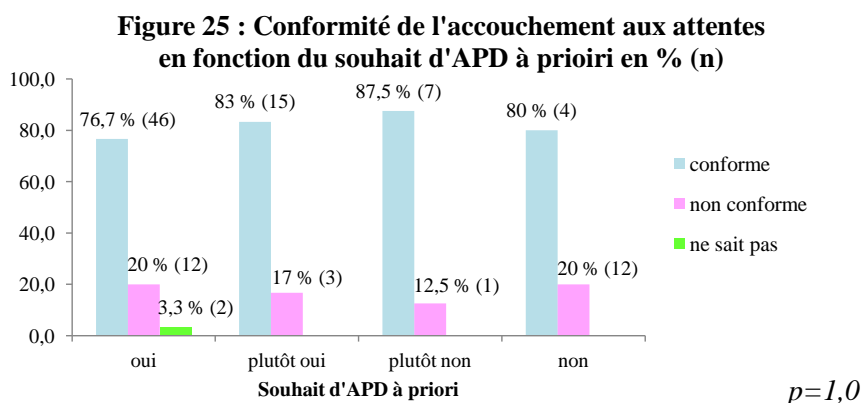
Figure 24 : Raisons pour lesquelles les femmes déclaraient leur accouchement non conforme à leurs attentes en % (n)



La figure 24 révèle que la raison de la non-conformité principalement évoquée par les femmes était la douleur intense ou la latéralisation de l'APD (31 %, n=5).

Les suggestions suivantes ont été faites par 5 patientes dont l'accouchement n'était pas conforme à leurs attentes :

- proposition de plus de mobilisation,
- prise en compte du type de PNP effectué,
- obtenir plus d'accompagnement de la part du personnel,
- prendre connaissance du ressenti et des souhaits de la patiente,
- pouvoir bénéficier de dosages d'APD plus faible.



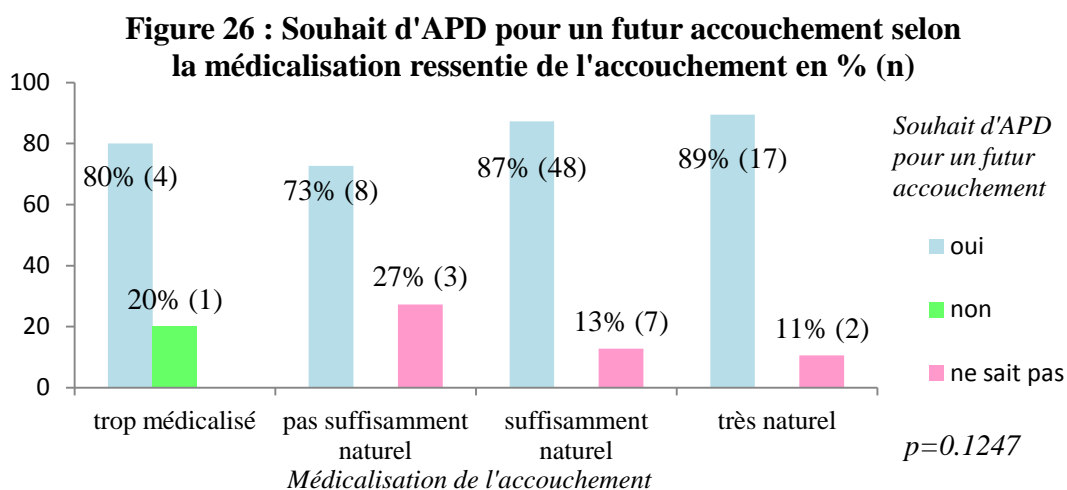
D'après la figure 25, il ne semble pas y avoir de lien entre le fait de souhaiter bénéficier de l'APD et la conformité aux attentes des femmes ($p=1,0$).

5. Futur accouchement

La majorité de la population, 85,6 % ($n=77$), souhaiterait bénéficier à nouveau de l'APD pour un éventuel futur accouchement tandis qu'une femme ne le souhaiterait pas.

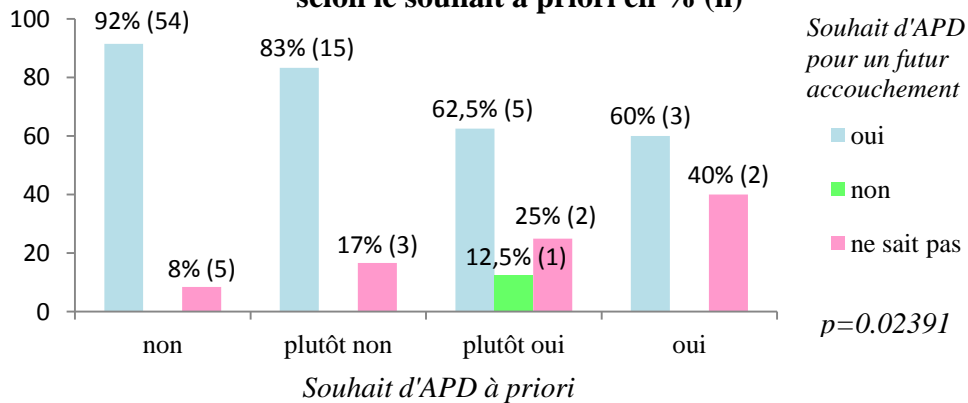
Remarquons que 13,3 % ($n=12$) ne savaient pas quel choix elles feraient.

On note également qu'une patiente n'avait pas répondu à cette question.



La figure 26 démontre que moins l'accouchement avait été naturel pour les patientes, plus celles-ci penchaient vers le souhait de ne pas bénéficier de l'APD pour un éventuel futur accouchement. Cependant nous n'avons pas retrouvé de lien statistiquement significatif entre ces deux variables ($p= 0.1247$).

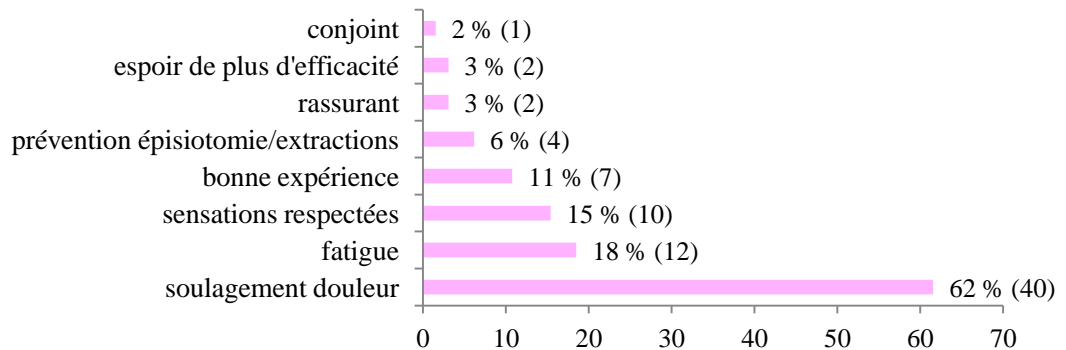
Figure 27 : Souhait d'APD pour un futur accouchement selon le souhait à priori en % (n)



La figure 27 prouve que les femmes qui, initialement, ne souhaitaient pas l'APD pour cette accouchement-ci auraient plus tendance à la vouloir pour un prochain accouchement que les femmes qui souhaitaient d'emblée l'APD cette fois-ci. Ce lien était statistiquement significatif ($p=0.02391$).

Parmi les femmes interrogées, 72 % ($n=65$) avaient précisé les raisons pour lesquelles elles souhaiteraient bénéficier de nouveau de l'APD.

Figure 28 : Raisons pour lesquelles les femmes souhaiteraient de nouveau bénéficier de l'APD pour un futur accouchement en % (n)



La figure 28 montre que la majorité des patientes, 62 % ($n=40$), souhaiterait bénéficier de nouveau de l'APD afin de soulager leur douleur.

Une patiente déclarait que c'était pour que son conjoint puisse profiter de l'accouchement grâce à l'absence de souffrance de sa femme.

Parmi celles qui ne savaient pas si elles choisiraient de bénéficier de cette analgésie pour un futur accouchement 1 avait répondu : si elle faisait le choix d'en bénéficier de nouveau, ce serait pour cause de fatigue et donc dans le but de se reposer avant les efforts expulsifs.

Discussion

1. Les limites de l'étude

1.1. Concernant notre échantillon

Seule la maternité de niveau III du Puy-de-Dôme a été évaluée ce qui restreint la représentativité de notre population. Ce choix a été fait consciemment afin de ne pas le voir biaisé par les variations entre les types d'analgésie péridurale pouvant être pratiqués au sein des différentes maternités. En effet, au CHU Estaing, tous les anesthésistes utilisent la Chirocaïne®. Seul le dosage de ce produit diffère d'un anesthésiste à l'autre, bien que la Chirocaïne® 0,625 mg/ml soit le dosage majoritairement utilisé pour les nullipares en travail.

1.2. Concernant le mode de recueil des données

Notre questionnaire comprenait 4 pages de questionnaires et 1 page sur laquelle les patientes pouvaient noter des informations supplémentaires si elles le souhaitaient. Ainsi, nous avons évalué un temps moyen pour répondre à nos questions. Ce temps était estimé à 10 minutes, ce qui semble plutôt correct. De plus, le questionnaire était distribué à J2 des suites de couches et était laissé à disposition des femmes. Celles-ci pouvaient donc y répondre au moment le plus opportun pour elles. Distribuer notre questionnaire à la visite post natale aurait permis aux femmes d'avoir un meilleur recul sur le vécu de leur accouchement et donc un souvenir plus objectif. Cependant, dans le but d'éviter les pertues de vue, nous avons préféré le faire pendant le séjour des patientes.

Notre questionnaire comprenait plusieurs questions ouvertes, notamment sur les raisons du choix de bénéficier de l'APD. Ceci permettait aux femmes de répondre librement. Cependant, des questions fermées avec plusieurs propositions de réponses auraient pu aider à l'émergence d'un souvenir plus précis. De plus, nous avons dû faire face à une difficulté lors de l'analyse des données face à la grande variété des réponses.

L'évaluation du vécu de l'accouchement a été faite tout d'abord avec une note globale comprise entre 0 et 10, puis fractionnée en fonction de différents items. Il aurait été judicieux de consacrer un item au stade de dilatation du col utérin lors de la pose de la péridurale afin d'avoir une analyse plus fine du vécu de l'accouchement.

2. Discussion des résultats de l'étude

2.1. Taux de réponses

Le taux de réponses était satisfaisant (n=91, 89,7 %) et le nombre de questionnaires exploitables également (n=91, 85 %). 5 questionnaires n'étaient pas exploitables car les questions concernant les différents items de satisfaction n'étaient renseignés qu'à 50 % ou moins.

Cependant, notre échantillon ne comprend pas de femmes de maternités de niveaux 1 et 2. Il n'est donc pas représentatif de la population primipare auvergnate dans son ensemble.

2.2. Caractéristiques de la population

Notre échantillon étant constitué uniquement de primipares, certaines données vont pouvoir être comparées avec la population de l'enquête nationale périnatale de 2010 que nous prendrons comme population de référence [35]. Les autres données ne pourront y être comparées que de manière subjective, cette population de référence comprenant à la fois des primipares et des multipares.

2.2.1. Âge

Notre échantillon était constitué à 3,5 % de femmes âgées de 40 ans ou plus, ce qui correspond à la population générale prise comme référence (3,3 %).

La classe d'âge la plus représentée dans notre échantillon (35,2 % des femmes étaient âgées de 25 à 29 ans) correspond également à la population de référence (33,2 %) [35].

En outre, la moyenne d'âge de notre échantillon constitué de primipares était de 28,8 ans, légèrement plus élevée que l'âge moyen au premier enfant estimé en France en 2010 (28,1 ans) [36].

2.2.2. Origines ethniques

Tableau XIV : Comparaison des nationalités des femmes de notre étude avec celles de l'enquête périnatale 2010 en %.

	Echantillon étudié	Population de l'enquête périnatale 2010 [35]
Françaises	91,2	86,7
Bassin méditerranéen	7,7	4,8

Selon le tableau XIV, la proportion de femmes françaises et de femmes originaires d'Afrique du Nord sont similaires dans les deux études. En effet, les participantes à notre étude qui étaient originaires du bassin méditerranéen sont toutes d'origine maghrébine.

Notre patiente Suisse, représentant 1,1 % de notre échantillon, entre dans la catégorie « autres pays d'Europe » de la population de référence, représentant également une minorité, 3,3 %.

Notre échantillon est donc homogène par rapport à la population française prise pour référence sur le plan de la nationalité [35].

2.2.3. Niveau d'études et profession exercée

Notre étude surestime le nombre de femmes ayant un niveau d'études supérieur au baccalauréat par rapport à la population prise pour référence : 64 % contre 55,8 % [35]. Nous pouvons penser que ceci est dû au fait que Clermont-Ferrand est une ville universitaire.

Tableau XV : Professions exercées au sein de notre population comparées à celles exercées au sein de la population de l'Enquête nationale périnatale 2010 en %.

	Echantillon étudié	Population de l'enquête périnatale 2010 [35]
Agricultrices	1,1	0,6
Artisans, commerçantes	2,2	1,8
Cadres, professions intellectuelles supérieures	16,5	16,5
Professions intermédiaires	15,4	27,6
Employées	49,5	46,7
Ouvrières	0	6,6
Sans activité professionnelle	15,4	0,4

D'après le tableau XV, notre échantillon ne reflète pas la population prise pour référence concernant la situation professionnelle.

En effet, les catégories socioprofessionnelles « professions intermédiaires » et « ouvrières » sont sous représentées dans notre étude. Aussi, malgré mes recherches et réflexions, je n'ai pas trouvé d'éventuelles raisons à cela.

Inversement, la catégorie « sans activité professionnelle » est représentée en proportion beaucoup plus importante dans notre étude : augmentation de 15 % par rapport à l'enquête périnatale 2010 [35]. Notre questionnaire ne nous permet pas de savoir si ces femmes étaient alors au chômage, au foyer, ou bien encore, étudiantes.

Notons tout de même que 9 des 14 patientes concernées étaient âgées de 25 ans ou moins. On peut alors émettre l'hypothèse que certaines étaient toujours dans le cursus scolaire ou bien tout juste diplômées. Or, au vu de la conjoncture actuelle, on peut penser qu'il est difficile de trouver un emploi à la fin des études.

2.2.4. Statut marital et mode de vie

La proportion de femmes mariées de notre étude, 35 %, n'est pas représentative de la population générale prise pour référence. En effet, la proportion de femmes mariées de cette dernière était de 47,3 %. Cette différence paraît tout à fait normale étant donné que notre étude ne comprenait que des primipares, contrairement à la population de référence [35].

En revanche, la proportion de femmes vivant en couple est relativement semblable dans les deux enquêtes, 95 % pour la notre et 92,8 % pour l'enquête de référence [35].

2.2.5. Projet de naissance

31 % des patientes de notre étude déclaraient avoir élaboré un projet de naissance. Le mode d'élaboration de ce projet n'avait pas été demandé aux patientes. Nous ne leur avons pas demandé non plus si elles avaient fait part de ce projet au personnel présent lors de leur accouchement.

Toutefois, que ce projet ait été écrit ou simplement pensé, qu'il ait été partagé avec l'équipe soignante ou non, nous constatons que près d'un tiers des femmes en élabore un, ce qui n'est pas négligeable.

2.2.6. Préparation à la Naissance et à la Parentalité

L'étude prise pour référence avait recensé 79,8 % de primipares ayant suivi des cours de PNP durant leur grossesse. Notre étude est donc représentative de cette population de référence, avec 76,9 % primipares qui avaient suivi des cours, quel que soit le type de ceux-ci [35]. Notons que la majorité de ces femmes optaient pour un type classique de cours, mais que nous ne savons pas si ce choix était dû au fait qu'elles étaient peut-être mal informées sur l'existence des autres types de préparation, ou bien s'il était dû au fait que pour un premier enfant, elles préféraient avoir une préparation dont le contenu donnait plus d'informations théoriques sur l'accouchement. On peut également supposer que la diversité des possibilités au CHU Estaing n'est pas suffisante.

Quel que soit le type de préparation choisi par ces femmes, aucun en particulier n'a influencé plus qu'un autre le souhait de bénéficier d'une APD ou pas pour ce premier accouchement.

Par ailleurs, nos résultats nous ont montré que les cours de PNP ont majoritairement été utiles aux participantes. Avant la mise en place de l'analgésie, les patientes ayant suivi une préparation de type « yoga » avaient toutes jugé ceux-ci utiles, alors que seules 60 % d'entre elles avaient jugé les cours utiles après avoir bénéficié de l'APD. Pour les cours de type « haptonomie », les femmes les avaient jugés utiles dans les mêmes proportions avant ou après la mise en place de l'analgésie. Ces résultats n'ont toutefois que peu de puissance, les effectifs de ces groupes étant respectivement de 5 et de 4 patientes.

De manière générale, les participantes avaient estimé les cours de PNP moins utiles une fois l'APD en place. Ceci peut s'expliquer par le fait que les patientes ne souffraient plus, et donc ne voyaient probablement pas l'intérêt de reprendre les exercices appris en cours, ou n'en avait pas la possibilité du fait de la mobilité réduite due à l'analgésie et à la surveillance rapprochée qu'elle impose.

2.2.7. Souhait d'APD à priori

Nos résultats ont démontré que le pourcentage de femmes souhaitant bénéficier d'une APD au CHU Estaing était plus important que le taux d'analgésie pratiqué en France (87,5 % vs 70 %) mais il correspond au taux d'APD effectué sur l'année 2012 au sein de cette maternité, 89.16 % [35].

Par ailleurs, nous avons demandé aux patientes les motivations qui les poussaient à vouloir accoucher avec ou sans analgésie. Nos résultats montrent que les motivations énumérées étaient plus nombreuses dans le groupe « avec péridurale » que dans le groupe « sans péridurale », ce qui concorde avec le fait que les femmes souhaitent majoritairement accoucher avec une analgésie.

Tableau XVI : Motivations communes à notre étude et à l'étude de N. SEJOURNE et S. CALLAHAN de 2009 [38]

<i>Arguments en faveur d'une APD</i>	<i>Arguments en défaveur d'une APD</i>
Douleur/ pas d'intérêt de s'en passer/ peur de souffrir	Souhait d'un accouchement naturel
Profiter pleinement de l'accouchement/ garder un bon souvenir/ Peur de ressentir l'expulsion	Souhait de tout ressentir
Profiter de cette technique moderne/confort/ prévention d'un travail long	Peur de la piqûre/ des effets secondaires
Permettre au conjoint de profiter de l'accouchement en ne supportant pas la douleur de sa femme	
Pouvoir se concentrer sur le bébé	
Aspect rassurant	

Le tableau XVI nous montre que la plupart des motivations évoquées par les participantes à notre enquête sont les mêmes que celles énumérées par l'étude de la région toulousaine [37].

Notre enquête a divulgué trois autres motivations en faveur de l'APD : « la prévention des sutures et extractions », « l'avis/influence des proches », et « l'inconnu du 1^{er} accouchement » (dû au fait que notre échantillon était exclusivement constitué de primipares). Ces arguments révèlent une appréhension, une crainte de la douleur pouvant être engendrée par la médicalisation (extraction instrumentale, épisiotomie). Est également démontré l'influence de notre société occidentale, aujourd'hui anti-doloriste et dans laquelle les femmes désireuses d'accoucher sans APD sont considérées comme arriérées, folles ou masochistes [30].

Pour ce qui est des motivations pour accoucher sans APD, notre étude a rapporté en plus « l'idée d'une injection chimique » et « le souhait de connaître ses limites personnelles ». On retrouve ici la notion de peur de la médicalisation. Une autre notion apparaît également : celle de la fierté ; le souhait de « maîtriser son corps dans un événement médicalisé », ce qui serait une « prouesse personnelle très valorisante » [13]. Il est ainsi possible que ces femmes souhaitent poser un autre regard sur elles-mêmes, une estime de soi grandie par cette expérience.

Aussi, les femmes ayant recours à l'APD alors que ce n'était pas leur projet initial (14,3 % dans notre étude soit 13 femmes) pour causes de douleur (n=9) ou de fatigue (n=4) sont susceptibles d'éprouver une forte culpabilité et une grande dépréciation d'elles-mêmes. Il est donc primordial pour la sage-femme de valoriser ces patientes et de les déculpabiliser.

Parmi ces 13 femmes, 3 avaient également évoqué le fait qu'elles avaient subi un faux travail ou une dystocie de démarrage d'une durée supérieure à 24 heures. Cet argument reprend également la notion de douleur et surtout de fatigue.

Une patiente mentionnait le souhait d'être plus sereine pour les efforts expulsifs, argument qui rejoint également la notion de douleurs [Tableau III].

Remarquons que ces patientes n'avaient pas traduit d'influence de la part du personnel de santé contrairement à ce que je pensais. En effet, mon ressenti à ce sujet rejoignait l'ouvrage de Béatrice Jacques, qui explicite le fait que parfois les sages-femmes orientent le choix des parturientes vers l'analgésie, pour des raisons d'organisation du service grâce à la gestion du temps par la direction du travail ou sécuritaires.

Cette influence peut se faire par certaines « tactiques » : « *on perce la poche des eaux ou on pousse un peu le synto ; les femmes ont tellement mal qu'elles demandent la péridurale* » [13].

D'un autre côté, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il est culpabilisant pour les sages-femmes de laisser une parturiente souffrir sans lui proposer le recours à l'APD, remède idéal, sachant qu'il est très facile d'y avoir recours de nos jours.

Cependant, tous ces arguments apportés par les femmes nous amènent à nous demander si l'accompagnement était maximal pour permettre à ces femmes d'accomplir leur désir d'accoucher sans APD.

2.3. Vécu de l'accouchement

Notons que nous n'avons pas retrouvé de lien entre le fait de vouloir une APD ou pas avant l'accouchement et le vécu de ce dernier.

Nos résultats ont démontré que le vécu était qualifié de « très bon » pour la majorité des participantes (72,5 %, n=66), et la note moyenne attribuée au vécu de l'accouchement était de 8, ce qui est plutôt encourageant. Néanmoins, 25,3 % des participantes ne l'ont qualifié que de « moyennement bon », ce qui n'est pas négligeable.

Ceci montre qu'il y a encore quelques efforts à fournir pour améliorer ce moment qu'est la mise au monde d'un enfant. Pour cela nous avons analysé différentes modalités relatives à l'accouchement.

2.3.1. Mobilisation pendant le travail

Nous avons mis en évidence que 37,5 % des patientes ne s'étaient pas mobilisées. Or les résultats nous montrent que le vécu de l'accouchement était statistiquement meilleur lorsque les patientes s'étaient mobilisées. Il est donc important qu'un nombre plus important de sages-femmes incitent les femmes à le faire dans la mesure du possible [Figure 9].

De plus, le pourcentage de femmes ayant éprouvé des difficultés à se mouvoir est assez conséquent (17,1 %) mais, celles-ci s'étant tout de même mobilisées, leur satisfaction était bonne.

Par ailleurs, près d'un tiers des patientes aurait aimé avoir accès à d'autres moyens de mobilisation, tels que le ballon, la déambulation, l'accès à des positions différentes, ou encore la baignoire de dilatation. Aussi, l'APD déambulatoire couplée à la télémétrie permettrait à ces femmes d'accéder à ces divers moyens, tout en délimitant un espace de déambulation afin de pouvoir obtenir un enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF) correct. En outre, la télémétrie étant dotée de capteurs étanches, celle-ci permettrait aux parturientes de soulager leur douleur et de se décontracter dans l'eau chaude.

Tous ces éléments concordent avec le souhait de plus en plus grandissant des femmes françaises à retrouver un accouchement le plus naturel possible.

Sur 82 femmes ayant participé à l'enquête, 52 déclaraient leur satisfaction très bonne quant à la mobilisation, soit 63,4 %. Ce résultat n'est que moyennement correct car signifie qu'une proportion importante de femmes, n'avait été que « moyennement » voire « peu » satisfaite. Cependant, résultat encourageant, aucune femme ne l'a qualifié de « pas du tout satisfaisante » [Figure 12].

Notons que 6 femmes avaient déclaré avoir envie de se mouvoir mais ne l'avaient pas fait. Parmi elles, 1 seule femme avait qualifié sa mobilisation de « peu satisfaisante », les 5 autres l'ont tout de même qualifiée de « moyennement satisfaisante ».

Enfin, un lien avait été mis en évidence entre le fait d'être satisfait de sa mobilisation et la note donnée au vécu de l'accouchement. Effectivement, plus les femmes étaient satisfaites de leur mobilisation, plus la note donnée au vécu de l'accouchement était élevée.

2.3.2. Contractions utérines

Notre enquête a montré que 95 % des femmes avaient perçu les contractions utérines, ce qui est satisfaisant car le but de l'analgésie péridurale est, rappelons-le, d'abolir ou de diminuer la sensibilité douloureuse des contractions tout en conservant les sensations corporelles [15].

55 % de ces femmes avaient considéré ces contractions douloureuses, mais la note moyenne donnée pour cette douleur était 3,9, ce qui correspond à la limite entre les classes « légère douleur » (notes 1 à 3) et « douleur modérée » (notes 4 à 6) sur l'échelle utilisée.

Seules 26,4 % des participantes étaient « très satisfaite » de la manière dont elles ont perçu les contractions. La majorité était « moyennement satisfaite » (58,2 %).

Un lien avait été mis en évidence : plus les patientes donnaient une note élevée à leur douleur alors que l'APD était en place, moins elles étaient satisfaites de la perception des CU.

Remarquons tout de même que sur 9 femmes ayant qualifié leur douleur de « intense » (note entre 7 et 9), 3 avaient jugé cette perception « très satisfaisante », et 6 l'avaient jugée « moyennement satisfaisante ». De même, une patiente avait donné la note 10 à l'intensité de sa douleur (insupportable) et avait jugé la perception des CU comme « moyennement satisfaisante ». Pour ces femmes, la péridurale avait été posée en phase terminale du travail.

Ainsi, nous avons montré que plus la satisfaction de la perception des CU était grande, meilleur était le vécu de l'accouchement, et plus l'intensité douloureuse était faible, meilleur était le vécu également. D'où la nécessité d'une APD efficace, anéantissant la douleur tout en conservant la perception des CU. Ceci illustre le souhait des femmes d'être en phase active avec le ressenti de l'activité utérine, avec leur accouchement, et non passive.

2.3.3. Efforts expulsifs

2.3.3.1. Perception de la progression foetale dans la filière génitale

Un pourcentage trop important de femmes, 41,8 %, n'avait pas ressenti la progression fœtale au cours de l'accouchement sous APD. Seule 1 de ces femmes avait déclarée en être très satisfaite. Les autres étaient en majorité peu satisfaites (17 femmes sur 38). 4 patientes n'étaient pas du tout satisfaites.

5 femmes ne savaient pas si elles avaient ressenti cette progression. 4 n'étaient que peu satisfaites de cela.

Ainsi un lien important a été démontré entre le fait de ressentir la progression de son bébé lors de l'accouchement et le bon vécu de celui-ci ce qui justifie une fois de plus le désir des femmes d'être actrices de leur accouchement.

2.3.3.2. Vécu selon la position adoptée pour les efforts expulsifs

Notre étude nous a révélé que la majorité des patientes accouchent en position gynécologique au CHU Estaing. Parmi ces femmes, 8 auraient aimé accoucher dans une position différente dont 3 qui auraient aimé mettre leur enfant au monde en position accroupie et 1 debout.

Aucune des participantes n'avait accouché en étant positionnée sur le côté.

Aucun lien n'a été démontré entre le fait d'accoucher dans une position non gynécologique et le vécu de l'accouchement. Cependant, seules 5 patientes avaient accouché différemment de la position gynécologique classique.

Notre étude manque donc de puissance pour cet élément mais nous remarquons tout de même que la note attribuée pour le vécu de l'accouchement était en moyenne plus élevée pour les 4 femmes ayant accouché en position assise.

Aussi, il serait intéressant d'analyser le vécu de l'accouchement selon les positions adoptées pour les efforts expulsifs avec des effectifs plus importants.

2.3.3.3. Accompagnement du bébé dans sa naissance

La majorité des patientes, 72,5 % (n=66), avait eu la sensation d'être efficace lors des efforts expulsifs, ce qui est positif.

Néanmoins, une proportion non négligeable de femmes a au contraire eu la sensation d'être inefficace, 15,4 %.

En outre, 12,1 % n'avait pas su dire si oui ou non leurs efforts de poussée avaient été efficaces.

On peut imaginer qu'une primipare ne sait pas ce qu'elle doit ressentir exactement, et l'analgésie freine parfois, nous l'avons vu, les sensations du travail et de l'expulsion. De plus, la solitude des femmes en salle d'accouchement en comparaison au temps où elles accouchaient entourées de femmes déjà mères voire grand-mères, est telle que personne ne peut la rassurer ou lui expliquer ce qu'elle doit ressentir à part la sage-femme. En effet, la présence du mari est indispensable, mais il n'est pas apte à rassurer la future maman sur les sensations qu'elle a. Ainsi, il me paraît important de souligner le rôle d'accompagnement et de soutien psychologique de la sage-femme en encourageant et valorisant les parturientes.

De la même manière, une proportion identique de femmes avait déclaré ne pas avoir eu d'efforts expulsifs de longue durée, 71,4 % (n=65), ce qui correspond à leur sensation d'efficacité [Figure 19].

Il n'en va pas de même concernant la sensation d'avoir accompagné le bébé dans sa naissance. En effet, contre 66 participantes déclarant avoir été efficace lors des efforts expulsifs, seules 39 femmes déclaraient avoir accompagné « complètement » leur enfant.

Heureusement, 35 femmes avaient tout de même eu la sensation d'avoir suffisamment accompagné leur bébé.

Notons que 7 des 11 patientes qui ne savaient pas si elles avaient été efficaces lors des efforts expulsifs avaient déclaré leur accompagnement du bébé « complet » ou « suffisant ».

En revanche, 14 participantes déclaraient ne pas avoir accompagné suffisamment leur enfant. Ce qui correspond à la proportion de femmes ayant eu la sensation d'être

inefficace lors de l'expulsion. Néanmoins, 5 patientes ayant déclaré ne pas avoir eu la sensation d'être efficace pour l'expulsion avait tout de même déclaré avoir accompagné suffisamment leur enfant dans la naissance.

3 patientes avaient déclaré ne pas avoir du tout accompagné la naissance de leur enfant, et leur vécu de l'accouchement était significativement moins bon. Celles-ci avaient toutes subi une épisiotomie, une d'entre elle avait subi en plus une extraction fœtale par ventouse, et une autre avait dû subir l'utilisation d'une ventouse et de forceps. Il est donc tout à fait logique que ces femmes soient frustrées de ne pas avoir pu accompagner leur bébé comme elles l'auraient souhaité.

De ce fait, plus les femmes accompagnent leur bébé dans sa mise au monde, meilleur est le vécu de l'accouchement. Nous retrouvons donc de nouveau la notion de participer de façon active à son accouchement.

2.3.3.4. Nécessité d'une aide technique ou survenue d'une déchirure lors de l'expulsion

Un tiers des patientes de notre échantillon avait subi une épisiotomie, soit 35,2 %. Ce qui correspond à 1,25 fois moins que les primipares de la population primipare française selon l'enquête périnatale 2010 [35].

Ainsi, la pratique de l'épisiotomie au sein du CHU Estaing est proche des Recommandations pour la pratique clinique de 2005 qui recommandent la diminution du taux d'épisiotomies en dessous de 30 % [38].

Concernant l'utilisation de la ventouse, dans la population prise pour référence elle était évaluée à 5,3 % tandis que dans notre étude le taux d'utilisation était de 22 %. Il est bien supérieur à celui de la population générale [35].

Rappelons que notre étude incluait uniquement des primipares.

Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que la ventouse est utilisée plus fréquemment chez les primipares que chez les multipares, et que cette utilisation est fonction des habitudes du service. Il aurait été intéressant de comparer son utilisation avec les RCF et la durée des efforts expulsifs, ce que ne nous permet pas notre étude.

En ce qui concerne le vécu de l'accouchement, nous avons établi un lien entre la nécessité d'une aide technique pour l'expulsion de l'enfant et un moins bon vécu. Dans l'ordre décroissant des notes moyennes attribuées par les patientes, nous retrouvons l'utilisation de l'épisiotomie, puis l'utilisation d'un instrument d'extraction. Par ailleurs, un lien entre le nombre d'aides techniques nécessaires et le vécu de l'accouchement a également été établi. Ainsi, à l'association de l'épisiotomie et/ou d'une extraction instrumentale est attribuée une note moyenne de vécu égale à 5,25 avec un écart type de 1,8.

2.3.4. Temps passé par la Sage-femme auprès des patientes

Seulement 5 femmes de notre étude avaient estimé que la Sage-femme n'avait pas été suffisamment présente et/ou insuffisamment à l'écoute.

Le vécu de l'accouchement était moins bon pour ces patientes-là avec une note moyenne qui chutait de 2 points par rapport aux autres femmes.

Le rôle de la sage-femme auprès de la parturiente semble donc fondamental. En effet, autrefois et encore actuellement dans certaines cultures, une présence féminine constante existe ce qui permet d'obtenir cet accompagnement dont les femmes semblent avoir tant besoin encore aujourd'hui même dans notre société occidentale.

2.3.5. Médicalisation de l'accouchement

La majorité des participantes à l'étude avaient qualifié leur accouchement de « suffisamment naturel ». Celui-ci avait été qualifié de « très naturel » à 20,9 %.

Parmi les femmes ayant expliqué pourquoi leur accouchement était ressenti comme naturel :

- la majorité avait déclaré que c'était parce qu'elles avaient ressenti de la douleur. 8 d'entre elles avaient choisi de bénéficier de l'APD lorsque la dilatation cervicale avait atteint 5, 7, 8, ou 10 cm et avaient ainsi pu ressentir la totalité de l'accouchement ainsi qu'une intensité de douleur moyenne.
- La deuxième raison notable, évoquée par 6 femmes, était le fait de ne pas avoir subi ni d'extraction instrumentale ni d'épisiotomie, ni de césarienne.

Concernant celles ayant qualifié leur accouchement de « trop médicalisé » (n=5) :

- 4 expliquaient que la médicalisation était due au fait de ne pas pouvoir bouger car elles étaient « *trop branchées* » à cause de l'analgésie, et au fait d'avoir reçu une perfusion d'ocytocines.
- pour une autre, la médicalisation était imputable à la nécessité de l'épisiotomie et de l'utilisation des forceps.

Parmi les 12 participantes déclarant leur accouchement « insuffisamment naturel », 5 avaient été privées de toute sensation et s'étaient donc senties trop dépendantes de la sage-femme qui devait diriger les efforts expulsifs.

Enfin, nous avons mis en évidence un lien entre le fait de trouver son accouchement naturel et le vécu de ce dernier : plus l'accouchement était ressenti « naturel », meilleur était le vécu.

2.4. Conformité aux attentes

L'enquête a révélé que 79,1 % des femmes avaient jugé leur accouchement en conformité avec leurs attentes.

Parmi celles-ci :

- 5 avaient qualifié leur accouchement de « pas suffisamment naturel ».
- 1 avait jugé son accouchement « trop médicalisé ».

Aussi, l'argument de conformité ou de non conformité principalement évoqué par les participantes était l'accompagnement par l'équipe soignante.

En effet, 42 % déclaraient leur accouchement conforme à leurs attentes car le personnel avait fait preuve d'un très bon accompagnement.

A contrario, 19 % des patientes ayant déclaré leur accouchement non conforme à leurs attentes déploraient le faible accompagnement du personnel. Toutefois, cette proportion représentait seulement 3 patientes. Donc dans l'ensemble, le personnel soignant de la maternité Estaing a su faire preuve d'un bon accompagnement pour les parturientes.

Concernant les suggestions faites, un peu plus de dialogue avec le personnel concernant la PNP effectuée ainsi que plus de mobilisation et un dosage plus faible d'analgésie seraient désirés par 5 des patientes dont l'accouchement n'était pas conforme aux attentes. Malheureusement, nous n'avons pas recueilli plus de suggestions.

Enfin, nous n'avons pas retrouvé de lien entre le fait de vouloir d'emblée bénéficier de l'APD et la conformité aux attentes des femmes. Donc, ce n'est pas parce que les patientes ne souhaitent pas accoucher sous APD à priori que leur accouchement ne s'est pas déroulé comme elles l'imaginaient.

2.5. Futur accouchement

85,6 % des patientes interrogées souhaiteraient de nouveau bénéficier de l'analgésie péridurale pour un éventuel futur accouchement.

Ce pourcentage est identique à celui des femmes souhaitant d'emblée en bénéficier pour cet accouchement-ci (85,7 %), mais ce ne sont pourtant pas les mêmes patientes.

En effet :

- 1 seule femme déclarait ne pas vouloir bénéficier à nouveau de l'APD alors qu'elle était plutôt en faveur de celle-ci pour cet accouchement.
- 8 femmes ne savaient pas si elles y auraient recours de nouveau alors qu'elles souhaitaient absolument en bénéficier cette fois-ci.

Ces femmes ne nous avaient malheureusement pas explicitement renseignées sur les raisons de leur choix.

En outre, la figure 27 nous a permis de mettre en évidence que les femmes qui ne souhaitaient pas à priori l'APD pour cette accouchement-ci auraient plus tendance à la vouloir pour un prochain accouchement par rapport aux femmes qui la souhaitaient d'emblée cette fois-ci.

Concernant les raisons d'un nouveau choix d'analgésie pour un futur accouchement, comme nous pouvions nous y attendre, le principal argument avancé était la douleur difficile à supporter et à gérer, 62 % soit 40 femmes (68 femmes évoquaient cet argument au début notre étude). Suivait la fatigue à 18 % [Figure 28], étroitement liée à la douleur ressentie.

Finalement, notre étude nous a permis d'atteindre nos objectifs et il s'avère que le recours à l'APD est souvent demandé et ce désir est réitéré pour un nouvel accouchement. Par conséquent, il serait peut-être bon de se demander comment améliorer la prise en charge des femmes ne souhaitant pas d'APD. Cependant, il serait aussi de bon ton de penser à une prise en charge de celles ayant recours à l'APD mais qui n'en sont pas forcément satisfaites. C'est ainsi que nous avons orienté notre projet d'action.

3. Projet d'action

3.1. Améliorer la prise en charge de l'accouchement sans APD

3.1.1. Rôle des sages-femmes

Afin d'aider ces patientes à concrétiser leur projet, il serait intéressant de les préparer encore mieux pendant les cours de PNP, peut être en essayant de constituer des groupes composés uniquement de patientes souhaitant accoucher sans APD, bien qu'à l'hôpital, il semble difficile d'établir ce genre de projet. L'incitation à la participation aux cours de PNP serait adaptée dans le but qu'un plus grand nombre de femmes y accèdent.

Une aide homéopathique pour faciliter le travail d'accouchement pourrait également être prescrite.

De plus, en salle de naissance, proposer à ces femmes des moyens pour essayer de faciliter le travail, tels que l'acupuncture pour faciliter la dilatation du col, ou l'utilisation de la baignoire de dilatation pour aider à supporter les douleurs et favoriser la détente des parturientes serait bénéfique.

De même, il paraît nécessaire d'apporter aux femmes cette mobilisation dont elles semblent avoir tant besoin afin de leur apporter un meilleur souvenir de ce moment si particulier et si fort de leur vie. Des moyens sont à disposition au CHU Estaing (ballons de grossesse, chaise multitrack) et pourraient être davantage utilisés grâce à des enregistrements cardiotocographiques intermittents, ou bien en instaurant une télémétrie au sein du service. Notons que les capteurs de la télémétrie étant étanche, le recours à la baignoire de dilatation est possible même sous monitoring.

Nous voyons bien ici le rôle primordial de la sage-femme auprès des patientes. En effet, devenue de plus en plus technique et médicale au fil des ans et des progrès scientifiques, il serait bon de se réapproprié le rôle primordial d'accompagnement, d'écoute et de soutien pour les femmes. En effet, ces dernières ne devraient pas ressentir le besoin de faire appel à des doulas. Ce réseau d' « *accompagnantes de la grossesse et*

de la naissance » n'aurait jamais dû voir le jour, ce rôle appartenant pleinement aux sages-femmes.

Bien évidemment, tout ceci nécessiterait une plus grande disponibilité de la sage-femme, avec dans l'idéal, une sage-femme pour une seule femme.

3.1.2. Rôle des aides-soignants/auxiliaires de puériculture

Les aides-soignants/auxiliaires de puériculture (AS/AP) ont également un rôle nécessaire auprès des femmes. En effet, ceux-ci doivent apporter un confort adéquat aux parturientes. Or le confort est à la fois physique et psychologique.

Ainsi, un travail en binôme avec la sage-femme permettrait aux parturientes d'être encore plus épaulées et conseillées.

3.1.3. Rôle des obstétriciens

Le rôle de l'obstétricien est également indispensable, en agissant en collaboration avec la sage-femme lorsque la situation le nécessite, si une complication obstétricale est suspectée ou avérée. Il est nécessaire que celui-ci soit rassurant, en explicitant son intervention et l'éventuelle prise en charge qui suivra tout en rassurant au mieux la patiente.

3.1.4. Rôle de l'encadrement

Des adaptations du service afin de faciliter la concrétisation du projet des patientes pourraient être envisagée :

- l'évaluation des attentes des femmes,
- la création d'un plus grand nombre de créneaux de PNP pour en faciliter l'accès aux femmes,
- la diversification de ceux-ci en proposant des formations aux sages-femmes,
- la mise en place d'un espace « physiologique »,
- l'ouverture d'un plateau technique auxquels les sages-femmes libérales pourraient avoir accès afin que leur patientes bénéficient d'un suivi global,
- la création d'une maison de naissance attenante à la maternité.

Si malgré tout cela, la douleur est insoutenable ou en cas de survenue de complication(s), l'APD est souhaitée par la parturiente ou est préférable, alors nous pouvons peut-être proposer une prise en charge adéquate.

3.2. Améliorer la prise en charge des femmes sous APD

Si une patiente bénéficie de l'APD, elle nécessite tout de même une grande disponibilité de la part de la sage-femme. Cette dernière doit donc être en mesure de s'adapter à la demande (explicite ou muette) des femmes. Elle doit savoir s'adapter et être de bons conseils en toute situation. Il est également important de valoriser ces femmes qui n'ont pas réussi à concrétiser leur projet, que ce soit pour raison médicale ou pour raison de douleur trop intense. Nous soulignons ainsi l'importance de l'équipe pluridisciplinaire : binôme AS/AP – sage-femme, anesthésiste, et obstétricien. En effet, il est très important de ne pas laisser s'installer un sentiment de mésestime de soi ou de culpabilité, les conséquences psychologiques pour la femme et pour l'établissement du lien mère-enfant pouvant être importante par la suite.

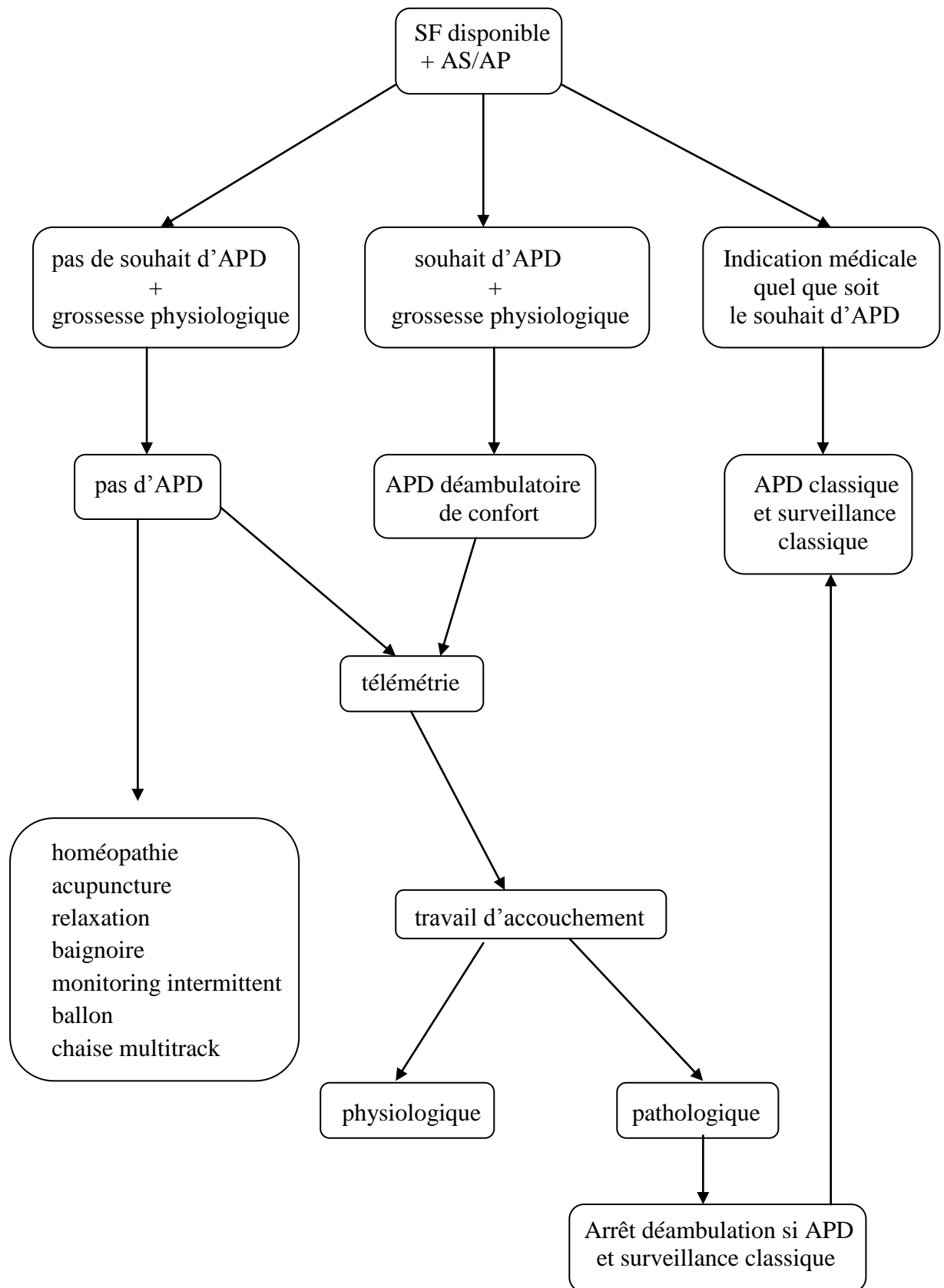
En outre, l'instauration au CHU Estaing, avec l'accord des anesthésistes et des gynécologues-obstétriciens, de l'APD déambulatoire, permettant aux femmes de se mouvoir à leur guise, serait un réel intérêt afin d'améliorer le vécu de l'accouchement pour ces parturientes. L'usage de la surveillance fœtale par télémétrie serait alors de mise.

Nous remarquons ici le rôle important de l'anesthésiste dans la prise en charge de la douleur et dans le soutien des femmes qui pourraient culpabiliser ou se sentir faible en faisant le choix de bénéficier de l'APD.

En conclusion, la prise en charge des parturientes doit être globale – psychologique et médicale – et pluridisciplinaire.

Nous avons alors imaginé un diagramme décisionnel pour cette prise en charge des femmes en travail.

Diagramme décisionnel pour la prise en charge des parturientes



Conclusion

Notre étude a permis de mettre en évidence qu'une proportion non négligeable de femmes aimerait accoucher sans avoir recours à l'analgésie péridurale mais y renonce le moment venu (14,3 % de l'échantillon) pour cause de douleur trop intense ou de trop longue durée engendrant une forte fatigue.

D'après les résultats, le vécu de l'accouchement n'était pourtant pas influencé par le fait de vouloir ou non bénéficier d'une analgésie au départ, contrairement à ce qu'on aurait pu pensé.

Cette étude démontre aussi la difficulté à évaluer la satisfaction ou le vécu des patientes. En effet, la subjectivité est telle que chaque femme a une perception différente pour une même épreuve. De la même manière, beaucoup de femmes semblent souhaiter un accouchement « naturel », mais nos résultats prouvent que chaque femme a sa propre définition de l'accouchement dit « naturel ».

Cependant, le vécu paraît particulièrement meilleur s'il est possible pour la patiente de se mouvoir.

Aussi, un degré moindre de médicalisation ainsi qu'un temps d'accompagnement, de présence, d'écoute et d'échange suffisamment long de la part de la sage-femme et des autres personnes de l'équipe soignante semblent concourir à un meilleur vécu.

Il serait intéressant de faire une étude concernant les différentes positions adoptées pour les efforts expulsifs et le vécu de l'accouchement puisqu'un nombre croissant de femmes demande la possibilité d'accoucher d'une manière autre qu'en position gynécologique.

En conclusion ce travail m'a permis de me recentrer sur le rôle de la sage-femme dans toute son ampleur : rôle médical avec la surveillance materno-fœtale et rôle d'accompagnant avec la capacité d'adaptation aux besoins et aux désirs des couples ainsi que la nécessité d'une grande disponibilité.

Il m'a également permis de me rappeler la nécessité d'un travail en équipe avec les AS/AP, anesthésistes et obstétriciens afin que le vécu d'un accouchement soit le meilleur possible, tant sur le plan médical que sur le plan psychologique.

Je mettrai donc un point d'honneur à assurer mon rôle de sage-femme à part entière dans ma future profession, en gardant à l'esprit ces quelques témoignages :

✚ « *Je regrette juste de ne pas avoir pu utiliser de ballon. »*

Parturiente primipare de 28 ans

✚ « *Quand on demande le péridurale, on ne peut plus bouger du lit, reliée par des fils de partout »*

Parturiente primipare de 30 ans

✚ « *J'aurai souhaité être moins branchée de partout. J'ai mal supporté les prises de tension trop fréquentes. »*

Parturiente primipare de 26 ans

✚ « *J'aurai préféré bénéficier seulement des conseils et de l'expérience d'une sage-femme »*

Parturiente primipare de 30 ans

✚ « *Merci à l'étudiante sage-femme d'avoir pris du temps pour me masser et faire baisser la douleur des contractions à gauche. Elle a été attentive, compréhensive et patiente. Merci à tout le reste de l'équipe pour leur encadrement, conseil, professionnalisme. »*

Parturiente primipare de 32 ans

✚ « *Je n'ai pas eu recours trop tôt à la péridurale et j'ai pu mettre en œuvre ce que j'avais appris lors de la préparation (exercices et respiration). J'avais toutes les sensations nécessaires et l'encadrement de la sage-femme était bien supérieur à la péridurale, je l'en ai même oubliée. »*

Parturiente primipare de 30 ans

Références

- [1] Belghiti E, Bahno M, Maneglia R, Cousin MTh. Analyse d'un questionnaire prospectif chez 100 femmes ayant accouché sous analgésie péridurale. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1991 ; 20 : 273-8.
- [2] Teissiere E, Suarez B. Naître, de l'idéal de l'accouchement à la réalité de la naissance. Sauramps médical. Montpellier : 2008.
- [3] Thurel C. Naissance de l'anesthésie : Histoire d'un accouchement dans la douleur. *Douleurs : Evaluation – Diagnostique – Traitement* 2007 ; 8(4) : 256-60.
- [4] Coron-Leulliez M, George J. L'accouchement sans douleurs. Histoire d'une révolution oubliée. Editions de l'Atelier, Paris : 2004. p.20, 41, 134-6, 139, 200.
- [5] Crowhurst JA, Plaat F. Labor analgesia for the 21st century. *Seminars in anesthesia. Perioperative Medicine and Pain* 2000 ; 19(3) : 164-70.
- [6] Silva M, Halpern SH. Epidural analgesia for labor : current techniques. *Local and Regional Anesthesia* 2010 ; 3 : 143-53.
- [7] Cuvelier F. La naissance : une revolution ! [dvd]. Compagnie des phares et balises ; 2011.
- [8] Michaels PA. Comrades in the Labor Room : The Lamaze Method of Childbirth Preparation and France's Cold War Home Front, 1951-1957. *The American Historical Review* 2010 [consulté le 04/08/2012]. à partir de : URL : <http://ahr.oxfordjournals.org/content/115/4/1031.full>.
- [9] Michaels PA. Childbirth pain relief and the soviet origins of the Lamaze Method [consulté le 04/08/2012]. Disponible à partir de : URL : http://www.ucis.pitt.edu/nceer/2007_821-10g_Michaels.pdf.
- [10] Frydman R, Szejer M. La naissance : histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui. Albin Michel. Paris ; 2010. p.787-8.
- [11] Revault D'Allones C. Le mal joli. Union générale d'éditions. Paris ; 2004. p.35.
- [12] Knibiehler Y. Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXème siècle. Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique. Rennes ; 2007. p.38-9.

- [13] Jacques B. Sociologie de l'accouchement. Edition Presses Universitaires de France. Paris ; 2007. p.124-7.
- [14] Haute Autorité de Santé. HAS – Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité. 2005 [consulté le 18/08/2012]. Disponible à partir de: URL : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite?xtmc=&xtr=2.
- [15] Wainsten JP, Bourrillon A, Cabanis A, Chapuis Y, Collectif. Le larousse médical. Larousse. Paris ; 2009. p.43, 726.
- [16] Soins-infirmiers.com. Modules-Cours – Anesthésiologie – Les techniques d'anesthésies – Anesthésie péridurale [consulté le 17/03/2013]. Disponible à partir de : URL : http://www.soins-infirmiers.com/anesthesie.php#anesthesie_peridurale.
- [17] Lansac J, Descamps P, Oury JF. Pratique de l'accouchement. 5ème éd. Elsevier Masson. Paris ; 2011. p.176.
- [18] Blondel B, Breart G, Du Mazaurbrun Ch, Badeyan G, Wcislo M, Lordier A et al. La situation périnatale en France en 1995. Evolution entre 1981 et 1995. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1997 ; 26 : 770-80.
- [19] Blondel B, Supernant K, Du Mazaubrun Ch, Bréart G. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2003. Résultats des Enquêtes Nationales Périnatales. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006 ; 35 (4) : 373-87.
- [20] Blondel B, Lelonga N, Kermarrec M, Goffineta F. La santé périnatale ne France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des Enquêtes Nationales Périnatales. Gynecol Obstet Biol Reprod 2012 ; 41 (2) : 151-66.
- [21] Tesnière A, Rackelbomm T, Mignon A. Fondamentaux de l'analgésie et de l'anesthésie en obstétrique. Anesthésie-Réanimation 2012 ; 9 (3) [consulté le 15/08/2012] Disponible à partir de : URL : http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/showarticlefile/708709/36-32169_plus.pdf.
- [22] Grond S, Meuser T, Stute P, Gohring UJ. Epidural analgesia for labour pain : A review of availability, current practices and influence on labour. Acute Pain 2000 ; 3 (1) : 33-45.

- [23] Hawkins JL, Gibbs CP, Orleans M, Martin-Salvaj G, Beaty B. Obstetric Anesthesia Work Force Survey, 1981 versus 1992. *Anesthesiology* 1997 ; 87 (1) : 135-43 [consulté le 15/08/2012]. Disponible à partir de : URL : http://journals.lww.com/anesthesiology/Fulltext/1997/07000/Anesthesia_related_Deaths_during_Obstetric.18.aspx.
- [24] Hawkins JL, Bucklin BA, Anderson JR, Ullrich FA. Obstetric Anesthesia Workforce Survey : Twenty-year Update. *Anesthesiology* 2005 ; 103 (3) : 645-53 [consulté le 15/08/2012]. Disponible à partir de : URL : http://journals.lww.com/anesthesiology/Fulltext/2005/09000/Analgesia_for_LabLa_Pain__A_Cost_Model.30.aspx.
- [25] Keane RM, Chan A, Scott J, Nguyen AM. Pregnancy Outcome in South Australia 2001. Adelaïde : Pregnancy Outcome Unit, South Australian Department of Health 2002 [consulté le 19/08/2012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.health.sa.gov.au/pehs/PDF-files/pregnancy-outcome-report01.pdf>.
- [26] Scheil W, Scott J, Catcheside B, Sage L. Pregnancy Outcome in South Australia 2010. Adelaïde : Pregnancy Outcome Unit, SA Health, Government of South Australia 2012 [consulté le 19/08/2012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.health.sa.gov.au/pehs/PDF-files/12065.1-Pregnancy%20Outcomes%20Report.pdf>.
- [27] Collectif. Le petit larousse illustré 2010. Larousse. Paris ; 2009. p.917, 1058.
- [28] Godin C. Dictionnaire de philosophie. Editions du temps. Nantes ; 2004. p.1395.
- [29] Teurnier F. A propos des Doulas : le collège national des sages-femmes se réjouit du positionnement de l'Acaémie de médecine ! *La Revue Sage-Femme* 2008 ; 7 : 243-50.
- [30] Birman C. Au monde, ce qu'accoucher veut dire. Une sage-femme raconte... Editions de La Martinière. Saint-Amand-Montrond ; 2009. p.198-9, 281.
- [31] Ministère de la santé.. Site officiel Périnatalité – Accueil – Plans/Rapports – Plans périnataux – Plan périnatalité 2005-2007 –Plan périnatalité 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité » [consulté le 05/03/2013]. Disponible à partir de : URL : <http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/plansrapports/plans-perinataux/plan-perinatal-223-407.html>.

- [32] Collectif Inter Associatif Autour de la Naissance. CIANE – Collectif interassociatif autour de la naissance. Harcèlement judiciaire de la CPAM contre les accouchements en maison de naissance des femmes en zone frontalière. [consulté le 25/ 02/2013]. Disponible à partir de : URL : <http://ciane.net/blog/>.
- [33] DidierJean-Jouveau CS. Pour une naissance à visage humain. 2^{ème}. Jouvence. Saint Julien en Genevois ; 2007. p.41.
- [34] Bartoli L. Venir au monde, les rites de l'enfantement sur les cinq continents. Petite Bibliothèque Payot. Paris ; 2007. p.142-5.
- [35] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé – Périnatalité – Enquêtes nationales périnatales – Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 [consulté le 03/03/2013]. Disponible à partir de : URL : <http://www.sante.gouv.fr/enquete-nationale-perinatale-2010.html>.
- [36] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, Insee – Population – Naissance-Fécondité. Un premier enfant à 28 ans [consulté le 03/03/2013]. Disponible à partir de : URL : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1419.
- [37] Séjourné N, Callahan S. Les motivations des femmes pour accoucher avec ou sans analgésie péridurale. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2013 ; 42 (1) : 56-63.
- [38] Collène National des Gynécologues et Obstétriciens Français, CNGOF – Recommandations pour la Pratique Clinique et autres référentiels – Episiotomie (2005) [consulté le 03/03/2013]. Disponible à partir de : URL : <http://www.cngof.asso.fr/>.

Annexe

Questionnaire

Sarah DAVID

Etudiante Sage-femme 5^{ème} année

Clermont-Ferrand

Madame, Mademoiselle,

Etudiante Sage-femme en dernière année, je m'intéresse au vécu de votre accouchement avec péridurale dans le cadre de mon mémoire de fin d'études. En tant que future professionnelle, je m'interroge au sujet des impacts possibles de la péridurale (positifs ou négatifs) sur l'expérience de l'accouchement. Ce questionnaire me permettra, au travers de votre expérience et de votre ressenti pendant ce moment unique qu'est la mise au monde de votre enfant, de mieux vous comprendre et de mieux cerner vos attentes afin de mieux vous accompagner et vous soutenir dans vos choix.

J'ai donc besoin de votre collaboration pour mener à bien mon étude et par la suite, concrétiser vos souhaits lors de mon exercice professionnel. Vos réponses seront bien entendu anonymes. Pour vous le garantir, vous serez priée de bien vouloir refermer votre questionnaire dans l'enveloppe fournie avant de le remettre au personnel de la maternité.

Votre aide m'est précieuse et je vous remercie par avance du temps que vous accorderez à mon questionnaire.

Situation :

1. Quel âge avez-vous ? ans
2. De quelle origine êtes-vous ? Française Europe du Nord
 Bassin méditerranéen autre :
3. Quel est votre niveau d'études ? primaire collège
 bac études supérieures
4. Quelle est votre profession ?
 agricultrice artisan, commerçante, chef d'entreprise
 cadre, profession intellectuelle supérieure
 profession intermédiaire employée ouvrière
 sans activité professionnelle
(terme exact :))
5. Etes-vous mariée célibataire autre :
6. Vivez-vous seule en couple autre :

Avant le jour de l'accouchement :

1. Envisagiez-vous avoir recours à une péridurale ? oui non
 plutôt oui plutôt non
2. Quelle(s) était(ent) votre motivation(s) pour vouloir accoucher avec ou sans péridurale ?
.....
.....
.....
.....
.....
3. Si vous n'aviez pas envisagé la péridurale, pour quelle(s) raison(s) avez-vous changé d'avis le moment venu ?
.....
.....
.....
.....
4. Avez-vous fait de la préparation à la naissance et si oui, de quel type ?
 oui non
 classique
 sophrologie
 yoga
 haptonomie
 piscine
 autre :
5. Aviez-vous fait un projet de naissance ?
 oui non

Le jour de l'accouchement, une fois la péridurale en place :

6. En ce qui concerne la mobilisation, avez-vous eu envie ou besoin de vous mobiliser ?
 oui non
 ne sait pas

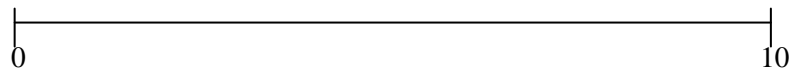
7. Vous a-t-on incitée à vous mobiliser pendant le travail d'accouchement ?
 oui non

8. L'avez-vous fait ?
 oui non

9. Avez-vous eu des difficultés pour le faire ?
 oui non

10. Auriez-vous aimé : marcher plus
 utiliser le ballon
 qu'on vous positionne différemment
 autre (précisez) :

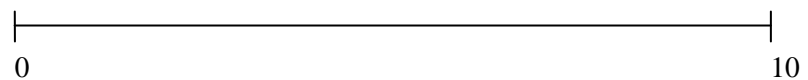
11. Sachant que 0 correspond à « pas du tout satisfait » et que 10 correspond à « totalement satisfait », sur l'échelle ci-dessous, indiquez par une croix votre niveau de satisfaction quant-à votre mobilisation pendant le travail 'accouchement :



12. En ce qui concerne les contractions, les perceviez-vous ?
 oui non

✚ Si oui, étaient-elles douloureuses ?
 oui non

Indiquez leur intensité de douleur par une croix sur l'échelle ci-dessous (0 = « pas du tout de douleur », 10 = « insupportable ») :



✚ Etes-vous satisfaite de la façon dont vous avez perçu vos contractions ?
 très plutôt peu pas du tout

Concernant la naissance elle-même, les efforts de poussée :

13. Avant de débiter la poussée, avez-vous ressenti la progression de votre bébé ?

oui non ne sait pas

En êtes-vous satisfaite ?

très plutôt peu pas du tout

14. Dans quelle position avez-vous accouché ?

sur le dos assise
 sur le côté autre :

15. Auriez-vous aimé accoucher autrement, si oui comment ?

oui : non

accroupie
 à 4 pattes
 assise
 sur le côté
 autre :

16. Avez-vous eu la sensation d'être efficace lors des poussées ?

oui non ne sait pas

17. Avez-vous poussé longtemps ?

oui non ne sait pas

18. Avez-vous eu la sensation d'accompagner votre bébé dans sa naissance :

complètement suffisamment pour moi
 pas suffisamment pour moi pas du tout

19. Avez-vous eu :

une épisiotomie une ventouse des forceps
 autre :

Globalement :

20. Si vous avez suivi des cours de préparation à la naissance, ceux-ci vous ont-ils été utiles pour votre accouchement ?

- avant la pose de la péridurale :

oui non ne sait pas

- une fois la péridurale en place :

oui non ne sait pas

21. Pensez-vous que la sage-femme ai passé suffisamment de temps auprès de vous ?

oui non

22. Votre accouchement vous a-t-il paru :

très naturel suffisamment naturel pour vous

pas suffisamment naturel pour vous trop médicalisé

pouvez-vous précisez ?

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

23. Votre accouchement était-il conforme à vos attentes ?

oui non

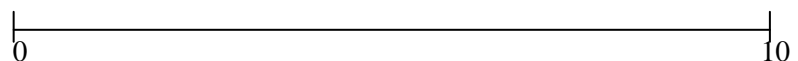
pourquoi ?

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

si non, que suggérez-vous ?

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

24. Sachant que 0 = « pas du tout satisfaite » et que 10 = « totalement satisfaite », indiquez par une croix sur l'échelle ci-dessous votre niveau de satisfaction générale concernant votre accouchement :



25. Pour un éventuel futur accouchement, souhaiteriez-vous avoir de nouveau recours à une analgésie péridurale ?

oui non ne sait pas

pourquoi ?

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

