



HAL
open science

La représentation de la douleur de l'accouchement

Élise Bouquet

► **To cite this version:**

Élise Bouquet. La représentation de la douleur de l'accouchement. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01365389

HAL Id: dumas-01365389

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01365389v1>

Submitted on 19 Jan 2017

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.

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
FILIERE MAIEUTIQUE

LA REPRESENTATION DE LA DOULEUR DE L'ACCOUCHEMENT

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme
Présenté et soutenu par
Elise BOUQUET
Sous la direction de
M. Cédric ROUTIER - Psychologue - Directeur de l'Unité HaDePas

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015-2016

Les remerciements :

À mon directeur de mémoire, Cédric ROUTIER, pour son aide précieuse, sa disponibilité et son implication,

À mon enseignante référente, Brigitte EMMERY, pour ses corrections attentives, ses conseils et son soutien.

Merci à Laurence FERRANT, sage-femme cadre, pour l'envoi des données utiles à mon mémoire.

Merci aux patientes pour leur gentillesse et leur temps consacré aux entretiens.

En particulier, merci à Matthias, mon papa, Francis pour leur contribution dans l'élaboration de mon mémoire. Merci infiniment...

Merci aussi à mon entourage, ma famille, mes amis pour leurs précieux conseils et pour leur soutien tout au long de mes études.

Table des matières

1. Introduction	2
2. Matériel et Méthode	8
3. Résultats	10
3. 1. Effectifs	10
3. 2. Analyse de Contenu Thématique (ACT)	10
3.2.1. Prénatal	11
3.2.2. Postnatal.....	15
4. Discussion	20
4. 1. Discussion méthodologique	20
4. 2. Analyse des résultats	20
4.2.1. Temps et gestion de la douleur	20
A. Préparation à la naissance et à la parentalité, accessoires, positions.....	20
B. Fonction perçue de la péridurale	21
C. Emotions ressenties	24
D. Environnement.....	24
E. Entourage (Conjoint / Equipe).....	25
4.2.2. Perception de la douleur.....	26
A. Craintes.....	26
B. Expérience personnelle	26
C. Intensité	26
D. Informations reçues	28
E. Entourage	28
4.2.3. Imaginaire (par rapport à l'accouchement).....	29
5. Conclusion	30
6. Bibliographie	33
Annexes	

1. Introduction

Nous connaissons tous le poids de la malédiction biblique dans le vécu des accouchements d'autrefois : " Tu enfanteras dans la douleur " dit la Genèse [1], faisant de chaque naissance l'expiation indéfiniment renouvelée de la faute de la première femme. Les parturientes d'autrefois ont totalement intégré le caractère inévitable et rédempteur des douleurs.

Depuis toujours, le vécu de la douleur dans l'accouchement est bien connu et la médecine a voulu soulager la parturiente : d'abord par des moyens traditionnels, puis à partir des années 1840 par l'anesthésie, ensuite dans les années 1950 par la mise au point de méthodes naturelles « d'accouchement sans douleur » (ASD) par le Docteur Fernand Lamaze [2] reposant sur une information détaillée aux femmes sur le fonctionnement de leur corps, les mécanismes de l'accouchement ainsi que sur quelques techniques corporelles permettant à la femme de conserver la maîtrise d'elle-même et de gérer la douleur en prévision de l'accouchement. Cette technique est basée sur la réappropriation du vécu de l'accouchement par les femmes [3]. Et enfin à partir des années 1970 l'analgésie péridurale a pris une grande place dans la prise en charge de la douleur de la parturition [4].

Mais qu'est-ce que la douleur ? Élément très important dans la vie de chacun d'entre nous. Sa définition est assez minimaliste: « la douleur est une sensation pénible, désagréable ressentie dans une partie du corps, mais aussi une douleur morale, sentiment pénible, affliction, souffrance morale. » d'après le dictionnaire Larousse 2016 [5].

Nous pouvons attirer l'attention aussi sur la composante multidimensionnelle de la douleur : sensorielle, affective, cognitive et comportementale. Selon Marilène Vuille [6], « En soi, la douleur ne serait pas un problème si elle n'était pas intimement liée à une tonalité émotionnelle et affective. C'est seulement lorsqu'elle est vécue à titre d'expérience psychique que la douleur est ressentie comme incommode. »

Il est vrai que la douleur est un phénomène complexe. C'est un signal d'alerte indispensable entraînant une action permettant le maintien de notre intégrité corporelle. Notre interprétation de ce signal, faite de l'intrication de notre culture, notre religion, de la société dans laquelle nous vivons et de l'univers familial, joue un rôle essentiel dans la façon dont nous le percevons. David Le Breton, anthropologue français affirme que : « La douleur est toujours prise entre les fils enchevêtrés d'une histoire personnelle. Entre mal de vivre et mal du corps, elle oscille, unissant l'un à l'autre de manière subtile et nécessaire, ou parfois de manière forte et cruelle. Aucune loi physiologique ne la fonde, en vérité, elle est multiple » [7].

Cependant, il nous faut avant tout distinguer la douleur aiguë relevant plutôt du rôle de signal d'alarme et de protection, de la douleur chronique qui dure au minimum 3 mois selon la définition de l'International association for the study of pain [8].

La douleur est présente au moment de la grossesse et de l'accouchement chez de nombreuses femmes. Il est classique d'admettre que l'accouchement provoque d'intenses douleurs et la grande majorité des femmes associent l'accouchement à un événement douloureux. Les principaux facteurs responsables des douleurs de l'accouchement sont [9] : « La dilatation du col, les contractions et la distension de l'utérus, la distension de la filière génitale et du périnée, l'étirement ou la compression des structures anatomiques avoisinantes comme le péritoine, la vessie, l'urètre, le rectum ou les racines du plexus lombosacré. »

Dans une étude multicentrique menée auprès de 2 700 parturientes, Bonica [10] recensait une douleur absente ou faible dans 15% des cas, une douleur modérée dans 35% des cas, et une douleur sévère à très sévère dans 50% des cas. Une autre étude finlandaise [11] portant sur 1 000 femmes est encore plus parlante : 80% des parturientes décrivaient leur douleur au cours de la première phase du travail comme sévère à intolérable avec des scores de 60 à 90 sur une échelle visuelle analogique (EVA) de 100.

Comme la plupart des phénomènes douloureux, les douleurs de l'accouchement sont empreintes d'une extrême variabilité. Elles diffèrent au cours même de l'accouchement, s'amplifiant de la phase de dilatation du col à celle d'expulsion et variant selon les parturientes.

Une douleur est d'autant plus difficile à traiter qu'elle a été mémorisée de manière prolongée. Maitriser la perception de la douleur, c'est avant tout comprendre l'histoire de la patiente et la maturité de sa conception de l'accouchement. L'analgésie péridurale seule ne peut en aucun cas suffire [8].

Dès la deuxième moitié des années 80, le thème de la douleur physique est devenu très présent dans les préoccupations des professionnels de santé. Un médecin, le Docteur Escoffier-Lambiotte [12] concluait ainsi son article paru dans *Le Monde* en 1985 par : « Il semble que tous les moyens sont réunis en 1985 pour que la douleur soit enfin considérée comme nocive, pour que son combat justifie de profonds changements, tant dans l'enseignement de la médecine que dans les comportements des soignants, et pour que les justes revendications de ceux qui souffrent indûment soient prises en considération. »

Quelques temps après, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé stipule que « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée » [13].

Conjointement les mentalités ont changé au fil des années, la péridurale s'est progressivement installée dans le contexte socioculturel français. Les parturientes étaient d'autant plus nombreuses à y avoir recours lorsqu'à la fin des années quatre-vingt, Simone Veil, en 1994 a étendu le remboursement par la Sécurité sociale de la péridurale à toutes les femmes qui désireraient en bénéficier, sans condition d'indication médicale. Ce décret s'inscrit dans la continuité du plan périnatalité de 1994 [14] dont l'une des priorités était de lutter contre les douleurs de l'accouchement. On y trouvera la notion de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP).

Cette analgésie locorégionale a non seulement réduit efficacement les douleurs ressenties par les parturientes au cours de l'accouchement mais a aussi permis d'améliorer la sécurité de la mère et de l'enfant, et contribué à diminuer la morbidité et la mortalité anesthésique en obstétrique en évitant nombre d'anesthésies générales en cas de césarienne ou de gestes endos utérins [15].

Au final, la France est l'un des pays, peut-être même le pays, où la pratique de la péridurale est la plus fréquente : 77% des femmes accouchant par voie basse en ont bénéficié en 2010. La consultation obligatoire avec un anesthésiste au cours du dernier trimestre de grossesse n'y est pas étrangère. Un quart des femmes enceintes souhaiteraient accoucher sans péridurale, mais la moitié d'entre elles auraient finalement recours à cette analgésie [16].

La péridurale semble être la technique d'analgésie obstétricale présentant la meilleure balance bénéfices/risques lors d'un accouchement. De ce fait, il s'agit d'une pratique médicale et sociale à première vue idéale tant du côté des professionnels de santé que des patientes qui en bénéficient.

La péridurale, aussi appelée analgésie locorégionale ou épidurale, ne s'étend qu'à une partie déterminée de l'organisme, à savoir les membres inférieurs, le périnée et l'abdomen. Elle est le résultat de l'injection d'un analgésique ou d'un cocktail analgésiant dans l'espace péridural (espace qui entoure la dure-mère). Cette intervention médicale, qui doit assurer à la femme de ne pas ressentir la douleur des contractions, a parfois des effets négatifs. La parturiente dépend souvent du personnel médical pour savoir quand « pousser » et vit son accouchement de manière plus passive car le but de l'analgésie péridurale est d'avoir un effet sur le bloc sensitif (la perception de la douleur). Mais on ne peut empêcher une action sur le bloc moteur (dont l'activité musculaire). La puissance de cet impact sera dépendante des analgésiants utilisés et de la dose injectée.

De plus, l'anesthésiant remplace les endorphines qui sont sécrétées naturellement par le corps de la femme lorsque celle-ci ressent de la douleur, dont le bébé profite également (Pouyane, 2013). L'ocytocine, qui est l'hormone principale en jeu durant l'accouchement, est aussi inhibée par l'anesthésie, ce qui est associé à des difficultés d'allaitement, plus de pleurs et une température plus élevée du nouveau-né (Ransjö-Arvidson, *et al.*, 2001). La biologie humaine a sa propre solution aux douleurs de l'accouchement, mais ces hormones sont beaucoup moins sollicitées si on intervient artificiellement. Des experts français en médecine périnatale ont affirmé à ce propos que l'anesthésie péridurale comportait des risques substantiels tels que l'hypotension artérielle, les fièvres maternelles, les hémorragies, l'allongement du travail, des difficultés d'allaitement et le recours plus fréquent à la césarienne notamment en raison de la « souffrance fœtale » (Boog, 2009). La conséquence des accouchements plus longs en raison de la péridurale n'est d'ailleurs plus à démontrer [17].

Par ailleurs, les progrès de la technique et l'adaptation de la pharmacologie permettent désormais d'avoir des analgésies faiblement dosées, à des doses minimales efficaces. La patiente peut même parfois moduler elle-même la dose injectée en fonction de sa douleur (c'est la PCEA : Patient Controlled Epidural Analgesia).

Depuis quelques années, on remarque qu'un certain nombre de patientes sont à contre courant des attendus sociaux concernant la douleur et refusent la péridurale. Elles défendent une vision de la naissance moins médicalisée. La péridurale entraînant l'utilisation d'un certain nombre de techniques médicales (enregistrement en continu du rythme cardiaque fœtal, administration plus fréquente d'ocytociques...), elle focalise toute l'attention.

Or à l'heure actuelle, accoucher dans la douleur peut être perçu comme une incohérence de la part des professionnels de santé puisque cela remet en cause leur vocation à soulager la douleur. Ainsi, notre société étant plutôt anti-doloriste, les femmes qui désirent accoucher sans péridurale se retrouvent en décalage avec la norme actuelle. Et les professionnels de santé peuvent se trouver démunis face à ces patientes au cours de l'accompagnement de leur accouchement. En effet, cela demande souvent une plus grande disponibilité de la sage-femme qui accompagne la femme enceinte au cours du travail. Les femmes souhaitant accoucher sans moyens analgésiques sont aujourd'hui bien souvent considérées comme déviantes car irresponsables. Or, l'autorisation d'expérimentation des maisons de naissance [18] en France (6 décembre 2013) vient légitimer un lieu où les accouchements sans analgésie vont se généraliser.

D'après une étude de l'INSERM se basant sur l'enquête périnatale de 2010, on remarque que c'est moins le profil de la femme que l'organisation des soins qui va conduire à la pose d'une péridurale en cours de travail. Ainsi Béatrice Blondel, responsable de ces travaux dans l'Equipe d'épidémiologie périnatale, obstétricale et pédiatrique (EPOPé) estime que « Le nombre de sages-femmes est limité en salle de travail et la pose d'une péridurale peut être un moyen de faire face à la surcharge de travail au moment de certaines gardes » [16].

Il est important de comprendre que la perception douloureuse est un phénomène complexe ne répondant pas aux seules règles de la neurophysiologie. De nombreux autres facteurs interviennent au cours du vécu douloureux comme par exemple : antécédents d'expérience douloureuse (traumatismes abdominaux ou périnéaux), imaginaire de la naissance et maturité de ce concept chez la patiente (permettant l'acceptation de cette douleur ou non), anxiété et angoisse, fatigue physique et psychique, nécessités culturelles du vécu de la douleur, influence de l'environnement humain social, etc. Il serait par conséquent illusoire de croire que traiter la douleur obstétricale se résumerait à interrompre la transmission sensitive de manière plus ou moins intense. La prise en charge de la perception douloureuse obstétricale réside principalement dans l'association simultanée d'une prise en charge psychologique complète, intégrée à des techniques anesthésiques souvent nécessaires [8].

Longtemps, les douleurs de l'accouchement ont été verbalisées par les femmes entre elles, avec celles qui les avaient déjà traversées, mais jamais avec les hommes, les enfants, les jeunes filles et celles qui n'ont pas encore enfanté.

Ainsi, au fil des années, en rapport avec l'évolution de notre culture, de nos comportements sociaux, de notre système de santé, les femmes conçoivent l'accouchement différemment. Elles accordent une grande importance au vécu de la douleur de ce moment majeur qu'est l'accouchement.

Nous nous sommes interrogés sur la représentation de la douleur de l'accouchement, en posant la question de recherche suivante :

La douleur de l'accouchement : une représentation en cours d'évolution ?

L'objectif principal de ce travail était d'explorer de manière qualitative, l'évolution de la représentation de la douleur des femmes relative à l'accouchement.

Notre objectif secondaire était de mettre en évidence les facteurs principaux de cette évolution.

Nous présentons ci-après notre méthodologie de recherche, qui sera suivie des résultats bruts, analysés et discutés en dernière partie.

2. Matériel et Méthode

- Type d'étude et population

Etude prospective monocentrique par entretiens semi-directifs, réalisés sur une période de 4 mois.

Recrutement de la population dans une maternité de niveau II B, dénombant environ 2000 naissances par an avec un taux de péridurale de 83% en 2012 pour les accouchements par voie basse.

- Critères d'inclusion et d'exclusion

Les patientes recrutées devaient être des femmes enceintes primipares, parlant et comprenant la langue française.

La consultation préalable des dossiers médicaux permettait d'exclure, dès le recrutement en prénatal, les cas de césarienne programmée, les personnes pour lesquelles un diagnostic de dépression ou d'anxiété majeure était posé ainsi que les patientes multipares.

- Outil

Deux entretiens d'environ 30 minutes devaient être réalisés pour chaque patiente : l'un en prénatal [ANNEXE I], l'autre en postnatal [ANNEXE II], Durant l'entretien semi-directif, les questions posées porteraient sur le ressenti des femmes quant à la douleur de l'accouchement, en abordant spécifiquement leur représentation de cette douleur. En postnatal, l'évaluation de la douleur de l'accouchement serait recueillie sur une échelle numérique simple.

Avec leur accord, les entretiens seraient enregistrés à l'aide d'un dictaphone, puis retranscrits intégralement et anonymement. Le support audio serait ensuite détruit.

L'analyse de données serait réalisée à l'aide d'une grille d'analyse de contenu thématique (ACT), dont les thèmes et sous-thèmes seraient issus du verbatim des entretiens.

- Critères de jugement

Repérage de l'articulation des différentes dimensions du rapport à la douleur dans les discours recueillis (avant et après l'accouchement).

Etude de l'éventuelle modification des relations entre ces diverses dimensions.

Identification de facteurs explicatifs potentiels de l'évolution constatée ou non dans l'avant et l'après accouchement.

- Considérations éthiques et autorisations

Préalablement au démarrage de l'enquête, une autorisation a été recueillie auprès de la sage-femme cadre du service concerné [Annexe III].

Le protocole complet de l'étude a été transmis au CIER (Comité Interne d'Ethique et de Recherche) de l'établissement et a reçu un avis favorable [Annexe IV : dossier CIER et avis définitif].

3. Résultats

3. 1. Effectifs

12 patientes ont pu être recrutées, de septembre à décembre 2015.

Au départ, nous avons prévu d'exclure les patientes participant aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité mais par manque de patientes, nous avons finalement décidé de ne pas tenir compte de ce critère. La distinction « avoir fait de la préparation à la naissance » ou « ne pas avoir fait de préparation à la naissance » apparaît dans nos résultats.

Après de ces 12 patientes, 19 entretiens ont été réalisés : 12 en prénatal et 7 en postnatal (dont un qui a été exclu pour césarienne en cours de travail).

Au final, notre effectif est donc de **18** entretiens exploitables : 12 en prénatal + 6 en postnatal.

3. 2. Analyse de Contenu Thématique (ACT)

L'analyse de contenu thématique a permis de dégager 5 thèmes principaux, dont certains ont pu être subdivisés en sous-thèmes.

Tableau I : Thèmes de la grille d'ACT

Thèmes	Sous-thèmes
Temps et gestion de la douleur	Fonction perçue de la péridurale
	Emotions ressenties
	Entourage (Conjoint /Equipe)
	PNP, accessoires, positions
	Contractions
	Efforts expulsifs
	Environnement
Perception de la douleur	Information reçue
	Intensité
	Expérience personnelle
	Craintes
	Entourage
	Post-partum
Autres craintes	
Physiologie	
Imaginaire (par rapport à l'accouchement)	
Autre	

3.2.1. Prénatal

n=12 dont PNP=9 et non PNP=3

Temps et gestion de la douleur

Ce n'est pas tant la douleur en elle-même qui préoccupe les femmes enceintes mais c'est surtout la gestion dans le temps de cette douleur. En effet, la presque totalité des patientes envisagent d'avoir recours à la péridurale au cours de leur accouchement, seulement l'une d'entre elle était encore indécise quant au fait de demander une péridurale au cours de son accouchement. Concernant la péridurale, leur motivation principale est de pouvoir se concentrer sur leur accouchement, être disponible, et le vivre le plus sereinement possible. De façon générale, les patientes ne voient pas l'intérêt de souffrir au cours de leur accouchement et préfèrent donc profiter des progrès de la médecine afin de ne pas avoir mal.

« [...] parce que avec la péridurale ça permet pendant l'accouchement d'être plus disponible à ce qui se passe autour et puis on est une génération qui a la chance d'avoir des solutions pour gérer la douleur que nos grands parents n'avaient pas forcément donc autant en profiter ! »

« Que ça me soulage, que ça me pose afin que je suis être sereine pour pouvoir accoucher tranquillement, pour pouvoir me concentrer sur l'accouchement. »

Ainsi, 8 patientes redoutent l'effet analgésiant total de la péridurale et souhaitent ressentir les contractions ainsi que la progression du bébé dans le bassin au cours du travail et de l'accouchement. Des exemples d'entretiens illustrent très bien ce qu'attendaient les patientes de la péridurale :

« [...] l'objectif est vraiment d'endormir un petit peu cette douleur pour pouvoir continuer à sentir tout ce qui se passe et c'est vraiment à ce niveau là que j'attend la péridurale, j'espère que je n'aurai pas un bas de corps complètement inerte où je ne sentirai plus rien. Je ne me verrai pas ... [...] Je préfère avoir un petit peu mal et sentir ce qui se passe que ne plus rien sentir du tout. »

« Moi personnellement je préférerais que ça diminue la douleur, au moins qu'elle soit supportable, par contre j'aimerais quand même sentir le bébé descendre, ressentir les contractions, pousser au bon moment, accompagner le bébé, pas être complètement anesthésiée. »

Pour 10 d'entre elles, la fatigue, le stress et l'anxiété présents le jour de l'accouchement sont vus comme des facteurs émotionnels qui amplifient la douleur, diminuant leurs capacités à gérer personnellement cette douleur. Pour l'une des patientes, il est d'ailleurs important de différer la pose de la péridurale tant que la douleur était gérable.

« Oui, je pense que les 3 (stress, fatigue et anxiété)peuvent jouer car on n'a plus de mal à canaliser en fait notre respiration et notre énergie quand on est stressé et je pense que plus on est zen, plus c'est facile car plus on est préparé j'imagine. »

Concernant les personnes présentes le jour de l'accouchement, une majorité compte énormément sur leur conjoint afin qu'ils les aident à supporter la douleur (n=9). Elles souhaitent aussi que l'équipe médicale présente le jour de l'accouchement les aide à gérer la douleur grâce à des conseils (de respiration, de posture) (n=11). Elles attendent surtout des professionnels qu'ils soient présents, patients, qu'ils restent calmes, les rassurent, et les guident.

« J'attends qu'ils (l'équipe médicale) me rassurent, qu'ils me disent que ça va aller, que tout se passe bien, qu'ils soient patients, présents... »

« Oui mon mari, c'est un soutien moral important pour moi, il va trouver les mots justes pour m'encourager, me motiver à aller jusqu'au bout ! Je suis quelqu'un qui stresse beaucoup donc dans des situations morales si je n'ai pas un soutien moral... c'est pareil pour une sage-femme, si je tombe sur quelqu'un avec le visage fermé, ça n'ira pas... »

« Être à l'écoute surtout et sans doute me rassurer à ce moment là, et pas me forcer à faire quelque chose ou à me crier dessus, plutôt aller dans mon sens, me rassurer, ne pas s'énerver, je pense que je serai suffisamment énervée ce jour là, j'aurai besoin qu'on me calme, qu'on m'apaise... »

« Je compte beaucoup sur mon conjoint, j'espère qu'il sera à la hauteur (rires), en fait je n'attends pas énormément de choses de sa part car je sais qu'il est un peu fragile pour tout ce qui est de l'ordre du médical, il a peur du sang... mais je sais que pour moi s'il arrive à rester sur ses pieds du début à la fin, ce sera une grande victoire. »

« Surtout la présence de mon conjoint, s'il n'était pas là ce serait pire ! Je compte sur lui ! [...] je pense que le fait qu'il soit là, ça va m'apporter beaucoup. C'est vraiment sa présence qui est importante, pas forcément ce qu'il me dit. »

« Bizarrement c'est sur le personnel soignant que je compte le plus pour mon accouchement car je me dis qu'ils ont de l'expérience, et je me dis qu'en fait je n'attends pas d'eux qu'ils m'enlèvent ma douleur car je sais qu'ils n'y pourront rien mais plutôt qu'ils me rassurent quand à l'avancée des choses, que tout se passe bien,[...] j'attends plutôt d'eux qu'ils essayent de canaliser au maximum de canaliser leurs informations pour m'orienter vers le meilleur choix possible. »

9 patientes ont participé aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité. A l'exception d'une seule, elles comptaient sur ces séances (sophrologie, respiration) pour les aider à mieux appréhender les douleurs lors du travail et de l'accouchement. Pour une patiente, le fait de ne pas participer à la PNP n'était pas un choix mais en lien avec un manque de temps, dû à des contraintes professionnelles.

« J'ai fait aussi de la sophrologie donc ça je pense que ce n'est pas mal car ça développe aussi un petit peu le côté positif, voilà rester positive et puis visualiser l'accouchement, le bébé qui descend et je trouve que c'est plutôt pas mal. »

« Après je pense qu'avec la respiration, je vais réussir à gérer un minimum les douleurs des contractions, j'espère ! »

5 patientes pensent que les contractions sont plus douloureuses que les efforts expulsifs, du fait de leur durée et de leur intensité, tandis que pour 2 d'entre elles, ce sera plutôt les efforts expulsifs qui seront les plus douloureux. 3 patientes appréhendent autant les contractions utérines que les efforts expulsifs.

« C'est plus les contractions, mais je ne sais pas pourquoi, c'est une appréhension qui concerne surtout la durée, si ça dure longtemps, si c'est fort intense. »

« C'est le moment où le bébé va passer qui me fait le plus peur, je ne sais pas pourquoi mais c'est parce que j'imagine que le vagin est rétréci pour faire passer le bébé et qu'il faut parfois faire une épisiotomie et j'ai peur d'avoir mal. »

« Plus l'accouchement en lui même si jamais, il y a un problème... après les contractions, pas forcément, j'ai un antécédent de torsion ovarienne et on m'a dit que c'était pire que la douleur de l'accouchement donc si j'ai survécu à ça, ça devrait aller... (rires) »

Au titre des moyens annexes, 2 patientes pensent que la musique en salle de naissance permettra de détourner leur attention lors des contractions. Or ce sont finalement deux autres parturientes qui ont eu recours à la musique en salle d'accouchement, avec un effet positif sur la douleur, un apaisement déclaré.

« La musique aussi présente dans la salle a aidé. »

- Perception de la douleur

Concernant la douleur, la plupart des femmes enceintes primipares l'appréhendent. 10 d'entre elles m'ont fait part de leur inquiétude face à la gestion de la douleur le jour de l'accouchement.

La comparaison à des expériences personnelles de douleur est fréquente, mais la douleur anticipée de l'accouchement n'est pas forcément perçue comme plus importante. Si pour 5 d'entre elles, les contractions ressembleraient aux douleurs de règles, mais en plus intenses, 2 d'entre elles ont vécu un événement extrêmement douloureux au cours de leur vie et pensent que l'accouchement sera moins douloureux.

« Je l'imagine assez forte, plus forte que des douleurs de règles. »

Ces appréhensions d'une douleur intense n'entraînent pas forcément de recherche d'information pour autant. Au contraire, 5 d'entre elles n'ont pas souhaité se renseigner sur les douleurs de l'accouchement, car cela risquait d'avoir un effet anxiogène.

« Non je n'ai pas voulu me renseigner ailleurs, sur internet, dans des livres car j'ai peur, je préfère voir le jour J. »

« J'ai lu un livre [...]. Ça été écrit par des gynécologues obstétriciens mais par contre je trouve ça limite anxiogène aussi, le fait de le lire ça m'a encore plus confrontée à la douleur. »

« Plus on a d'informations, plus on a peur, donc je préfère qu'on ne m'en parle pas. »

Les informations reçues par les professionnels ou lues dans différents ouvrages ont été pour 5 autres patientes un moyen de se rassurer vis à vis de la douleur de l'accouchement.

« Je lis beaucoup justement pour connaître un maximum de choses, et peut être me rassurer un petit peu aussi. »

Pour la moitié d'entre elles (n=6), les discussions avec les proches concernant la douleur de l'accouchement sont également l'un des moyens de se rassurer, mais avec des nuances. Elles avouent ne pas vouloir s'y fier car le vécu de la douleur est personnel, et varie selon les parturientes.

« Après je pense que toutes les personnes réagissent vraiment différemment à la douleur [...] Je pense que la douleur dépend vraiment des personnes. »

3.2.2. Postnatal

n=6 dont PNP=5 et non PNP=1

- Temps et gestion de la douleur

Toutes les patientes apprécient la manière dont leur douleur a été prise en charge et traitée par l'équipe médicale.

« Oui trop trop même, franchement, les sages femmes étaient très agréables, très sympathiques [...] quand je lui disais que j'appréhendais l'accouchement, elle me disait que tout se passera bien, voilà tous des petits mots comme ça, on a besoin de les entendre pour nous reconforter. Franchement c'était impeccable, elles ont bien fait leur boulot. »

Elles ont toutes eu recours à l'analgésie péridurale au cours du travail et de l'accouchement. L'une d'entre elles aurait aimé accoucher sans péridurale, mais la fatigue et la faim ont rendu ses douleurs difficilement supportables.

« Donc à la fin j'étais obligée de craquer et j'ai fini par la demander. J'ai senti que j'allais tomber dans les pommes, c'était au dessus de mes forces donc je l'ai demandée. Un moment je sentais que mon corps allait me trahir donc j'ai préféré demander la péri, même si à la base je n'étais pas trop péri... »

La moitié des patientes interrogées (n=3) a préféré différer la pose de la péridurale en raison du caractère supportable de la douleur des contractions utérines. Deux d'entre elles ont apprécié cette temporalité relative à la pose de la péridurale. L'une d'entre elles a regretté son choix car les douleurs des contractions se sont intensifiées par la suite.

« [...], j'ai attendu avant de la faire parce que mes contractions étaient encore supportables donc j'ai demandé à attendre un petit peu, chose que je ne referai pas la fois prochaine parce que j'ai bien souffert de mes contractions, c'est vrai que les vraies contractions font très mal. »

Une patiente a bénéficié d'un déclenchement du travail, la péridurale a été posée avant le déclenchement, son accouchement a donc été indolore. La patiente a « attendu » pendant tout le travail de ressentir des douleurs, qui ne sont jamais arrivées. Malgré un accouchement très long, elle garde un excellent souvenir de son accouchement.

« Même au moment de l'expulsion, je n'ai eu aucune douleur du tout, avec la péridurale je sentais mais je n'avais vraiment pas de douleurs. On a même utilisé une ventouse pour sortir mon bébé et je n'ai rien senti. J'ai été recousue, j'ai senti qu'on me faisait des points mais sans aucune douleur. Je pense quand même que je ne pouvais pas avoir meilleur accouchement. »

La totalité des patientes a été satisfaite des effets de la péridurale, seulement l'une d'entre elles l'avait trouvé un peu trop dosée car elle ne ressentait plus les contractions. Elle a donc dû se reposer sur l'équipe présente au moment des efforts expulsifs afin de savoir quand « pousser ». L'une d'entre elles a été surprise de la diminution de l'effet de la péridurale en fin d'accouchement, au moment de la suture d'une déchirure périnéale, mais l'équipe a su réagir afin de la soulager rapidement.

Toutes les patientes affirment avoir un bon vécu de leur accouchement, même si l'une d'entre elles garde un souvenir douloureux des efforts expulsifs, et que deux d'entre elles ont un mauvais vécu de la douleur des contractions.

Une patiente a apprécié la régularité des contractions car elle pouvait profiter des « moments de répit » pour pouvoir se reposer. Cette même patiente a indiqué s'être servi de la préparation à la naissance et à la parentalité (sophrologie, respiration), pour gérer les douleurs des contractions utérines. Paradoxalement d'après elle, aucun accompagnement n'aurait pu l'aider dans la gestion des douleurs du travail et de l'accouchement.

L'entourage est un élément essentiel dans la gestion de la douleur, toutes les parturientes apprécient la compagnie et le soutien de leur conjoint ainsi que la bonne humeur, le professionnalisme et l'accompagnement par l'équipe médicale.

« L'équipe était très présente et rassurante. Leurs paroles drôles parfois nous ont permis de rester détendus tout au long de l'accouchement. »

« Mais sinon après pendant le travail, quand l'accouchement a commencé à arriver, il était là, moralement pour me soutenir, j'avais besoin de lui à côté. »

Deux d'entre elles, ont appliqué ce qui a été vu en préparation à la naissance et à la parentalité (respiration, ballon) et ça leur a été utile notamment pour mieux appréhender les contractions et pour être active au moment des efforts expulsifs.

« [...] *les exercices de respiration m'ont beaucoup aidée.* »

Deux parturientes ont trouvé que la PNP ne leur avait pas été utile pour le travail et l'accouchement. Elles ont regretté le fait de ne pas avoir abordé les différentes façons de gérer la douleur.

« *Après par contre quand on est dedans, ce n'est pas évident de le faire, en fait c'est facile quand on n'a pas de douleurs mais quand on a des douleurs... J'ai essayé de le faire du mieux que j'ai pu mais ça ne m'a pas franchement aidée.* »

La patiente n'ayant pas bénéficié de préparation à la naissance et à la parentalité, ne regrette pas son choix car d'après elle, cela ne lui aurait pas été d'une grande utilité dans sa gestion de sa douleur.

« *Non pour moi il n'y a rien, on m'avait proposé la préparation à l'accouchement mais j'ai refusé vu que ça ne se passera peut être pas pareil le jour de l'accouchement donc voilà...* »

- Perception de la douleur

La majorité des patientes définit les douleurs de l'accouchement, que ce soient les douleurs de contractions ou celles des efforts expulsifs, comme étant très intenses. En effet, pour 4 d'entre elles, la valeur de la douleur (Echelle Numérique Simple de 0 à 10) au cours de leur accouchement est comprise entre 7 et 9. De plus, les adjectifs employés par les patientes pour qualifier la douleur de l'accouchement étaient très forts : massive, atroce, inhumain, typique et inégalable.

« *Parce que quand je n'avais pas la péridurale et que je ressentais les contractions, j'avais l'impression qu'on me coupait le dos en deux. J'avais l'impression qu'on me brisait le dos.* »

« *Atroce déjà je dirais, ça fait partie de l'accouchement, c'est une douleur de l'accouchement : typique et inégalable.* »

« *Je dirais « inhumain », c'est peut être un peu dur comme mot mais je n'ai jamais senti une douleur aussi insupportable avant, je pense que ce n'est pas une légende mais ce n'est pas pour rien que toutes les femmes disent que c'est dur l'accouchement.* »

L'une d'entre elles a confirmé le fait que les douleurs des contractions utérines ressemblent fortement aux douleurs ressenties au moment des règles, mais en plus intense.

Tandis que pour 2 d'entre elles, la douleur a été moins intense voire inexistante. (respectivement 0 et 3 sur l'échelle numérique simple). Elles ont comparé cette douleur avec un événement douloureux vécu au cours de leur vie (règles, torsion de l'ovaire), et l'ont trouvée inférieure.

« Je n'ai pas eu de réels moments de douleurs si ce n'est les contractions avant l'anesthésie [...]. Je m'attendais à ressentir le même genre de douleur que lors de ma précédente opération de torsion ovarienne. En fait les douleurs des contractions étaient beaucoup moins importantes et surtout plus facilement gérables en raison de leur régularité. »

« En fait on a fait la péridurale avant de m'injecter le produit qui accélérât les contractions du coup je n'ai absolument rien senti. »

Pour 4 d'entre elles, c'est la douleur des contractions qui a été la plus intense tandis que pour l'une d'entre elles, c'était plutôt les efforts expulsifs qui ont été les plus douloureux.

« Pendant le travail la douleur a été la plus forte. »

« [...], je pensais que ce qui me ferait le plus souffrir, ce serait les contractions, et puis finalement ce n'était pas ça. »

L'une d'entre elles s'était préparée à vivre un accouchement très douloureux car son entourage l'avait mise en garde à propos de l'intensité des douleurs qu'elle ressentirait le jour de l'accouchement. Finalement, ses craintes ne se sont pas vérifiées car elle n'a ressenti que de faibles douleurs lors de son accouchement.

« Cependant je m'attendais à des douleurs beaucoup plus importantes par rapport à ce que j'en avais entendu. »

Tandis que pour l'une des patientes, la douleur de l'accouchement a été plus forte et plus intense que ce qu'elle s'était imaginée. Concernant son accouchement, rien ne s'est passé comme prévu, elle avait idéalisé l'accouchement pendant sa grossesse et finalement, elle a découvert ce qu'était réellement l'accouchement.

« Non, car toujours on idéalise l'accouchement, ça ne se s'est pas passé comme je le souhaitais, c'était complètement différent. Comme c'est mon premier bébé, c'était toute une découverte pour moi. »

4. Discussion

4.1. Discussion méthodologique

Durant notre étude, nous nous sommes heurtés à la difficulté de recruter les patientes en prénatal. De ce fait l'effectif total est inférieur à celui espéré. Nous avons ainsi dû inclure toutes les patientes primipares, qu'elles aient ou non suivi une préparation à la naissance et à la parentalité.

Par ailleurs notre charge de travail a été initialement sous estimée, la réalisation des entretiens individuels, leur retranscription et leur classification dans la grille d'ACT ont mobilisé un total de 60 heures de travail.

Malgré cela, cette étude qualitative a permis de recueillir des informations détaillées, précises, d'une extrême richesse. Une analyse quantitative aurait certes permis d'obtenir un plus grand échantillon mais aurait été certainement plus pauvre dans le contenu. Au travers des entretiens semi-directifs, les patientes interrogées ont pu employer leurs propres expressions, termes pour évoquer leur représentation de la douleur de l'accouchement.

4.2. Analyse des résultats

Chaque tandem des deux entretiens réalisés auprès de la même patiente est analysé, afin d'explorer les facteurs d'évolution des représentations de la douleur des femmes relative à l'accouchement. Ces représentations sont étudiées à la fois pour chaque patiente et pour les patientes entre elles.

4.2.1. Temps et gestion de la douleur

A. Préparation à la naissance et à la parentalité, accessoires, positions

Concernant le rapport au temps et la gestion de la douleur, au travers des différents entretiens, nous constatons que les femmes enceintes sont préoccupées par la façon dont elles vont gérer la douleur lors de leur accouchement, c'est pourquoi, dans notre échantillon 9 femmes sur 12 ont suivi la préparation à la naissance et à la parentalité. Cela est comparable au taux constaté par l'enquête périnatale de 2010 [19], qui indique qu'une préparation à la naissance a été suivie par 72,9% des primipares.

Ainsi, les patientes interrogées attendent de la PNP qu'elle leur permette de mieux appréhender les douleurs du travail et de l'accouchement. En les apprenant à respirer pendant les contractions, ou en appliquant ce qui a été vu en sophrologie.

Un mémoire de fin d'étude de sage-femme portant sur la préparation à la naissance et à la parentalité [20], met en évidence que d'après les patientes, le principal apport de cette préparation reste la gestion de la douleur. On remarque alors que cette gestion de la douleur a beaucoup d'importance chez les femmes enceintes primipares, c'est d'ailleurs dans le but de mieux y arriver le jour de l'accouchement, qu'elles participent aux séances de PNP.

En postnatal, 3 patientes sur 5 ayant eu une PNP déclarent avoir utilisé ce qui a été vu en cours de préparation à la naissance et à la parentalité au cours du travail, et cela les a notamment aidé à mieux appréhender les contractions et à être active au moment des efforts expulsifs. Les 2 autres patientes trouvent que les cours ne leur ont pas servi au cours du travail et de l'accouchement, elles ont regretté le fait de ne pas avoir abordé les différentes façons de gérer la douleur.

Une étudiante sage-femme dont le mémoire de fin d'étude portait sur la PNP [21], sur précisément les attentes des femmes, révèle que : « Les femmes, que ce soit les primipares ou les multipares, sont quasi constamment satisfaites de la PNP dont elles ont bénéficié ».

Les résultats sont difficilement comparables, du fait de l'échantillon réduit en postnatal.

B. Fonction perçue de la péridurale

Lorsque j'ai interrogé les patientes pendant la grossesse sur le souhait d'avoir recours ou non à la péridurale au cours du travail et de l'accouchement, 11 patientes sur 12 envisageaient d'avoir recours à la péridurale. Et une était encore incertaine quant au fait d'avoir recours à la péridurale, elle préférerait d'abord voir comment le travail allait se passer.

D'après une enquête du CIANE (Collectif inter-associatif autour de la naissance) réalisée entre 2005 et 2012, avec un total de 8284 accouchements, en 2012, 61% des patientes primipares souhaitaient une péridurale à leur arrivée à la maternité. Et 12% ne voulaient pas tout de suite avoir recours à l'analgésie péridurale, elles préféreraient différer la pose de la péridurale de leur arrivée à la maternité, et éventuellement pouvoir s'en passer. 7% des patientes primipares ne souhaitaient pas de péridurale pour leur accouchement [22].

Après avoir accouché, toutes les patientes m'ont confiée que l'équipe médicale présente le jour de l'accouchement avait su prendre en compte et traiter leur douleur.

La même enquête du CIANE [22] révèle que 70% des patientes ayant eu recours à la péridurale sont rétrospectivement satisfaites du traitement de la douleur au cours de l'accouchement.

Finalement toutes les patientes de notre échantillon ont demandé une analgésie péridurale au cours du travail. L'une d'entre elle aurait aimé l'éviter mais son état de fatigue et la faim ont rendu la gestion de la douleur trop difficile.

D'après l'enquête périnatale de 2010 [19], le taux de patientes ayant recours à l'analgésie péridurale au cours de leur accouchement était de 78,5% en 2010. Même si ce taux est supérieur à celui de notre étude, ils sont difficilement comparables de par la taille de notre échantillon et par le fait que notre étude ne concerne que les femmes primipares.

Cependant après leur arrivée à la maternité, même si la dilatation du col le permettait, 3 de nos patientes sur 6 ont préféré différer la pose de la péridurale car elles jugeaient encore supportable la douleur provoquée par les contractions utérines. 2 parturientes ont apprécié cette temporalité tandis qu'une d'entre elles l'a finalement regrettée de par l'intensification des contractions qui s'est produite.

Les motivations à demander une péridurale au cours du travail et de l'accouchement sont assez similaires pour les différentes patientes, elles espéraient grâce à la péridurale, vivre leur accouchement de façon plus détendue, plus sereine. Le fait d'avoir le contrôle sur leur douleur leur permettrait de profiter pleinement de leur accouchement, d'être plus disponible pour l'entourage au moment de leur accouchement, que se soit pour leur conjoint, l'équipe médicale et pour leur enfant. Le fait de ne pas avoir mal, aiderait aussi les femmes à se concentrer sur leur accouchement, sur leur ressenti, et leur permettre de garder un bon souvenir de leur accouchement.

La revue Sage-Femme [23] a d'ailleurs publié un article sur une étude qui reprend les différentes motivations des femmes pour accoucher avec ou sans analgésie péridurale. Ces motivations sont en accord avec celles recueillies chez les patientes de notre étude. Elles sont classées selon différents thèmes : représentation et gestion de la douleur, raisons d'ordre médical, fatigue, anxiété et appréhension de l'accouchement, les attentes par rapports à l'accouchement, la prise en compte de l'entourage et du nouveau-né.

Voici les principales motivations qui ressortent de l'étude [23] de la revue Sage-Femme : « une femme voudrait accoucher sous péridurale car elle pense que les femmes ne devraient pas souffrir pour leur accouchement, elle ne voit pas l'intérêt de s'en passer, elle veut un accouchement sûr, pouvoir appliquer plus facilement les conseils de l'équipe médicale et se sentir encadrée, elle souhaite être plus détendue, rassurée et avoir un accouchement moins fatiguant, elle souhaite profiter pleinement de l'accouchement, en avoir un meilleur contrôle et en garder un bon souvenir, elle souhaite être agréable pour les autres lors de son accouchement et rendre son accouchement plus facile à vivre pour son conjoint, elle veut accompagner son enfant lors de sa naissance, être le mieux possible pour accueillir son enfant et s'en occuper. »

Dans notre enquête, après l'accouchement, les motivations qui les ont incitées à demander une péridurale se sont vérifiées, l'une d'entre elles a pu profiter pleinement des premiers instants avec son bébé grâce à l'absence de douleur.

Concernant le dosage de la péridurale, beaucoup de patientes insistent sur le fait de vouloir ressentir les choses, de ne pas être totalement anesthésiées afin d'avoir la sensation d'accoucher. 8 patientes sur 12 redoutaient de ne plus rien sentir au moment de leur accouchement à cause de la péridurale.

Une enquête du CIANE sur le respect des souhaits et du vécu de l'accouchement [24] confirme le fait que les patientes ont envie d'être actrices de leur accouchement : « Les principaux souhaits exprimés par les femmes concernent leur liberté de mouvement (choix de position, possibilité de déambuler), un accompagnement personnalisé de la douleur (soutien pour un accouchement sans péridurale, possibilité de choisir le moment et le dosage de la péridurale) et le refus de l'épisiotomie en dehors d'une nécessité médicale sérieuse. »

Lors du second entretien, en postnatal, toutes les patientes m'ont confié avoir été satisfaites des effets de la péridurale, seulement l'une d'entre elles l'ayant trouvé un petit peu trop dosée car elle ne ressentait plus les contractions. Elle a donc dû se reposer sur l'équipe présente au moment des efforts expulsifs afin de savoir quand « pousser ».

C. Emotions ressenties

La majorité des patientes (n=10) pensaient que leur état de fatigue ou d'anxiété le jour de l'accouchement aurait une incidence sur leur façon de gérer la douleur.

Le livre Neuf mois - Attendre un enfant [25] explique que différents facteurs accentuent l'intensité de la douleur de l'accouchement : « la puissance des contractions, la rigidité du col, la fatigue physique et le volume du bébé à naître. A cela s'ajoute l'anxiété surtout lors d'un premier accouchement. De plus, on sait que le stress engendre une décharge d'adrénaline dans l'organisme. Cette hormone entraîne une diminution de la production d'endorphine, qui aide à supporter la douleur ».

Pour l'une de nos patientes, qui était particulièrement fatiguée le jour de l'accouchement, la fatigue a vraiment amplifié la douleur des contractions utérines, la rendant insupportable.

Le livre de Maïtie Trélaün [26], portant sur la douleur de l'accouchement affirme que : « La peur, le stress, la tension, la fatigue, le froid, la faim, la solitude, l'incompréhension de ce qui se passe, la contrainte, un environnement étranger, toute stimulation du néocortex, [...] auront pour conséquences d'entraver le lâcher-prise au risque d'augmenter la perception de la douleur ».

D. Environnement

Concernant l'environnement en salle d'accouchement, quelques patientes interrogées en prénatal pensaient que la musique en salle de naissance permettrait de détourner leur attention lors des contractions. Or ce sont finalement certaines autres patientes qui ont eu recours à la musique en salle d'accouchement, et pour elles la musique a eu un effet positif sur la douleur, un apaisement déclaré.

Un mémoire de fin d'études de sage-femme réalisé par deux sages-femmes en 2012 [27] démontre que : « les résultats des effets sur la douleur prouvent que durant la phase de latence ainsi que durant la première phase du travail, l'utilisation de la musique est plus efficace que dans la phase active du travail d'accouchement. De plus, l'intensité de la douleur avant l'utilisation de la musique est plus forte qu'après celle-ci. »

Un autre mémoire de fin d'étude de sage-femme écrit par Charline Gayault [28] sur la place de la musique en salle de naissance a permis de démontrer que la musique avait le pouvoir de détendre les parturientes, diminuant ainsi le stress et l'anxiété. Elle permet aussi de diminuer la perception de la douleur physique

Une patiente à qui on a proposé la musique en salle de naissance l'a refusée car elle avait besoin de calme pour gérer au mieux sa douleur.

E. Entourage (Conjoint / Equipe)

Lors des entretiens, les patientes ont aussi évoqué l'importance de l'entourage présent le jour de l'accouchement. Elles étaient attachées à la présence de leur conjoint ainsi qu'à l'accompagnement personnalisé par l'équipe médicale présente au moment de leur accouchement. Une enquête de CIANE [29] sur l'accompagnement des femmes lors de l'accouchement révèle que : « Pour les femmes, un bon soutien de la part des équipes implique de respecter à la fois leur besoin de présence, d'intimité, de réassurance tout en assurant le suivi médical, programme exigeant pour les équipes. »

Le site Naître et grandir [30] incite donc les femmes à avoir un soutien important lors de l'accouchement afin d'améliorer leur gestion de la douleur : « Le soutien que vous recevrez pendant le travail joue aussi un rôle essentiel pour vous aider à gérer cette douleur. Pour cette raison, assurez-vous de pouvoir compter sur la présence de votre conjoint, d'une accompagnante à la naissance ou d'une personne importante pour vous. La personne qui vous accompagne pourra répondre à vos besoins, vous reconforter et faciliter la communication avec le personnel soignant ».

Les femmes enceintes de notre échantillon voient leur conjoint comme un soutien moral très important et comptaient sur les professionnels de santé pour les rassurer, les apaiser, les guider tout au long du travail de l'accouchement.

Il a été prouvé d'après une étude scientifique [31] sur plus de 15 000 patientes, sur le soutien continu, de la part du personnel médical, ou de l'entourage présent le jour de l'accouchement, que le soutien de la parturiente semble accroître non seulement la satisfaction des femmes quant à leur expérience de l'accouchement, mais aussi sur la douleur, en effet, les femmes ont moins souvent recours à des médicaments contre la douleur.

Au cours de l'entretien après l'accouchement, les patientes sont unanimes sur le fait que l'entourage a été d'un soutien majeur dans la gestion de la douleur, toutes les parturientes ont apprécié la compagnie et le soutien moral de leur conjoint ainsi que la bonne humeur, le professionnalisme et l'accompagnement par l'équipe médicale.

4.2.2. Perception de la douleur

A. Craintes

La crainte face à la douleur de l'accouchement est présente chez presque toutes les patientes de notre échantillon. Même si il semble que les contractions utérines soient l'événement provoquant les plus intenses douleurs, les femmes redoutaient aussi les efforts expulsifs.

Une étudiante sage-femme a évoqué les craintes des femmes dans son mémoire de fin d'étude [32] portant sur révèle que : « La douleur physique des contractions est la crainte la plus fréquemment exprimée par les femmes. Elles ont peur de ne pas pouvoir gérer, elles ne connaissent pas encore leur seuil de tolérance ».

Ces craintes se fondent soit sur ce qu'elles ont lu, entendu ou sur leur expérience personnelle.

B. Expérience personnelle

Presque la moitié des patientes primipares de notre échantillon pensait que la douleur des contractions serait similaire à celle ressentie au moment des règles mais en plus intense.

Lors du second entretien, une femme a confirmé le fait que les douleurs des contractions utérines ressemblent fortement aux douleurs ressenties au moment de ses règles, mais en plus intense.

Aucune littérature scientifique ne reprend cette notion.

C. Intensité

Après avoir accouché, les patientes étaient finalement 4 sur 6 à penser que la douleur des contractions utérines est plus forte que celle des efforts expulsifs.

A l'inverse, pour l'une d'entre elles la pire douleur lors de l'accouchement a été ressentie au moment des efforts expulsifs.

Globalement, la majorité des patientes a trouvé que la douleur ressentie au cours de leur accouchement était d'une extrême intensité.

En effet, 4 femmes sur 6 ont attribué une note entre 7 et 9 sur une échelle numérique simple (ENS) pour définir la douleur ressentie au cours de leur accouchement. A cela s'ajoute l'emploi d'adjectifs très péjoratifs pour définir la douleur qu'elles ont ressentie.

Cela montre bien que même si la totalité des patientes ont eu recours à la péridurale, elles gardent quand même un souvenir douloureux de leur accouchement. Béatrice Jacques [33] explique ce phénomène par la mise en place de stratégies cognitives pour sauvegarder les représentations et les croyances fondamentales, tout en intégrant les nouvelles techniques. La femme fait en sorte de continuer à se représenter et à vivre l'accouchement comme un acte douloureux, pour surmonter la tension morale créée par l'existence de la péridurale, tout en acceptant l'intervention médicale.

Tandis que pour 2 femmes sur 6, la douleur a été moins intense voire inexistante, (ENS = 3 et 0). Elles ont comparé cette douleur à un événement douloureux vécu au cours de leur vie, et l'ont trouvée inférieure (règles, torsion de l'ovaire). Ces patientes ont eu recours très rapidement à la péridurale dès leur arrivée, l'une d'entre elles a bénéficié d'un déclenchement sous péridurale et l'autre est arrivée à une dilatation suffisamment avancée pour que la péridurale puisse être posée tout de suite.

D'après « Le traité d'anesthésie et de réanimation » (4^{ème} édition) écrit par Olivier Fourcade [34], deux tiers des primipares ressentent une douleur sévère ou extrêmement sévère, 30% ont une douleur modérée et 10% décrivent une douleur discrète. Sur une échelle numérique simple, la plupart des patientes interrogées chiffreraient leur douleur de la première partie du travail entre 60 et 80 (pour un maximum de 100).

Ces chiffres sont assez proches de ceux obtenus au cours de notre étude.

D. Informations reçues

Par ailleurs, même si la douleur de l'accouchement semble inquiéter la majorité des femmes enceintes interrogées, 5 femmes sur 12 n'ont pas pour autant essayé de se documenter sur ce sujet par peur que ça les angoisse encore plus. Au contraire, pour d'autres, le fait d'en savoir plus sur les douleurs qu'elles risquent de ressentir le jour de l'accouchement aura un effet rassurant, elles sauront ainsi mieux à quoi s'attendre.

Cette différence s'explique sûrement par la différence de tempérament entre les patientes.

Les informations reçues sur la gestion de la douleur de l'accouchement permettent aux femmes de se projeter. Parmi la documentation, elles vont pouvoir sélectionner les éléments qui selon elles, leurs permettront de gérer au mieux la douleur. Si elles le souhaitent, elles ont la possibilité d'établir un projet de naissance, en couple, afin d'exprimer à l'équipe leurs souhaits concernant le déroulement de leur accouchement, en intégrant les différentes techniques aidant à la gestion de la douleur.

E. Entourage

Pour 6 patientes sur 12, le fait d'échanger sur les éventuelles douleurs présentes lors de l'accouchement est également un moyen de se rassurer mais elles avouent ne pas vouloir s'y fier car le vécu des douleurs, personnel, varie selon les parturientes.

L'une d'entre elles s'était préparée à vivre un accouchement très douloureux car son entourage l'avait mise en garde à propos de l'intensité des douleurs qu'elle ressentirait le jour de l'accouchement. Finalement, ses craintes n'ont pas été vérifiées car elle n'a ressentie que de faibles douleurs lors de son accouchement.

Finalement toutes nos patientes déclarent avoir un bon vécu de leur accouchement. Cela diffère de l'enquête du CIANE réalisée en 2012 sur le respect des souhaits et le vécu de l'accouchement, qui démontre que 40% des femmes ont un bon vécu de leur accouchement sur le plan psychologique [24].

4.2.3. Imaginaire (par rapport à l'accouchement)

Pour l'une des patientes, la douleur de l'accouchement a été plus forte et plus intense que ce qu'elle s'était imaginée. Concernant son accouchement, rien de s'est passé comme prévu, idéalement, elle souhaitait accoucher sans péridurale mais finalement la durée du travail et l'intensité des contractions ont fait qu'elle a préféré demander l'analgésie péridurale. Elle avait idéalisé l'accouchement pendant sa grossesse et finalement, elle a découvert ce qu'était réellement l'accouchement.

D'après Monique Bydlowski [35], « La spiritualisation - forme sociale de l'idéalisation – confère aux événements de la grossesse et de l'accouchement une flamme intérieure, une élévation morale partagée par tous. Sans elles, leur caractère concret ou matériel, nous rattacherait au seul règne animal. »

C'est pourquoi, il semble logique et normal que la femme enceinte se projette par rapport à l'accouchement à venir, même si, au final, le déroulement sera différent que ce qu'elle s'était imaginé. Ce cheminement est une première étape dans sa préparation à devenir mère.

5. Conclusion

« Tu enfanteras dans la douleur », dit la Genèse. Le poids de cette malédiction biblique pèse sur les femmes depuis toujours. Mais le XXe siècle a vu changer radicalement l'état des choses, notamment avec les techniques de préparation à la naissance mais surtout avec l'avènement de la péridurale et sa place importante dans la prise en charge des accouchements.

Cependant, on observe depuis quelques années, un mouvement défendant une vision de l'accouchement peu médicalisée.

Si la perception douloureuse est un phénomène complexe, la représentation de la douleur est éminemment individuelle.

Notre étude, en interrogeant 12 patientes avant et après l'accouchement avait pour objectif principal d'explorer de manière qualitative, l'évolution de la représentation de la douleur des femmes relative à l'accouchement. Nous voulions également mettre en évidence les facteurs principaux de cette évolution.

Nos résultats démontrent que ce n'est pas tant la douleur en elle-même qui préoccupe les femmes enceintes mais c'est surtout la gestion dans le temps de cette douleur. De plus, presque toutes les patientes envisageaient d'avoir recours à la péridurale.

Concernant la péridurale, leur motivation principale est de pouvoir se concentrer sur leur accouchement, être disponible, et le vivre le plus sereinement possible. Malgré cela, elles souhaitaient un juste dosage de la péridurale afin de ressentir le passage de leur enfant au moment des efforts expulsifs.

Le côté émotionnel a aussi un rôle important dans leur gestion de la douleur puisqu'elles reconnaissaient l'impact du stress, de la fatigue et de l'anxiété sur leurs capacités à gérer cette douleur.

Par ailleurs, le conjoint présent le jour de l'accouchement et les encouragements reçus par les professionnels de santé, la musique en salle d'accouchement, sont perçus comme des éléments favorisant leur aptitude à gérer la douleur.

La préparation à la naissance et à la parentalité est également utile pour les patientes dans leur gestion de la douleur. Elle leur apporte des conseils pratiques et théoriques pour le jour J.

Pour toutes les patientes, la douleur de l'accouchement est perçue comme intense et demeure une source d'inquiétude. Certaines ont vu dans la documentation, un moyen de se rassurer tandis que pour d'autres, ce serait au contraire une source d'anxiété. L'entourage contribue parfois aussi à enrichir leurs craintes vis à vis de la douleur, mais elles sont nombreuses à ne pas s'y fier, car selon elles, la douleur est perçue de façon individuelle et est propre à chacune.

Même si toutes les patientes ont eu recours à l'analgésie péridurale, elles ont apprécié la façon dont leur douleur a été prise en compte et traitée. Certaines patientes ont souhaité différer la pose de la péridurale de leur arrivée en raison du caractère supportable des douleurs. Cette temporalité a été vécue positivement pour la plupart d'entre elles. Une patiente a néanmoins regretté son choix.

Les patientes de notre échantillon ont été surprises de l'intensité des douleurs du travail et de l'accouchement. Les adjectifs employés par les patientes pour qualifier la douleur de l'accouchement étaient très forts : massive, atroce, inhumain, typique et inégalable.

Seule l'une d'entre elles n'a ressenti aucune douleur au cours de son accouchement.

La douleur des contractions utérines est apparue comme la plus intense pour la majorité d'entre elles. Mais certaines ont perçu des douleurs maximales au moment des efforts expulsifs.

Concernant le dosage de la péridurale, presque toutes l'ont appréciées. Une patiente l'a trouvée trop dosée.

Pour les patientes qui avaient fait de la PNP, elles ont pu mettre en application leurs connaissances afin de gérer au mieux la douleur des contractions. Certaines ont avoué avoir eu des difficultés à les mettre en pratique à cause de l'intensité des douleurs.

La musique diffusée en salle d'accouchement a aidée quelques patientes de notre échantillon à s'apaiser dans les moments de douleur.

Certains paramètres émotionnels comme le stress, l'anxiété et la faim ont eu un effet néfaste dans la gestion de la douleur pour plusieurs patientes.

Toutes les patientes gardent un bon souvenir de leur accouchement même si elles avouaient avoir vécu difficilement les moments douloureux. Elles ont toutes apprécié la gentillesse et la bonne humeur de l'équipe médicale ainsi que la présence de leur conjoint.

Pour l'essentiel, nos résultats rejoignent ceux de la littérature, avec notamment la revue Sage-Femme qui reprend les différentes motivations des femmes pour accoucher avec ou sans analgésie péridurale. Ces motivations sont en accord avec celles recueillies chez les patientes de notre étude. Elles sont classées selon différents thèmes : représentation et gestion de la douleur, raisons d'ordre médical, fatigue, anxiété et appréhension de l'accouchement, les attentes par rapports à l'accouchement, la prise en compte de l'entourage et du nouveau-né.

De plus, le livre de Maïtie Trélaün, portant sur la douleur de l'accouchement affirme que : « La peur, le stress, la tension, la fatigue, le froid, la faim, la solitude, l'incompréhension de ce qui se passe, la contrainte, un environnement étranger, toute stimulation du néocortex, [...] auront pour conséquences d'entraver le lâcher-prise au risque d'augmenter la perception de la douleur ».

Puis d'après la revue Cochrane, révélant qu'une étude scientifique sur plus de 15 000 patientes, sur le soutien continu, de la part du personnel médical, ou de l'entourage présent le jour de l'accouchement, prouve que le soutien de la parturiente semble accroître non seulement la satisfaction des femmes quant à leur expérience de l'accouchement, mais aussi sur la douleur, en effet, les femmes ont moins souvent recours à des médicaments contre la douleur.

Les patientes de notre échantillon ont exprimé leur inquiétude face à la gestion de la douleur de l'accouchement. Dans leurs déclarations, la temporalité et l'entourage (conjoint, équipe médicale) sont apparus comme importants. Elles étaient conscientes pendant la grossesse de l'intensité des douleurs présentes lors de l'accouchement. La préparation à la naissance et à la parentalité, leur état émotionnel et les informations reçues à propos de la douleur sont différents éléments intervenant dans la représentation qu'ont les femmes de la douleur.

Signalons que l'enquête périnatale de mars 2016 [36] a étudié pour la première fois le vécu des femmes suite à leur accouchement.

Cela signe le fait que la question est loin d'être classée. Des études ultérieures verront le jour...

6. Bibliographie

- [1] Bible - Genèse 3 [En ligne] – Consulté le 28 mars à l'adresse <http://sainte bible.com/genesis/3-16.htm>
- [2] Caron - Leuilliez M (2008) - L'accouchement sans douleur : une révolution culturelle au milieu du XX^e siècle [En ligne] Consulté le 28 mars 2016 à l'adresse <http://www.cairn.info/revue-spirale-2008-3-page-21.htm>
- [3] Arnal M (2014) - Les douleurs de la mise au monde en France : entre représentations pratiques et pratiques des représentations – FEHAP [En ligne] - Consulté le 28 mars 2016, à l'adresse http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/cahier_de_linstitut_2014ok.pdf
- [4] Verdino S, Azcue M, Maccagnan S - La péridurale, entre émancipation et norme – La Revue Sage- Femme - Volume 14, Issue 2, Mai 2015, Pages 45–49
- [5] Dictionnaire de français Larousse - Définitions : douleur [En ligne]. - Consulté 27 janvier 2016, à l'adresse <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/douleur/26637>
- [6] Vuille M (1988) Accouchement et douleur. Une étude sociologique - LAUSANNE éditions Antipodes-29p
- [7] Le Breton D (1995) Anthropologie de la douleur-PARIS éditions Métailié-55p
- [8] INSERM (2011) - La douleur [En ligne]. - Consulté le 28 mars 2016 à l'adresse <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/douleur>
- [9] Leroy S, Provost D (2010) - Prise en charge de la douleur au cours du travail et de l'accouchement - Traité d'obstétrique - Chapitre 16 - ELSEVIER - p.111-125
- [10] Bonica J. Labor pain. *In* : Melzack, R Textbook of pain. Churchill Livingstone, 1984: 377-92.
- [11] Ranta P, Spalding M, Kangas-Saarela T, Jokela R, Hollmen A, Jouppila P *et al.* Maternal expectations and experiences of labour pain--options of 1091 Finnish parturients. *Acta Anaesthesiol Scand* 1995; 39 : 60-6.
- [12] Escoffier-Lambiotte (1985)- Le Monde - Souffrir inutilement
- [13] Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes consultable - La législation - Titre 2 - Chapitre 1^{er}- Article 3 [En ligne]. - Consulté le 5 février à l'adresse <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/prise-en-charge-de-la-douleur/articles/article/la-legislation>
- [14] Haut Comité de la Santé Publique (1994) - Plan périnatal de 1994- La sécurité et la qualité et de la naissance- (p 54) [En Ligne] - Consulté le 28 mars à l'adresse http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/plan/plan_perinatal/planperinat1994.pdf
- [15] Poitel B, - Péridurale : choisir en connaissance de cause - Bénéfices de la péridurale (p 7) [EN ligne] - Consulté le 30 mars à l'adresse <http://tuina.mtc.free.fr/peridurale.pdf>

- [16] INSERM (2015) En France, la péridurale est fréquente chez les femmes qui souhaitent accoucher sans [En ligne]. - Consulté le 31 janvier 2016 à l'adresse <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-recherche/en-france-la-peridurale-est-frequente-chez-les-femmes-qui-souhaitaient-accoucher-sans>
- [17] Dessureault.A-M (2015) La médicalisation de l'accouchement : impacts possibles sur la santé mentale et physique des familles - Cairn.info. [En ligne] - Consulté le 31 janvier 2016 à l'adresse https://www-cairn-info.bibliopam.univ-catholille.fr/article.php?ID_ARTICLE=DEV_151_0053&DocId=432428&hits=6021+5515+2139+1858+1808+1557+893+863+
- [18] HAS (2014) - Maisons de naissance : cahier des charges de l'expérimentation [En ligne] - Consulté le 29 mars à l'adresse http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/note_de_cadrage_maisons_de_naissance.pdf
- [19] Blondel B, Kermarrec M, - Enquête nationale périnatale 2010 [En ligne]. 2011 Mai - Surveillance prénatale et mesures de prévention (p 22) - Consulté le 23 mars 2016 à l'adresse http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
- [20] Poirier P, - La préparation à la naissance et à la parentalité, ce qu'en savent les futurs parents - Mémoire sage-femme - Université d'Angers - 2011 Mars - p 59 [En ligne] - Consulté le 23 mars 2016 à l'adresse <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00659735/document>
- [21] Acoulon A,- La préparation à la naissance et à la parentalité : ce que veulent les femmes [En ligne] - Mémoire sage-femme - Université d'Auvergne - 2008 - Consulté le 28 mars 2016 à l'adresse <http://www.memoireonline.com/05/13/7165/preparation--la-naissance-et--la-parentalite-ce-que-veulent-les-femmes.html>
- [22] CIANE (avril 2013) Douleur et accouchement - Enquête sur les accouchements - Dossier n°5 - Consulté le 20 mars à l'adresse <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/04/DossierDouleur.pdf>
- [23] Séjourné N, Callahan S - Les motivations des femmes pour accoucher avec ou sans analgésie péridurale - La revue Sage-Femme - Volume 12, Issue 2, Avril 2013, Pages 81 à 88
- [24] CIANE - Respect des souhaits et vécu de l'accouchement - Enquête sur les accouchement - Dossier n°3 [En ligne]. 2012 Août - Consulté le 21 mars 2016 à l'adresse <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>
- [25] Schilte C, Frydman R, - La douleur : intense et variable - Neuf mois - Attendre un bébé - Hachette famille - p 362-363
- [26] Trélaün M, - J'accouche bientôt. Que faire de la douleur? - 2012 - Editions le souffle d'or - p 99
- [27] Fardel S, Riso K, - La musique et son influence sur la perception de la douleur et le travail d'accouchement - Lausanne - 2012- [En ligne] - Consulté le 23 mars 2016 à l'adresse http://doc.rero.ch/record/31915/files/HESAV_TB_Fardel_2012.pdf
- [28] Gayault C, - La place de la musique en salle de naissance - Mémoire sage-femme- Faculté de médecine et maïeutique (Lille) - 2015- p 18- 22.
- [29] CIANE - Quel accompagnement pour les femmes lors de l'accouchement ? - L'accompagnement par les équipes médicales [En ligne]. 2014 Juillet - Consulté le 23 mars 2016 à l'adresse <http://ciane.net/2014/07/quel-accompagnement-pour-les-femmes-lors-de-laccouchement/>

[30] Equipe Naître et grandir - La soulagement naturel de la douleur durant l'accouchement [En ligne]. 2014 Octobre - Naître et grandir - Consulté le 23 mars 2016 à l'adresse <http://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/accouchement/fiche.aspx?doc=grossesse-accouchement-douleur-soulagement-naturel>

[31] Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Soutien continu de la femme pendant l'accouchement – Revue systématique Cochrane R, numéro 4, 2009

[32] Dupre L,- Informations et satisfactions de l'accouchement dystocique - 2012 - Université d'Auvergne (Clermont - Ferrand)

[33] Jacques B, - Sociologie de l'accouchement - Le rapport des femmes aux douleurs de parturition - Collection partage du savoir - Editions Presses Universitaires de France - Avril 2010 (p 148 et 149)

[34] Traité d'anesthésie et de réanimation - Place de l'anesthésie loco régionale dans le traitement de la douleur obstétricale (p 533) [En ligne] - Consulté le 30 mars 2016 à l'adresse https://books.google.fr/books?id=hIDXAgAAQBAJ&pg=PA532&lpg=PA532&dq=Echelle+Numérique+simple+douleurs+accouchement&source=bl&ots=1OIQeM540-&sig=XXpXzL5qPERYVECDK0ad_AKbV84&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwidvI6Rs-rLAhUL2BoKHUFGCBEQ6AEINDAE#v=onepage&q=Echelle%20Numérique%20simple%20douleurs%20accouchement&f=false

[35] Bydlowski M, - Je rêve un enfant : L'expérience intérieure de la maternité - L'état passionné de mère [En ligne] - Consulté le 28 mars 2016 à l'adresse https://books.google.fr/books?id=b9HIBQAAQBAJ&pg=PT88&lpg=PT88&dq=Idéalisation+accouchement&source=bl&ots=t_HrH77QFV&sig=GCcmRZaOz_P_PAwUQ9pcfJqDGmQ&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwjUktW0vurLAhUGPxoKHZtsAE84ChDoAQg-MAY#v=onepage&q=Idéalisation%20accouchement&f=false

[36] La rédaction d'Allodocteurs.fr - Maternité : une enquête pour mieux connaître les jeunes mères [En ligne] - 2015 Mars - Consulté le 23 mars 2016 à l'adresse http://www.francetvinfo.fr/sante/grossesse/maternite-une-enquete-pour-mieux-connaître-les-jeunes-meres_1363877.html

Annexe I

Entretien (prénatal) :

Question 1 : Envisagez-vous une douleur éventuelle lors de l'accouchement ?

Comment ?
Pour quelles raisons ?

Question 2 : La douleur de l'accouchement vous évoque-t-elle une chose en particulier ? (histoires racontées par d'autres femmes, des livres ou articles que vous avez lus, ...)

Question 3 : Quel est le moment de l'accouchement où la douleur vous fait le plus peur ?

La douleur des contractions utérines ?
L'accouchement en lui-même ?

Question 4 : Quelles ressources penserez-vous pouvoir mobiliser lors de l'accouchement ? (Soutien moral et physique de votre conjoint, votre accompagnant (e), musique, les prières...)

Question 5 : Qu'attendez-vous du personnel soignant quant à la gestion de cette douleur ?

Question 6 : Pensez-vous que votre état de stress, de fatigue, d'anxiété puisse avoir une influence sur votre gestion de la douleur lors de l'accouchement ?

Question 7 : Vous a-t-on parlé de la douleur de l'accouchement, lors de vos consultations prénatales ?

OUI : Avec quel effet ? Qu'en pensez-vous à présent ?
NON : qu'en pensez-vous à présent ?

Question 8 : Pour le moment, pensez-vous avoir recours à l'analgésie péridurale pendant le travail et l'accouchement ? Pour quelle(s) raison(s) ?

Question 9 : (si souhait d'une péridurale)

Savez-vous si celle-ci est toujours possible ? Envisageriez-vous de faire sans malgré tout ? Pourquoi ?

À quoi vous attendez-vous en recourant à la péridurale pendant le travail / l'accouchement ?

Annexe II

Entretien (postnatal)

Question 1 : Comment s'est passé votre accouchement ?

Comment l'avez-vous vécu ? Qu'est-ce qu'il vous évoque ?

Question 2 : Y a-t-il eu des moments de douleur ?

Comment les avez-vous vécus ?

Que pourriez-vous m'en dire, qu'en diriez-vous à présent ?

Diriez-vous que cela est proche de ce à quoi vous vous attendiez ? Ou pas ? Dans quelle mesure ?

Est-ce que les personnes présentes autour de vous pendant l'accouchement vous ont aidé à supporter cette douleur ? Si oui de quelle façon ?

En dehors des personnes présentes autour de vous, vous êtes-vous servi de ressources personnelles pour gérer cette douleur ? (Prière, méditation, musique...)

Question 3 : *Vous avez eu recours à la péridurale alors que vous ne la souhaitiez pas au départ (ou inversement selon le contexte),*

Si non : Qu'est-ce qui a fait que vous l'ayez eu ou pas ?

Qu'est-ce qui vous a fait changer d'avis ? (Selon réponses)

(Si péridurale) Les effets de la péridurale étaient-ils ceux attendus ?

Question 4 : Quel a été le moment où la douleur a été la plus forte ? (Pendant le travail ? l'accouchement ?)

Question 5 : Quel adjectif qualifierait le mieux la douleur que vous avez ressentie (le cas échéant) ?

Et sur une échelle de 0 à 10 (sachant que 0 correspond à aucune douleur et 10 à la pire douleur que vous puissiez imaginer) comment évaluez-vous la douleur de votre accouchement ?


Question 6 : Comment estimez-vous les informations reçues à propos des douleurs éventuelles de l'accouchement, aujourd'hui ?

Question 7 : Est-ce qu'il existe un accompagnement qui selon vous, vous aurait aidé à mieux appréhender cette douleur ?


Lequel, pourquoi ?

(Si pas de réponse : on peut suggérer les séances de préparation)

Annexe III :



FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
 Filière Maieutique
 56 rue du Port - 59046 LILLE Cedex
 Tél. : 03-20-13-47-36
 flm-maieutique@univ-catholille.fr



DEMANDE D'AUTORISATION
 pour mener une étude dans le cadre du mémoire de fin d'études


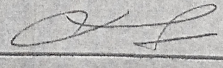
ETUDIANT NOM - Prénom : <u>BOUQUET Elise</u>	Date de la demande : <u>6 / 09 / 15</u>
--	--

DEMANDE

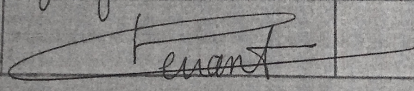
Sujet de la recherche :
La douleur de l'accouchement

Description de l'étude : (joindre le protocole de recherche et l'outil d'étude)

Lieu	<u>Hôpital [redacted]</u>
Service	<u>Consultations prénatales</u>
Période de l'étude	<u>du 3/09/15 au 31/12/15</u>
Modalités de l'étude	Questionnaire <input type="checkbox"/> Entretiens <input checked="" type="checkbox"/> Recueil de données <input type="checkbox"/> Autres (précisez)

Signatures :	
DIRECTEUR DE MEMOIRE	RESPONSABLE DE LA FILIERE MAIEUTIQUE
Nom : <u>ROUYER Cécile</u>	<u>Christiane ROUX</u>
Qualité : <u>Dr MADRAS (DES)</u>	<u>Assesseur Maieutique</u>
Signature : 	

AUTORISATION

Nom :	<u>FERRANT Laurence</u>
Qualité :	<u>Sage-femme coordinatrice</u>
Signature :	

Remarques :

Annexe IV



Avis du comité interne d'éthique de la recherche médicale (CIER) du GHICL

Numéro d'ordre de l'avis : 2015-06-01

Intitulé de la recherche : La douleur de l'accouchement, une représentation en cours d'évolution ?

Investigateur ou responsable du projet : Mme Elise Bouquet

Promoteur : GHICL

Lieu où se déroule la recherche : Hôpital Saint Vincent de Paul

Documents sur lesquels le comité (protocole, document d'information et/ou de consentement remis aux sujets participants...): Grille CIER ; Note d'information patient

Date de réunion du comité d'éthique : 24/06/2015

Personnes ayant délibéré :

- ✓ Le président de la CME du GHICL : Professeur Decoster
- ✓ Le doyen de la FMM et/ou le vice doyen chargé de la recherche : Professeur Gosset
- ✓ Le responsable du DRM et/ou le coordinateur des études cliniques : Docteur Lansiaux
- ✓ Le directeur du centre d'éthique médicale ou son représentant : Monsieur Cobbaut et Monsieur Boitte
- ✓ Un expert médical : Docteur Baumelou
- ✓ Une sage-femme : Mme Huteau
- ✓ Un psychologue du GHICL : Mme Herlant-Hemar et Mme Luizet
- ✓ Un représentant des usagers et de la qualité de prise en charge : Monsieur Lampe

Avis du comité d'éthique du GHICL

- Avis favorable sans restriction**
- ✓ **Demande de précisions et de modifications** (avis temporaire) : voir fiche « demande de modifications du CIER » jointe à cet avis
- Avis défavorable**
 - motivations :
 - recommandations :

Le président du comité d'éthique du GHICL

Nom : P.O. LANSTIAUX

Date : 17/07/15

Signature :

Page 1 sur 2

Le président de la CME du GHICL

Nom : A. Decoster

Date : 20/7/15

Signature :

Demande de modifications du CIER

Numéro d'ordre de l'avis : 2015-06-01

Intitulé de la recherche : La douleur de l'accouchement, une représentation en cours d'évolution ?

Investigateur ou responsable du projet : Mme Elise Bouquet

Promoteur : GHICL

Lieu où se déroule la recherche : GHICL – Hôpital Saint Vincent de Paul

1) Demandes de précisions :

- Préciser, dans la grille CIER, que le niveau de douleur demandé correspond au ressenti de la douleur par la patiente ;
- Noter dans la lettre d'information toutes les informations nécessaires concernant l'enregistrement vocal des patientes :
 - o Noter que ces enregistrements seront détruits après exploitation des données et qu'ils ne seront pas réutilisés par la suite ;
 - o Indiquer que les enregistrements seront gardés sur le lieu de l'enregistrement tout au long de l'étude ;
 - o Informer les patientes de l'anonymisation de ces enregistrements.

2) Demandes de modifications :

- Concernant le critère d'inclusion, noté dans la grille CIER, qu'il semble judicieux d'inclure les femmes primipares uniquement ;
- De même qu'inclure des femmes soit ayant fait une préparation à l'accouchement soit n'en ayant pas fait, mais pas les deux. Cela permettra l'obtention d'un échantillon plus homogène et donc une meilleure extrapolation des résultats à la population choisie ;
- Concernant la notice d'information : reformuler l'objectif de l'étude en notant « L'objectif de cette recherche est de comprendre comment vous, vous envisagez la douleur de l'accouchement, afin d'explorer les facteurs principaux ». En effet, le libellé actuel ne s'adresse pas suffisamment à la patiente.
- Concernant les « effets indésirables et contraintes prévisibles » dans la notice d'information : Indiquer simplement qu'aucun risque n'est prévisible dans le cadre de cette étude.

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE FEMME

ANNEE 2016

TITRE : LA REPRÉSENTATION DE LA DOULEUR DE L'ACCOUCHEMENT

AUTEUR : Elise BOUQUET

Sous la direction de :
Cédric ROUTIER - Psychologue - Directeur de l'Unité HaDePas

MOTS-CLEFS : Douleur – Accouchement – Représentation de la douleur – Vécu de la douleur

RESUME :

La douleur de l'accouchement est un phénomène important dans la vie des femmes.

Afin d'étudier les représentations des femmes de la douleur avant et après l'accouchement, nous avons réalisé une enquête qualitative sur la façon dont les patientes primipares appréhendent la douleur de l'accouchement, et comment elles l'ont finalement vécue. 12 patientes ont été interrogées par entretiens semi-directifs dans une maternité de niveau II B.

Il apparaît que les facteurs les plus prégnants dans la douleur de l'accouchement sont l'entourage, la gestion dans le temps de la douleur, la préparation à la naissance et à la parentalité, les émotions et l'information reçue.

Les patientes de notre échantillon ont exprimé leur inquiétude face à la gestion de la douleur de l'accouchement. Dans leurs déclarations, la temporalité et l'entourage sont apparus comme des éléments importants. Elles étaient conscientes pendant la grossesse de l'intensité des douleurs présentes lors de l'accouchement. La préparation à la naissance et à la parentalité, leur état émotionnel et les informations reçues à propos de la douleur sont différents éléments intervenant dans la représentation qu'ont les femmes de la douleur.

Mémoire disponible et consultable à :

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE VAUBAN
60 rue du Port - 59040 Lille Cedex
Téléphone : 03-59-56-69-79
Email : contact-bibliothèque@univ-catholille.fr