



HAL
open science

Satisfaction des femmes de la prise en charge de la douleur proposée en salle de naissance

Virginie Ruckebusch

► **To cite this version:**

Virginie Ruckebusch. Satisfaction des femmes de la prise en charge de la douleur proposée en salle de naissance. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01441200

HAL Id: dumas-01441200

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01441200>

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

Satisfaction des femmes de la prise en charge de la douleur proposée en salle de naissance

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Présenté et soutenu par

Virginie RUCKEBUSCH

Sous la direction de

Pr Gérard FORZY – Médecin biologiste

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
FILIERE MAIEUTIQUE

Satisfaction des femmes de la prise en charge de la douleur proposée en salle de naissance

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Présenté et soutenu par

Virginie RUCKEBUSCH

Sous la direction de

Pr Gérard FORZY – Médecin biologiste

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 – 2016

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement les personnes sans qui la réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible :

Monsieur Gérard Forzy, mon directeur de mémoire, pour avoir accepté de diriger mon mémoire, pour son accompagnement, son intérêt pour mon travail et pour son aide,

Madame Brigitte Emmery, sage-femme enseignante référente, pour son aide ainsi que pour son investissement et le temps qu'elle m'a consacré,

Les cadres pour avoir autorisées mon étude dans leur établissement,

Les femmes ayant si gentiment acceptées de répondre à mon questionnaire,

Ma famille et mes amis pour leur soutien et leurs multiples relectures.

Sommaire

1. Introduction.....	2
2. Matériel et Méthode.....	5
3. Résultats.....	8
3.1 La population.....	8
3.1.1 Parité	8
3.1.2 Préparation à la naissance et à la parentalité	9
3.1.3 Projet de naissance	9
3.2 L'accouchement	9
3.2.1 La péridurale	9
3.2.2 Issue de l'accouchement	11
3.3 Le ressenti de la femme	12
3.3.1 Représentation de la douleur de l'accouchement	12
3.3.2 Niveau d'anxiété de la femme à l'arrivée en salle de naissance	12
3.3.3 L'état émotionnel de la femme au cours du travail.....	13
3.3.4 Ce qui a aidé à rassurer la femme	13
3.4 Les méthodes utilisées.....	14
3.5 La satisfaction de la femme.....	15
3.5.1 La satisfaction globale	15
3.5.2 L'accompagnement psychologique.....	20
4. Discussion.....	21
4.1 Analyse critique de la méthodologie.....	21
4.1.1 Les points forts.....	21
4.1.2 Les points faibles et les limites de l'étude	21
4.2 Analyse comparative des résultats.....	22
4.2.1 La population	22
4.2.2 Les moyens mis en œuvre.....	24
4.2.3 La satisfaction des femmes.....	27
5. Conclusion.....	30
Bibliographie.....	31
ANNEXES	

1. Introduction

Autrefois, toute femme devait accoucher dans la douleur [1]. Premièrement, parce que la maladie et la douleur faisaient partie intégrante de la vie des Hommes mais aussi parce qu'en France, l'idée de la douleur de l'accouchement était renforcée par la religion catholique « Il dit à la femme : j'augmenterai la douleur de tes grossesses, tu enfanteras dans la douleur » [1-3]. La douleur était un caractère inévitable à l'accouchement, cela était normal d'accoucher dans la douleur, mettre au monde un enfant était synonyme de douleur, de cris, ... Cette souffrance était aussi positive, il fallait avoir vécu cette étape pour « mériter son bébé » [1].

Cependant, il a toujours existé des moyens traditionnels pour essayer d'atténuer la douleur (plantes, méthodes de distraction de la femme agissant sur la composante émotionnelle et cognitive de la douleur, veiller à la qualité de l'environnement matériel et psychologique de la parturiente, prières).

La douleur des contractions a évidemment un effet bénéfique, c'est grâce à elle qu'une femme reconnaît le moment où elle se met en travail et qu'elle ressent, le moment venu, le besoin de pousser pour l'accouchement. Durant la contraction, les mouvements du bassin, les changements de position qui « soulagent » la mère sont ceux qui vont faciliter la descente du fœtus. Mais pour cela, la femme doit être préparée.

En 1952, le Docteur Fernand Lamaze et son assistant Vellay mettent en place en France une technique d'Accouchement Sans Douleur (ASD), par la méthode psychoprophylactique [3,4]. Le principe est de préparer les femmes à l'accouchement, de leur apprendre à oublier la douleur. Cette méthode est basée sur 3 points essentiels [4,5]:

- un enseignement sur l'accouchement (lutter contre la peur de l'inconnu)
- une éducation physique (relaxation et respiration)
- une éducation psychique (diminuer l'anxiété et supprimer la perception de la douleur).

Aujourd'hui, la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) [6] a remplacé l'Accouchement Sans Douleur et propose de nombreuses approches (cours de préparation classique, yoga, sophrologie, haptonomie, Qi gong, préparation en piscine, chant prénatal...) [7].

Les recherches autour de l'anesthésie débutées à la fin du XVIIIème siècle ont amené à la découverte des propriétés sédatives et anesthésiques du chloroforme. Le chloroforme a ainsi été utilisé pour soulager les douleurs de l'accouchement au milieu du XIXème siècle. Les femmes réclament alors « l'accouchement à la reine », la reine Victoria ayant accouché de son huitième enfant sous chloroforme.

Puis, apparue au début du XXème siècle, l'analgésie péridurale commence à être réellement utilisée en obstétrique au cours des années 1970. Elle est aujourd'hui utilisée efficacement et sans risque [8]. Selon les enquêtes nationales périnatales de la DREES, en 1995, 48,6% des femmes avaient recours à la péridurale tandis qu'en 2010, 70% y ont eu recours et 11,4% ont bénéficié d'une rachianesthésie [9]. On constate qu'en 2003, 22,5% des femmes accouchaient sans aucune anesthésie contre 15,7% en 2010 [10].

Comme le souligne Marilène Vuille [11] et comme le reprend Maud Arnal [12], « nous sommes passés d'une société qui normalisait la douleur de l'enfantement, à une société qui normalise la technique ». Ainsi, la douleur de l'accouchement a été rendue pathologique et son soulagement nécessaire.

Au XXIème siècle, en France, la prise en compte de la douleur est inscrite dans le Code de la Santé Publique, au chapitre des Droits de la personne : « *Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toutes circonstances, prévenue, évaluée, prise en compte et traitée...* » [13].

La douleur est définie comme une « *expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes* » [14]. Elle est donc subjective.

A contrario, on constate, depuis quelques années, le souhait de certaines femmes de revenir à un accouchement moins médicalisé, plus autonome, plus physiologique et ainsi ne pas accoucher sous analgésie péridurale [10,15]. Elles peuvent utiliser de nombreuses méthodes, utilisées depuis longtemps, pour gérer au mieux la douleur des contractions comme par exemple les bains chauds, les massages, l'acupuncture, l'homéopathie et l'hypnose [3,16].

Au cours de mes stages en tant qu'étudiante sage-femme, j'ai pu constater que bien souvent il y avait une grande différence entre ce que les femmes avaient prévu, imaginé, et ce qui s'est passé en réalité. Les femmes ne sont donc pas forcément préparées à toute éventualité et peuvent être déstabilisées si les choses sont très différentes de ce qu'elles avaient imaginé. L'accompagnement est alors important [17] et décisif dans la façon dont la femme vivra son accouchement [18].

Mais qu'en pensent les femmes ? Ce sont elles qui sont au cœur de ce sujet, quel est leur avis sur la manière dont elles ont été prises en charge face à la douleur de l'accouchement ?

Ces divers éléments amènent à une problématique :

Face à la douleur de l'accouchement, quel est le point de vue des femmes sur la prise en charge qui leur est proposée ?

Notre objectif de recherche sera d'évaluer le degré de satisfaction des femmes sur la prise en charge de la douleur en salle de naissance. La méthodologie en est présentée ci-après, suivie des résultats bruts qui seront discutés en dernière partie.

2. Matériel et Méthode

Type d'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive et prospective.

Terrain - lieu - période

L'étude était multicentrique et devait se dérouler dans 4 centres hospitaliers de la région Nord-Pas-de-Calais, anonymisés en A, B, C et D : les maternités A et B sont des maternités de niveau III et les maternités C et D sont des maternités de niveau II.

La période de recueil des données était de 1 mois. La période d'analyse statistique et de rapport de fin d'étude était de 3 mois.

Population

La population d'étude était les femmes venant d'accoucher.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Les **critères d'inclusion** étaient les patientes ayant accouché par voie basse, à terme (entre 37 et 41SA) ou terme dépassé, en présentation céphalique ayant pour issue un nouveau-né sain, présent auprès de sa mère.

Les **critères d'exclusion** étaient les patientes ayant accouché par césarienne, les patientes ayant des enfants mort-nés, les patientes mineures, les patientes refusant de participer à l'étude ainsi que les patientes ne parlant et ne comprenant pas le français (barrière linguistique).

Critères de jugement

Les critères de jugement étaient :

- la parité,
- l'élaboration d'un projet de naissance,
- la participation à la préparation à la naissance et à la parentalité,
- la représentation de la douleur de l'accouchement,
- le niveau d'anxiété en arrivant en salle de naissance,
- ce qui leur a permis d'être rassurées,
- les méthodes proposées pour la prise en charge de la douleur des contractions, et leur jugement sur l'efficacité de celles-ci,

- le ressenti de la patiente au cours du travail (calme, stressée, joyeuse, confiante, agitée,...)
- le souhait d'une péridurale, et ce qui s'est passé réellement,
- l'issue de l'accouchement,
- leur opinion sur l'accompagnement psychologique de la part de l'accompagnant, de la sage-femme, de l'auxiliaire de puériculture ou d'une autre personne,
- la satisfaction globale de la patiente sur la prise en charge de la douleur pendant le travail et l'accouchement, évaluée sur une échelle de 0 à 10.

Outil

L'outil était un questionnaire, nécessitant un temps de remplissage d'environ 10 minutes. Le questionnaire comportait 16 questions dont une échelle de satisfaction, des questions à choix unique, des questions à choix multiples, 3 questions ouvertes ainsi qu'un tableau [ANNEXE I].

Mode de recueil de données

Les questionnaires ainsi qu'une notice d'information [ANNEXE II] ont été distribués aux femmes en suites de couches à J2.

A cette occasion, une information orale leur était faite, afin de recueillir leur consentement à participer à l'étude. Il leur était spécifié que leur décision ne modifierait en aucun cas leur prise en charge en maternité.

Les questionnaires ont été distribués par moi-même et ont été récupérés soit directement par moi-même soit par le biais de professionnels de santé (sage-femme ou auxiliaire de puériculture).

Aucune information médicale en dehors du questionnaire n'a été recueillie.

Méthode d'analyse

Les données ont été saisies dans une base de données Excel. Nous avons procédé essentiellement à une analyse descriptive des données : les moyennes et variances ont été calculées pour les données quantitatives, les effectifs et fréquences ont été calculés pour les variables qualitatives.

Nous avons appliqué différents tests statistiques : tests de Chi² de Pearson, tests de Student ainsi qu'une corrélation de Kendall.

Des groupes de patientes ont dû être créés relativement aux modalités de réponses de certaines questions, notamment en fonction de la maternité, afin d'appliquer des tests de comparaison de moyennes ou de proportions, avec un seuil de significativité de 5%.

Considérations éthiques et autorisations

Ce projet a obtenu un avis favorable sans restriction auprès du Comité Interne d'Éthique de la Recherche (CIER) du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL) [ANNEXE III].

Il a également obtenu l'autorisation auprès du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) [ANNEXE IV]

Les autorisations du directeur de mémoire, Mr Gérard Forzy, de la directrice de la filière maïeutique, Mme Christiane ROUX, ainsi que des sages-femmes cadres des 4 établissements concernés ont été recueillies préalablement.

3. Résultats

250 questionnaires ont été distribués et **202** questionnaires ont finalement été recueillis et exploitables (n=202). Numériquement, notre collecte est équilibrée, avec 51 questionnaires dans chacune des maternités A et B et 50 questionnaires dans chacune des maternités C et D. Les 4 centres hospitaliers ciblés ont les caractéristiques suivantes :

- les maternités A et B (niveau III) sont équipées d'une « salle nature » avec une baignoire et un poste de musique. Les autres salles de naissances ne sont pas dotées de poste de musique.
 - les maternités C et D sont des maternités de niveau II. La maternité C dispose de postes de musique dans toutes les salles d'accouchements. La maternité D possède un seul poste de musique portatif dans la « salle nature ».
- Dans toutes les maternités il y a des ballons.

Pour la présentation des résultats, nous indiquons entre parenthèses le numéro de la question afférente, ainsi que le "n" correspondant au nombre de réponses recueillies, excluant ainsi les non-réponses.

3.1 La population

3.1.1 Parité (question n°13, n=201)

Notre échantillon comprend 44% de primipares et 56% de multipares, dont la répartition est la suivante :

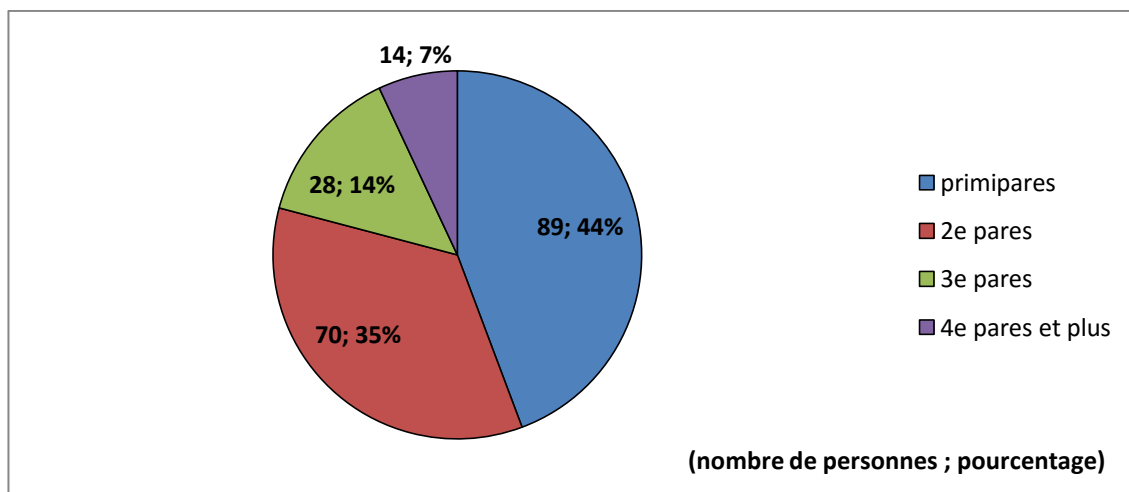


Figure 1 : Parité

3.1.2 Préparation à la naissance et à la parentalité (question n°2, n=202)

Dans notre échantillon, 44% des femmes (89) ont participé à la préparation à la naissance et à la parentalité pour cette grossesse dont 69 primipares. 24% (48) y avait participé lors d'une précédente grossesse.

Au total, 61% des femmes (124) ont participé à la PNP au moins une fois, soit lors de leur grossesse actuelle soit lors d'une grossesse antérieure.

3.1.3 Projet de naissance (question n°14, n=201)

24% (50 femmes) ont écrit un projet de naissance dont 10 sont en rapport avec la gestion de la douleur :

- trois de ces femmes souhaitaient une péridurale et leur projet de naissance était d'avoir le moins de douleur possible, de pouvoir être guidées sur différentes positions, sur la respiration.
- trois femmes souhaitaient accoucher sans péridurale et leur projet de naissance était axé sur la mobilité, les postures, le ballon, la salle nature.
- une femme était indécise quant à la péridurale et souhaitait utiliser l'haptonomie afin de gérer les contractions utérines.
- trois femmes souhaitaient pouvoir choisir d'avoir recours à la péridurale ou non en fonction de leur gestion de la douleur et voulaient être accompagnées par les sages-femmes.

3.2 L'accouchement

3.2.1 La péridurale (question n°9 et 10, n=202)

85,6% des femmes (173) ont eu une péridurale. 14,4% (29) ont accouché sans péridurale.

86,1% des femmes (174) **souhaitaient une péridurale** dont 6% (13) la souhaitaient le plus tard possible. Parmi ces 174 femmes, 87,9% (153) ont réellement accouché avec une péridurale. 12,1% (21) ont accouché sans péridurale.

13 femmes **n'en souhaitaient pas**. Sur ces 13 femmes, 6 ont finalement eu une péridurale. 7 ont effectivement accouché sans péridurale.

15 femmes **étaient indécises** quant au fait d'avoir une péridurale ou non. Parmi ces femmes, seule une a accouché sans péridurale.

Tableau I : Accouchement sous péridurale ou non

Souhait d'une péridurale	Nombre de femmes	Réalisation d'une péridurale	Accouchement sans péridurale
Oui	174	153	21
Non	13	6	7
Indécise	15	14	1
Effectifs totaux	202	173	29

Parmi les 21 femmes *souhaitant une péridurale et n'en ayant finalement pas eu*, 16 ne l'ont pas eu car le travail a été trop rapide, 2 par contre-indication médicale, 1 par choix et 2 n'ont pas précisé la raison.

Parmi les 16 femmes n'ayant pas eu le temps d'avoir une péridurale :

- 7 l'ont « bien » vécu. Parmi ces femmes, 5 ont jugé leur accouchement comme « douloureux mais ça valait le coup » avec une satisfaction globale moyenne à 8, une l'a trouvé « bien, juste ce qu'il fallait » (satisfaction globale non précisée) et une l'a trouvé « trop douloureux » avec une satisfaction globale à 2.
- 3 avaient « peur », étaient « paniquées » dont 2 ont estimé leur accouchement comme « douloureux mais ça vaut le coup » avec une satisfaction globale à 5 et 9 et une l'a trouvé « trop douloureux » avec une satisfaction globale à 7.
- 3 l'ont « mal » ou « très mal » vécu. 2 ont jugé leur accouchement « trop douloureux » avec une satisfaction globale à 2 et 3 et une l'a jugé « douloureux mais ça vaut le coup » avec une satisfaction globale à 7.
- 1 l'a vécu « douloureusement », « trop douloureux » avec une satisfaction globale à 5.
- et 2 n'ont pas précisé.

Les 2 femmes ayant accouché sans péridurale par contre-indication médicale l'ont « mal » vécu. Leur vécu de la douleur va de « trop douloureux » pour l'une des femmes à « douloureux mais ça vaut le coup » pour l'autre. Pour autant, la satisfaction globale est de 8 pour ces 2 femmes.

Parmi les 6 femmes *ne souhaitant initialement pas de péridurale et en ayant finalement eu une*,

- une a bénéficié de la péridurale car il s'agissait d'un déclenchement. Cette femme a jugé la péridurale comme inefficace et a vécu son accouchement comme trop douloureux.

- trois l'ont souhaitée car le travail était long et douloureux. Parmi celles-ci, une a été déçue de craquer avant la fin, une n'a pas de regret et la troisième l'a vécue comme un soulagement.
- une a finalement eu une péridurale car il s'agissait d'un siège. Cette femme était déçue mais a trouvé qu'il s'agissait d'un bon compromis pour ne pas avoir d'anesthésie générale si jamais le siège devait nécessiter une césarienne.
- une n'a pas précisé la raison.

3.2.2 Issue de l'accouchement (question n°15 et 16, n=198)

70% (141) déclarent avoir eu un travail spontané et 28% (57) un déclenchement artificiel du travail.

L'issue de l'accouchement a été un accouchement voie basse non instrumentale pour 76% (153) des femmes. 22% (45 femmes) ont eu une extraction instrumentale (ventouse et/ou forceps).

On note que 23% (47) des femmes pensent¹ avoir eu une épisiotomie.

Tableau II : Episiotomie en fonction de l'issue de l'accouchement

	Episiotomie	Pas d'épisiotomie	Total
Accouchement voie basse non instrumentale	23	130	153
Extraction instrumentale	22	23	45
Non répondu sur l'issue de l'accouchement	2	2	4
Total	47	155	202

Proportionnellement, il y a beaucoup moins d'épisiotomie pour les accouchements par voie basse non instrumentale ($p < 0,00001$).

¹ Lorsqu'il y a une déchirure périnéale suite à un accouchement, les femmes ne font pas forcément la différence entre une épisiotomie et une déchirure périnéale.

3.3 Le ressenti de la femme

3.3.1 Représentation de la douleur de l'accouchement (question n°3, n=200)

44% des femmes avaient, avant l'accouchement, une représentation de l'accouchement comme étant douloureux, 44% comme étant très douloureux et 12% comme peu ou pas du tout douloureux, avec la répartition suivante :

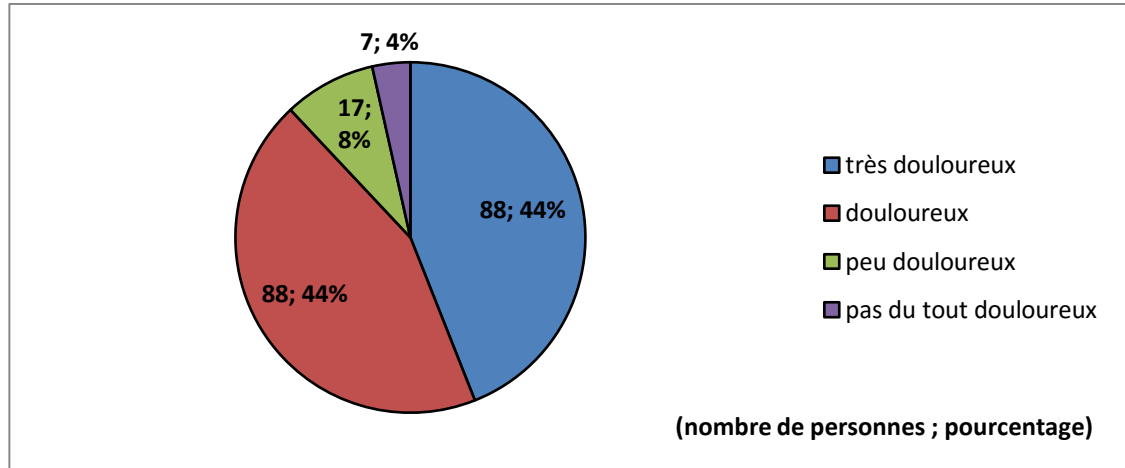


Figure 2 : Représentation de la douleur de l'accouchement

Nous n'observons pas de différence significative pour la représentation de la douleur, en fonction du niveau de soins de la maternité (Chi² de Pearson : p = 0.36).

Nous avons regroupé les modalités « peu douloureux » et « pas du tout douloureux ». Il n'y a pas de différence significative de la représentation de la douleur de l'accouchement en fonction de la parité (Chi² de Pearson : p = 0,30).

3.3.2 Niveau d'anxiété de la femme à l'arrivée en salle de naissance (question n°4, n=201)

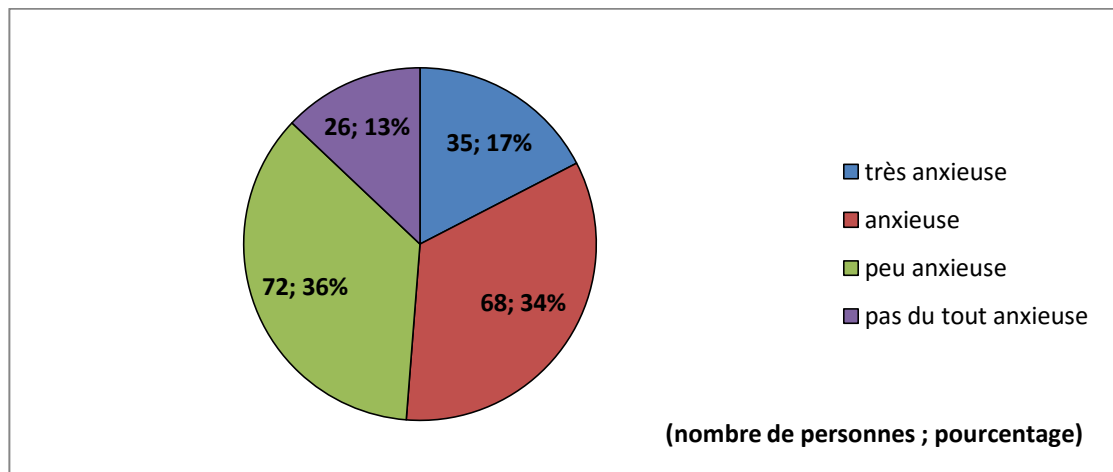


Figure 3 : Niveau d'anxiété à l'arrivée en salle de naissance

A l'arrivée en salle de naissance, 51% des femmes se sont déclarées « anxieuses » ou « très anxieuses », les 49% autres l'étaient « peu » ou « pas du tout ».

L'état d'anxiété des femmes n'est pas différent en fonction des lieux d'accouchement (Chi² de Pearson : p = 0,62).

Il n'y a pas de différence significative de l'état d'anxiété à l'arrivée en salle de naissance que la femme ait bénéficié de PNP ou non (Chi² de Pearson : p = 0,32).

3.3.3 L'état émotionnel de la femme au cours du travail (question n°8, n=202)

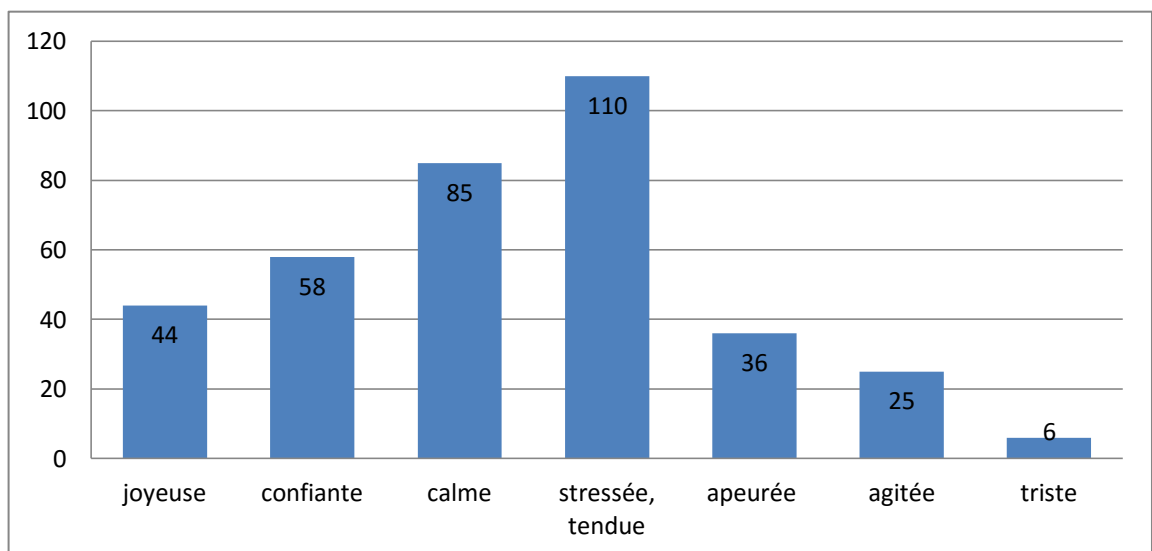


Figure 4 : Etat émotionnel au cours du travail

Pour cette question, les femmes pouvaient choisir plusieurs réponses. Les sensations positives (joyeuse, confiante, calme) sont aussi fréquentes que les sensations négatives (stressée, tendue, apeurée, agitée, triste).

3.3.4 Ce qui a aidé à rassurer la femme (question n°12, n=151 ; question n°1, n=196 ; question n°5, n=199)

La question n°12 était une question ouverte afin de savoir si la femme s'était sentie soutenue dans ses choix mais cette question a générée très peu d'expression libre : 146 femmes ont répondu uniquement par « oui » et 5 femmes par « non », sans développer plus comme nous l'aurions souhaité. 51 femmes n'ont pas du tout répondu à la question.

La question n°1 était une échelle de la douleur et plusieurs réponses étaient possibles à la question n°5 (voir tableau III ci-dessous).

110 femmes se disent rassurées par les informations données par les professionnels de santé, 144 femmes grâce au soutien psychologique de l'accompagnant et 123 par l'accompagnement psychologique venant des professionnels de santé. Pour 52 femmes, s'est grâce à la préparation à la naissance et à la parentalité. 6 femmes disent ne pas s'être senties rassurées.

Tableau III : Notes moyennes de satisfaction (Q1) en fonction de ce qui a aidé à rassurer la femme (Q5)

	N	Note moyenne de satisfaction si la femme a coché la case	Note moyenne de satisfaction si la femme n'a pas coché la case	P
Informations données par les professionnels de santé	N=110	7,96	7,46	Non significatif
Soutien psychologique de l'accompagnant	N = 144	7,72	7,76	Non significatif
Accompagnement psychologique des professionnels de santé	N = 123	7,94	7,40	P = 0,047
Cours de préparation à la naissance	N = 52	8,39	7,51	P = 0,003
La femme n'a pas été rassurée	N = 6	6,08	7,78	P = 0,02

L'indice de satisfaction est significativement plus élevé lorsque la femme s'est sentie rassurée par l'accompagnement psychologique des professionnels de santé et surtout lorsqu'elle s'est sentie rassurée par la préparation à la naissance. Il est significativement plus faible quand la femme a signifié ne pas avoir été rassurée.

3.4 Les méthodes utilisées (question n°7, n=196)

Il s'agit d'un tableau à compléter, avec plusieurs réponses possibles.

Les résultats saisis en gras dans le tableau IV ci-après seront analysés dans la partie discussion.

Tableau IV : Efficacité des différentes approches de gestion de la douleur

	Aurait aimé essayer	La méthode a été proposée (MP)	La méthode a été utilisée (MU)	Efficace	Peu ou pas du tout efficace	Sans réponse sur l'efficacité
	n = 202	n = 202	n = MP	n = MU		
Péridurale	9	173	164	126	37	1
Posture	10	76	75	49	21	5
Antalgiques	8	77	72	27	41	4
Marcher	2	59	57	29	24	4
Ballon	27	57	48	31	14	3
Musique	31	25	25	12	6	3
Bain	51	19	17	13	2	2
Sophrologie	22	17	14	10	3	1
Massages	39	11	10	6	2	2
Acupuncture	24	6	4	2	1	1
Hypnose	29	4	1	1	0	0

Une analyse quantitative des indices de satisfaction en fonction de la méthode antalgique utilisée (posture, antalgiques, marche, ballon) a été réalisée en partageant les femmes en deux groupes (efficace / peu ou pas du tout efficace). Les comparaisons sont non significatives.

3.5 La satisfaction de la femme

3.5.1 La satisfaction globale (question n°1, n=196 et question n°11, n=202)

La satisfaction globale de la femme a été évaluée de différentes manières.

a. Echelle numérique

Sur une échelle numérique de 0 (pas du tout satisfait) à 10 (très satisfait), la moyenne générale de l'indice de satisfaction globale (noté satisfaction sur les graphiques) est de 7,73 avec la répartition suivante :

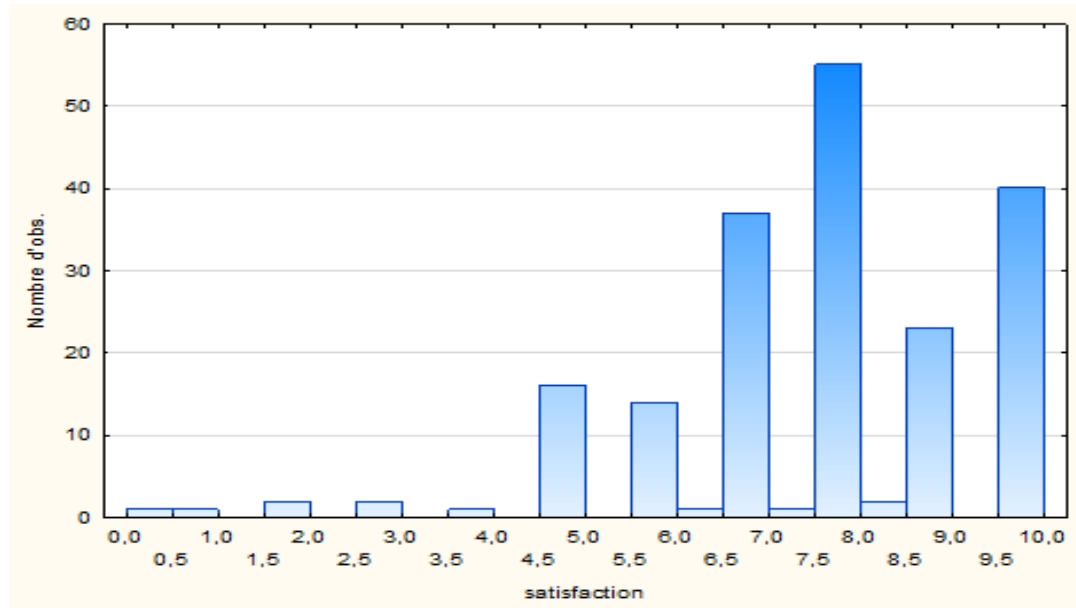


Figure 5 : Répartition de la satisfaction globale des femmes

Il n'y a pas de différence significative entre les 4 lieux d'enquête ($p = 0,89$).

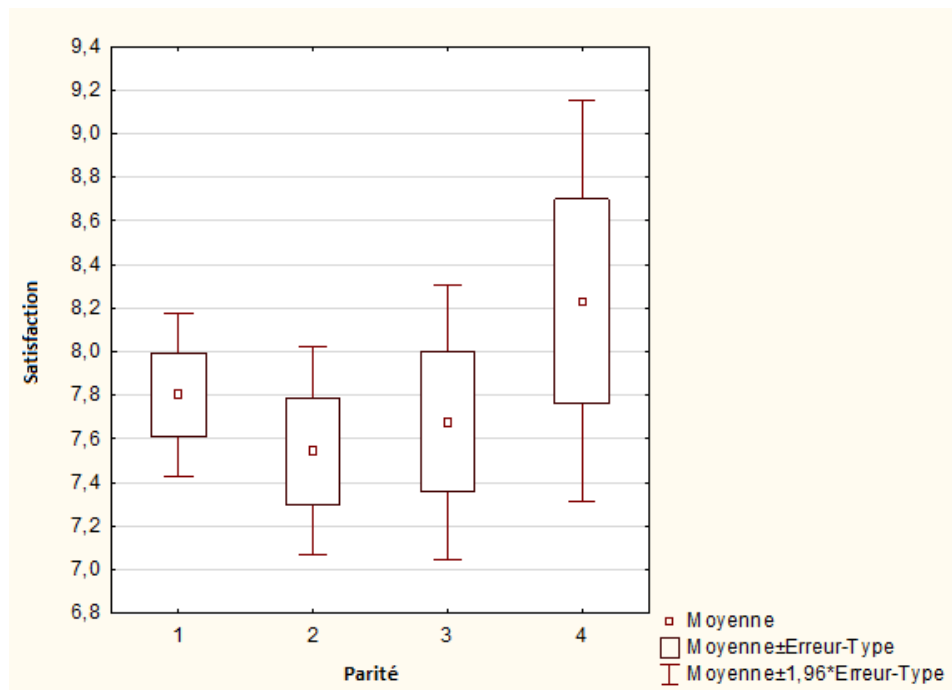


Figure 6 : La satisfaction globale selon la parité

Légende : 1=primipares / 2=deuxièmes pares / 3=troisièmes pares / 4=quatrièmes pares et plus

Il n'y a pas de différence significative de la satisfaction selon la parité ($p = 0,71$).

Il n'y a pas non plus de différence significative de la satisfaction globale en fonction de la représentation initiale de la douleur de l'accouchement ($p = 0,20$), ni en fonction du niveau d'anxiété à l'arrivée en salle de naissance ($p = 0,77$).

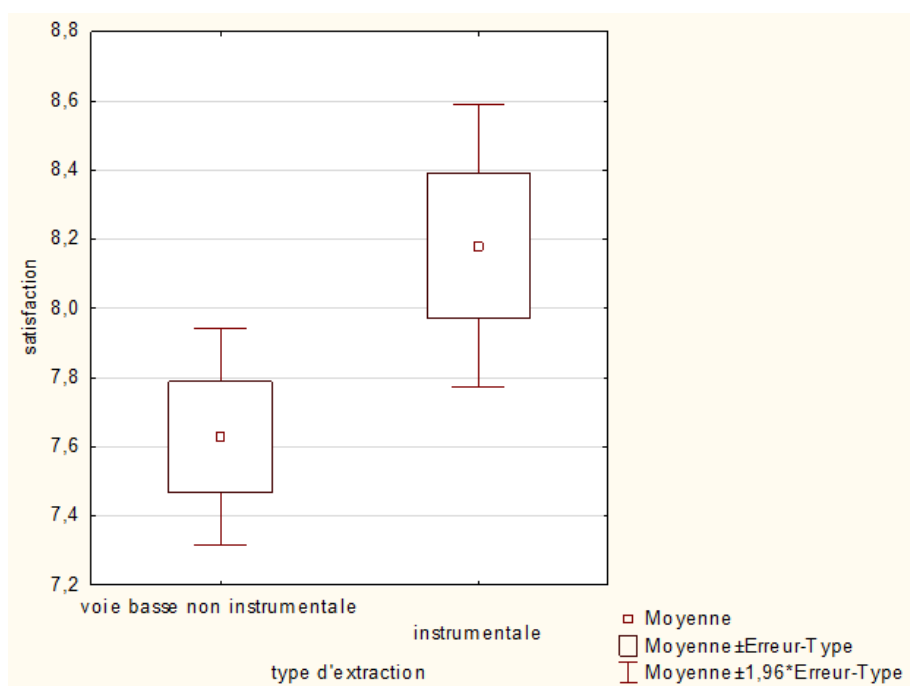


Figure 7 : La satisfaction globale en fonction de l'issue de l'accouchement

Il n'y a pas de différence significative de la satisfaction en fonction de l'issue de l'accouchement (accouchement voie basse non instrumentale ou extraction instrumentale par forceps ou ventouse) ($p = 0,08$).

Il n'y a pas de différence significative de la satisfaction par rapport à la réalisation d'une épisiotomie ou non ($p = 0,39$).

On peut remarquer qu'une minorité de femmes (7 femmes) n'est pas du tout satisfaite (satisfaction de 0 à 4). Voici leurs caractéristiques :

- Une femme a une satisfaction globale à 3 mais pour autant elle n'a « pas eu du tout de douleur, c'est ce qu'elle souhaitait ». Elle s'est sentie soutenue, rassurée par les informations données par les professionnels et par le soutien psychologique de l'accompagnant. Elle a jugé « bon » l'accompagnement psychologique fait par la sage-femme, l'auxiliaire de puériculture et l'anesthésiste.
- Deux de ces femmes souhaitaient une péridurale et ne l'ont pas eue car l'accouchement a été trop rapide. Il s'agissait d'une troisième parée avec un indice de satisfaction à 2 et d'une primipare avec une satisfaction exprimée à 3. Elles l'ont « très mal » vécu et ont jugé leur accouchement comme étant « trop douloureux ».

Ces femmes avaient une représentation de l'accouchement comme étant très douloureux, elles auraient aimé pouvoir essayer différentes méthodes (sophrologie, hypnose, massage et péridurale pour l'une ; antalgiques et péridurale pour l'autre).

- Deux femmes ont jugé leur péridurale comme pas du tout efficace (satisfaction exprimée à 0 et 4) et ont donc vécu leur accouchement comme étant « trop douloureux ».

Ces deux femmes étaient apeurées.

- Une femme ayant exprimé sa satisfaction à 1, a jugé la péridurale comme peu efficace et a vécu son accouchement comme « douloureux mais ça vaut le coup ».

- Une femme ne souhaitait pas de péridurale et n'en a effectivement pas eu. Elle a vécu son accouchement comme étant « douloureux mais ça vaut le coup » et s'est sentie fière d'avoir réussi. Elle s'est sentie soutenue, rassurée par les informations données par les professionnels de santé et par le soutien psychologique de l'accompagnant. Elle était agitée mais confiante.

Nous pensons que sa satisfaction basse (2) vient du fait qu'elle aurait aimé qu'on lui propose d'autres alternatives comme le ballon, le bain, les massages, la musique.

b. Le ressenti de la douleur

- 29,2% (59) considèrent leur accouchement comme « bien, juste ce qu'il fallait »,
- 10,4% (21) « n'ont pas eu du tout de douleur, c'est ce qu'elles souhaitaient »,
- 47,5% (96) estiment leur accouchement comme « douloureux mais ça valait le coup »,
- 1,5% (3) « n'ont pas eu du tout de douleur et ont pensé que c'était dommage »,
- 11,4% (23) ont vécu leur accouchement comme « trop douloureux ».

Tableau V : le vécu de l'accouchement en fonction de la représentation de la douleur

Représentation de la douleur \ Vécu de la Douleur	Douloureux mais ça vaut le coup	Pas du tout de douleur, c'est ce que je souhaitais	Pas du tout de douleur, c'est dommage	Trop douloureux	Bien, juste ce qu'il fallait	Total
Très douloureux	43	8	0	18	19	88
Douloureux	44	6	3	4	31	88
Peu douloureux	7	3	0	1	6	17
Pas du tout douloureux	1	3	0	0	3	7
Total	95	20	3	23	59	200

Deux femmes n'ont pas répondu sur leur représentation de la douleur, ce qui amène notre effectif à n=200.

La douleur de l'accouchement est significativement mieux vécue lorsque la représentation initiale de la douleur est douloureuse et non pas très douloureuse, et d'autant plus lorsqu'elle est de peu ou pas du tout douloureuse (Chi² de Pearson : p = 0,00220).

La douleur du travail et de l'accouchement est significativement mieux vécue lorsque les femmes ont eu une péridurale que lorsqu'elles ont accouché sans aucune analgésie péridurale (Chi² de Pearson : p = 0,00056).

Le vécu de l'accouchement n'est significativement pas différent, peu importe le niveau d'anxiété à l'arrivée en salle de naissance (Chi² de Pearson : p = 0,92).

c. Comparaison des deux échelles d'évaluation de la satisfaction

Compte tenu de l'effectif très faible (3) de la réponse « pas du tout de douleur, c'est dommage » concernant le vécu de la douleur, nous avons choisis de ne pas les intégrer à la comparaison.

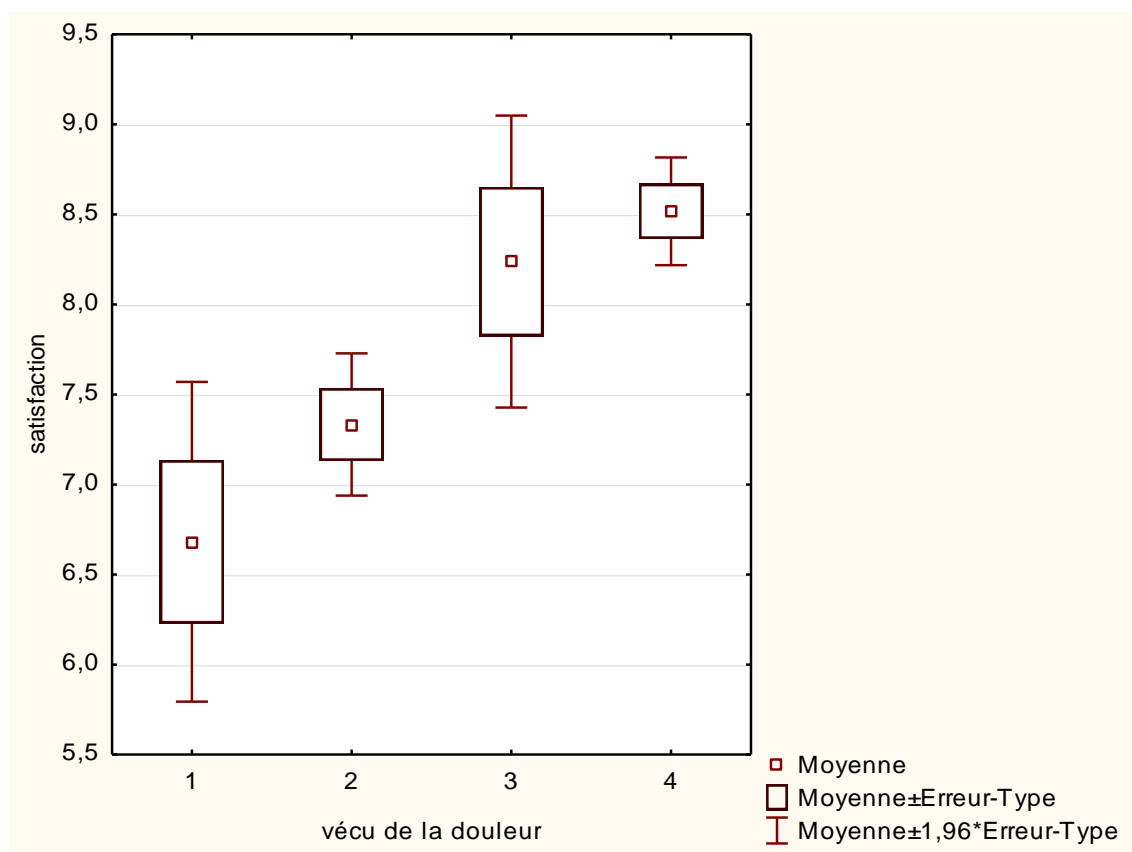


Figure 8 : La satisfaction en fonction du vécu de la douleur

Légende : 1 : trop douloureux / 2 : douloureux mais ça valait le coup / 3 : pas du tout de douleur, c'est ce que je souhaitais / 4 : bien, juste ce qu'il fallait

On note une très bonne corrélation entre le vécu de la douleur évalué quantitativement et l'indice de satisfaction (corrélation de Kendall, r = 0,95).

3.5.2 L'accompagnement psychologique (question n°6)

Les femmes devaient juger de l'accompagnement psychologique apporté par leur accompagnant (conjoint, mère, ami(e),...) (n=193), par la sage-femme (n=199) ou par l'auxiliaire de puériculture (n=188) comme étant « bon », « moyen » ou « mauvais ».

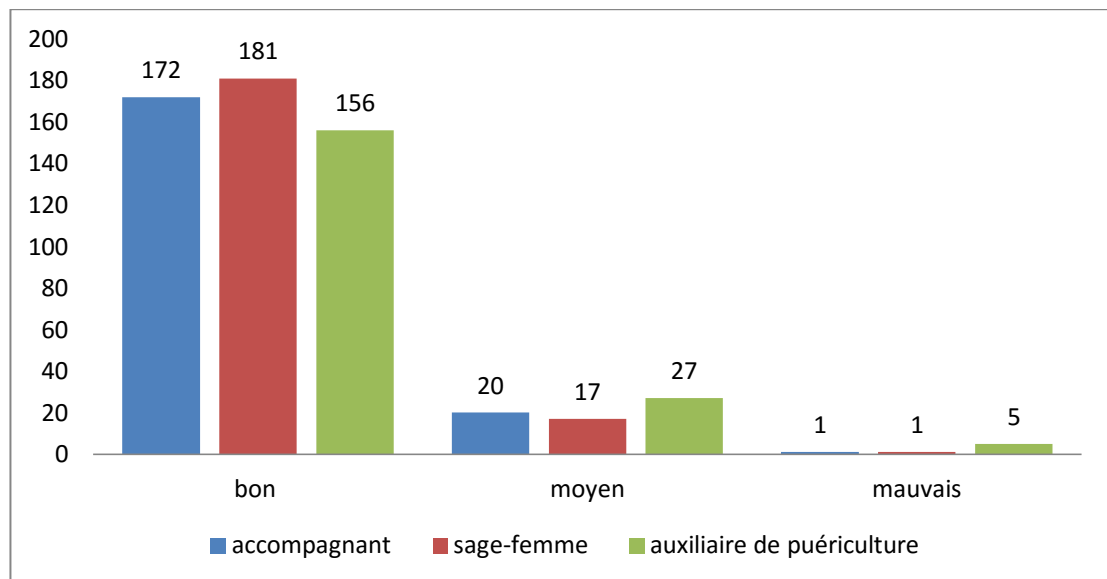


Figure 9 : A propos de l'accompagnement psychologique

Il n'y a pas de différence significative de la satisfaction exprimée par rapport à la sage-femme ($p = 0,41$) ou à l'auxiliaire de puériculture ($p = 0,07$) que ce soit en fonction du lieu ou en fonction de la parité ($p = 0,87$ (SF) et $p = 0,67$ (AP)).

4. Discussion

4.1 Analyse critique de la méthodologie

4.1.1 Les points forts

Nous avons choisi de réaliser des questionnaires plutôt que des entretiens afin d'avoir un plus grand panel. L'obtention de 202 questionnaires exploitables, soit 80% de retour, vient conforter notre choix.

Il s'agissait d'une étude multicentrique dans 4 maternités du Nord-Pas-de-Calais. Ceci a permis le recueil du nombre de questionnaires souhaité dans la limite de la durée impartie à l'étude, ainsi qu'une meilleure représentativité de la population sans biais de sélection.

4.1.2 Les points faibles et les limites de l'étude

Les questionnaires ne permettent pas d'approfondir ni de compléter les informations qualitatives. Or il s'agit d'un sujet concernant le ressenti de la douleur de l'accouchement qui est donc subjectif. Cette subjectivité des femmes enceintes peut avoir plusieurs origines [19] :

- le ressenti individuel
- une tension provoquée par une situation exceptionnelle
- la peur de l'inconnu
- l'épuisement devant un travail prolongé

Les questionnaires ont été distribués au deuxième jour du post-partum, alors que le ressenti de la douleur est en continuel changement, d'autant plus en post-partum. En effet, il y a tout d'abord la chute brutale des hormones d'origine placentaire (œstrogènes et progestérone). Le remaniement hormonal agit sur l'humeur de la femme et peut ainsi fausser l'évaluation de la satisfaction. De plus, l'ocytocine qui est une hormone normalement présente au moment de l'accouchement et en post-partum (d'autant plus lorsque la femme allaite) est communément appelé « hormone de l'amour », de l'affectivité, qui pourrait faire « oublier la douleur de l'accouchement ». Et enfin, malgré tout ce qui a pu se passer lors du travail et de l'accouchement, la mère est en présence de son enfant. Le bonheur peut surpasser la douleur en lui donnant un sens.

Cependant, nous pensons que ce biais potentiel est compensé par le nombre de questionnaires recueillis (202).

La question 12 du questionnaire attendait des commentaires avec une expression libre. Cette question a eu un effet paradoxal avec le plus grand nombre de « non réponses » (51) et au mieux des réponses courtes de type « oui » ou « non ». Cette question aurait dû être posée autrement. Les résultats en sont malheureusement inexploitable.

4.2 Analyse comparative des résultats

4.2.1 La population

a. Comparaison avec la population générale

Nous pouvons comparer la population générale avec notre échantillon en nous basant sur les résultats de l'enquête nationale périnatale de 2010 [10].

En pourcentage	Notre échantillon	Population générale
<i>La population</i>		
Primipares	44	43,4
Multipares	56	56,6
PNP pour cette grossesse	44	48
<i>Début du travail</i>		
Début du travail spontané	70	66,5
Déclenchement	28	22,7
Césarienne programmée	0 (critère d'exclusion)	10,9
<i>Issue de l'accouchement</i>		
AVB normal	76	66,9
Extraction instrumentale	22	12,1
Césarienne	0 (critère d'exclusion)	21
Episiotomie	23	27
<i>Absence d'analgésie pendant le travail</i>		
	14,4	15,7

Les différences pour le début du travail et l'issue de l'accouchement peuvent s'expliquer par nos critères d'exclusion. Rappelons qu'il y a 21% de césariennes dans la population générale.

Concernant l'épisiotomie, il est important de noter que la réalisation d'une épisiotomie est très « opérateur dépendant » (en fonction du gynécologue-obstétricien ou de la sage-femme) et que leur nombre varie selon le pays mais aussi selon la région, selon le statut de l'établissement (public ou privé) et selon le niveau de la maternité (niveau I, II ou III) [20]. De plus, nos données se basent uniquement sur ce que pensent avoir eu les femmes (une vérification dans le dossier médical n'a pas été jugée nécessaire).

Tout cela nous permet de dire que notre population est sur l'ensemble de ces critères très similaire à la population générale.

b. Le ressenti de la femme

Quelle que soit la parité, la représentation de la douleur de l'accouchement reste aussi forte. L'accouchement est connu pour être douloureux, les contractions utérines sont considérées comme des douleurs intenses voire violentes [11]. Il n'est pas toujours facile de faire la différence entre réelle douleur et « sensations » inhabituelles. La grande majorité des femmes se représentent d'emblée le travail et l'accouchement comme étant « douloureux » à « très douloureux », ce qui fait que lorsque les contractions utérines arrivent, la femme peut parfois « anticiper » cette douleur. Il y a d'abord une anticipation émotionnelle de la douleur avant même que celle-ci n'arrive. La douleur a une composante émotionnelle et cognitive [21].

A l'inverse, certaines femmes ont une représentation de l'accouchement comme étant « douloureux » ou « très douloureux » mais pensent que grâce à la péridurale, elles n'auront pas du tout ou très peu de douleur. Elles ne sont donc pas forcément préparées aux contractions utérines douloureuses du début de travail ou dans le cas d'un accouchement trop rapide. Elles peuvent donc avoir plus de difficultés à gérer cette douleur car elles ne s'y sont pas du tout préparées, elles n'avaient pas envisagé cette possibilité [22]. Ces femmes ont tendance à être plus facilement apeurées lors de l'accouchement.

Concernant l'état émotionnel de la femme, il y a autant d'états « positifs » (joyeuse, confiante, calme) que d'états « négatifs » (stressée, apeurée, agitée ou triste). Ces différents états sont très souvent associés, mélangés, la femme peut ressentir des émotions positives et négatives en même temps, avoir un état ambivalent tout au long de l'accouchement. Ces éléments ne joueront pas sur le vécu de l'accouchement.

Dans notre échantillon, la moitié des femmes sont anxieuses dès leur arrivée en salle de naissance même si une partie a assisté aux séances de préparation à la naissance et à la

parentalité. Que la femme y soit préparée ou non, un accouchement reste un acte à risque avec des sensations et des douleurs inconnues qui peuvent également varier d'une grossesse à une autre.

A cela vient s'ajouter une ambivalence entre le sentiment de joie, de donner naissance, de donner la vie à son propre enfant et une anxiété sur ces compétences à être mère. De plus, l'accouchement représente la séparation entre la mère et l'enfant qu'elle a porté pendant 9 mois, c'est le moment où l'on passe de l'enfant imaginaire à l'enfant réel [23]. De plus, cette peur de l'accouchement peut cacher d'autres peurs et angoisses (peur de la séparation, réactivation des angoisses primitives,...) [24]. Il est donc normal que la femme soit anxieuse. Il faut prendre en compte cette « peur », cette « angoisse », afin de l'utiliser à bon escient, de tirer le meilleur parti de ces émotions et de parler de cette peur afin de pouvoir rassurer la femme.

4.2.2 Les moyens mis en œuvre (tableau IV)

Hormis la péridurale, les méthodes les plus souvent proposées et mises en œuvre sont les antalgiques et les postures.

a. Les antalgiques

Les antalgiques (doliprane®, spasson®, nubain®) ne sont jugés efficace qu'une fois sur trois et la satisfaction globale de la femme ne diffère pas selon qu'elle ait bénéficié d'antalgiques ou non. Les antalgiques sont plutôt utilisés pour le début du travail, lors de la phase de latence. Ils peuvent ainsi soulager sur une courte durée ou en cas de faux travail et ainsi ne pas être considérés par la femme comme efficaces.

b. Le bain

Un quart des femmes de notre échantillon aurait aimé pouvoir prendre un bain. Seules 19 personnes se sont vues proposer un bain. Rappelons que seules 2 maternités sur les 4 sont équipées d'une baignoire. De plus, plusieurs conditions doivent être réunies pour autoriser le bain à une femme en début de travail comme ne pas avoir rompu la poche des eaux et ne pas avoir d'analgésie péridurale. Le bain ne diminuerait pas forcément la douleur mais la stabiliserait et diminuerait le recours à l'analgésie péridurale [25].

c. La musique

La musique, jugée efficace, est un bon moyen d'apaiser la femme, de l'aider à se détendre, à être dans la meilleure ambiance possible [26]. La musique diminuerait l'anxiété et la perception de la douleur physique [27]. C'est un moyen qui serait assez facile à mettre en place dans toutes les salles de naissance et à utiliser pour toutes les femmes qui souhaiteraient en

bénéficier (qu'elles aient une péridurale ou non). Lors de la dernière consultation prénatale, nous pourrions conseiller aux femmes de ramener des CDs ou éventuellement une clé USB si le poste de musique le permet avec des musiques qu'elles aiment bien, qui les détendent, afin d'amener en salle de naissance une atmosphère apaisante.

d. Les postures

Comme l'explique Bernadette de Gasquet [28], les postures, utilisables et bénéfiques lors de la grossesse et de l'accouchement, ont de nombreux bienfaits comme par exemple « un vécu plus gratifiant, plus responsable, plus personnel du couple », « une meilleure dynamique utérine, une meilleure oxygénation du bébé, un accouchement moins long, moins traumatique et moins fatigant ». Bernadette de Gasquet propose et illustre de nombreuses positions afin que la femme puisse être guidée et avoir des pistes pour trouver les positions qui lui correspondent.

Chaque femme devrait connaître quelques postures afin de gérer au mieux les douleurs des contractions utérines du début de travail en attendant de pouvoir avoir la péridurale si la femme le souhaite et au cours du travail si la femme n'a pas de péridurale. Il y a aussi les postures sur la table d'accouchement pour soulager et faciliter l'avancée du travail, la descente du bébé.

Ces postures sont jugées efficaces par les femmes de notre échantillon et leurs explications pourraient être faites à toutes femmes. Certaines postures sont déjà présentées en préparation à la naissance et à la parentalité mais pour cibler un plus grand nombre de femmes, nous pourrions montrer plus facilement, à toutes femmes, quelques postures en salle de naissance. Il sera alors ensuite possible à la future maman d'adapter selon sa douleur, selon son propre ressenti.

e. Le ballon

Le ballon est une méthode qui rejoint les postures car c'est un accessoire permettant d'effectuer des postures spécifiques. Le ballon permet de faire des mouvements de bascule du bassin et diminue ainsi la tension du bas du dos. Dans notre étude, cette méthode est jugée plutôt efficace par les femmes. Cependant, cette méthode n'intéresse pas toutes les femmes. En effet, sur 57 femmes à qui l'on a proposé cette méthode, 9 l'ont refusée. Les différentes méthodes doivent ainsi être proposées aux femmes puis c'est à la femme d'essayer et de choisir ce qu'elle préfère afin de gérer au mieux sa douleur.

f. La déambulation

La déambulation est autant jugée efficace que peu ou pas du tout efficace. La déambulation est plutôt utilisée en tout début de travail afin d'aider à la mise en route du travail.

Cependant marcher pendant le travail est bénéfique aussi grâce à la station debout mais elle est plus limitée car la femme ne doit pas trop s'éloigner de la salle de naissance étant donné que l'accouchement peut arriver à tout moment.

g. Autres alternatives

En ce qui concerne les autres méthodes retrouvées dans notre étude (sophrologie, massages, acupuncture, hypnose) les effectifs sont trop faibles afin de pouvoir réaliser une bonne analyse.

On peut tout de même noter que 39 femmes auraient aimé bénéficier de massages. C'est une pratique que l'on pourrait facilement expliquer à l'accompagnant si le couple le souhaite car « les massages pourraient jouer un rôle dans la réduction de la douleur et l'amélioration de l'expérience émotionnelle de l'accouchement pour les femmes » [29]. Cela permet en plus de faire participer le conjoint à l'accompagnement de la femme.

On remarque que l'hypnose a été proposée à 4 femmes et une seule a accepté d'en bénéficier. C'est une pratique qui est encore peu connue et ainsi peut faire « peur ». La femme peut aussi être réfractaire à cette méthode qui agit au niveau de la conscience [21].

h. La péridurale

L'ensemble des femmes ayant bénéficié d'une péridurale ont un meilleur vécu de leur accouchement que celles ayant accouché sans analgésie péridurale.

Cependant, une multitude d'éléments vont interférer sur la satisfaction globale de la femme. Il n'y a pas qu'une seule chose qui fait que la femme sera satisfaite ou non de sa prise en charge mais il s'agit bien de la globalité de la prise en charge.

Les femmes à qui rien n'a été proposé d'autre que la péridurale (49 femmes) ont un indice moyen de satisfaction plus faible (7,53). Comme aucune méthode (hormis éventuellement la péridurale) n'a été proposée, la femme pourrait s'être sentie moins bien prise en charge, avoir l'impression qu'on se soit moins bien occupé d'elle. C'est pour cela que le ressenti de cette femme pourrait être moins bon que celui d'une femme à laquelle on aurait proposé plusieurs alternatives (jugées efficaces ou non) et qui se serait du coup sentie plus soutenue.

Comme on le retrouve dans une étude publiée par le CIANE en 2013 [30], l'analgésie péridurale est en constante évolution et permet aujourd'hui d'avoir recours à des péridurales auto-dosés (où la femme contrôle elle-même la dose de produit injecté) ou ambulatoire (où la

femme a la possibilité de se déplacer avec la péridurale) qui permettent une meilleure satisfaction des femmes par rapport aux péridurales classiques.

i. L'accompagnement

Même si la douleur est, pour toute femme, présente (à un degré plus ou moins important), le ressenti, le vécu de cette douleur diffère en partie grâce au soutien, à l'attention que l'on donne à la femme. « *Celui qui souffre seul, souffre surtout par imagination ; [...] mais l'âme dompte aisément la souffrance, quand sa douleur a des camarades d'épreuve.* » William Shakespeare [31]. En effet, « un soutien empathique et physique continu pendant l'accouchement a pour effet de diminuer le stress et présente de ce fait de nombreux avantages comme un travail plus court, une diminution du recours systématique aux moyens techniques et une réduction des extractions instrumentales » [32].

C'est pour cette raison que le principe de « une femme, une sage-femme » paraît intéressant. En effet l'accompagnement global permet à la femme d'être suivie tout au long de la grossesse par la même sage-femme, que ce soit pour ses consultations prénatales, pour la préparation à la naissance et à la parentalité, éventuellement pour le suivi échographique, et permettant d'autres approches comme par exemple l'acupuncture. Cette même sage-femme réaliserait l'accouchement et assurerait le suivi post-natal, mère et enfant [33]. Etre suivie toujours par le même professionnel de santé permet d'instaurer une bonne relation de confiance. C'est le but des maisons de naissance déjà présentes dans plusieurs pays (Suisse, Allemagne, Belgique, Québec,...) et autorisées au stade expérimental en France en 2016 [34].

4.2.3 La satisfaction des femmes

Les femmes expriment leur satisfaction quant à leur prise en charge.

En effet, peu importe qu'elles soient primipare ou multipare, qu'elles aient eu un accouchement voie basse normale ou avec extraction instrumentale et qu'il y ait eu une épisiotomie ou non, dans notre échantillon les femmes sont satisfaites.

De même, que la femme soit anxieuse ou pas du tout anxieuse à l'arrivée en salle de naissance et qu'elle se représente initialement l'accouchement comme étant douloureux à très douloureux ou pas du tout douloureux, la femme exprime une bonne satisfaction de sa prise en charge face à la douleur en salle de naissance.

Rappelons que nous avons étudié la satisfaction des femmes sur la prise en charge qui leur a été proposée et non pas vis-à-vis de la douleur en elle-même.

Nous observons une bonne concordance entre les deux façons proposées pour mesurer la satisfaction, à savoir une échelle numérique et une liste d'adjectifs. Ceci pointe la bonne cohérence de notre recherche.

Il n'y a pas de différence significative de la satisfaction exprimée selon la parité (figure 6) même si la satisfaction moyenne des quatrièmes pares et plus est plus élevée (8,23) que celle des trois autres groupes (7,68). Il faut noter cependant que pour ce groupe (quatrième pares et plus), la dispersion de l'indice de satisfaction est plus importante. Au fur et à mesure des grossesses, l'accouchement est bien souvent plus rapide mais la perception de la douleur n'est pas pour autant moindre.

En théorie, on pourrait penser qu'un accouchement est mieux vécu lorsqu'il se passe physiologiquement et qu'il n'y a ni extraction instrumentale ni épisiotomie. Malgré la différence non significative, on remarque (figure 7) que les femmes ayant eu une extraction instrumentale ont un indice de satisfaction un peu plus élevé que les femmes ayant eu un accouchement voie basse non instrumentale. On pourrait penser que cette meilleure satisfaction est due au fait qu'elles aient le sentiment d'avoir été prises en charge, qu'on les ait aidées, qu'on se soit occupé d'elles.

Il est possible que la femme se sente reconnaissante qu'on l'ait aidée à mettre au monde son enfant et ainsi être plus satisfaite de la prise en charge qui lui a permis d'accoucher.

La plupart des femmes ayant accouché sans péridurale alors qu'elles en souhaitaient une, ne l'ont pas eu car le travail a été trop rapide. La moitié de ces femmes ont tout de même bien vécu leur accouchement et sont satisfaites de la prise en charge qui a été proposée. Le questionnaire ne permettant pas d'avoir plus de détails, nous pouvons supposer que l'accompagnement et la réassurance de la femme ont en partie contribué à cette satisfaction. De plus, lorsqu'un accouchement est rapide, la femme est moins « épuisée » par la durée du travail. Cependant, ce n'est pas non plus parce que c'est rapide que l'accouchement en est moins douloureux. L'autre moitié l'a moins bien vécu voire même mal vécu. Ces femmes ne s'attendaient certainement pas du tout à devoir accoucher sans péridurale et n'étaient donc pas prêtes.

On remarque donc que parmi les femmes ayant pour projet initial d'avoir une péridurale et n'en n'ayant finalement pas eu, une partie est satisfaite de sa prise en charge et surtout a bien vécu son accouchement. L'autre moitié est plus ou moins satisfaite de la prise en charge mais n'a pas bien vécu l'accouchement sans analgésie péridurale.

Toutes les situations sont possibles et les femmes doivent être préparées à toute éventualité. Il faut laisser le choix à la femme d'avoir une péridurale ou d'accoucher sans analgésie péridurale et accompagner dans leur démarche celles qui sont indécises. Il faut aussi ne pas être catégorique, ce n'est pas parce qu'une femme souhaite initialement accoucher sans

péridurale qu'elle ne peut pas changer d'avis par la suite. Il faut alors s'adapter à chaque situation en accompagnant la femme. Ecouter la parturiente, créer une relation de confiance, l'accompagner, lui proposer différentes alternatives aideront à ce que la femme soit satisfaite.

Concernant les 7 femmes ayant exprimé leur insatisfaction (cf pages 17 et 18) :

- Pour la première femme, le questionnaire ne permet pas de comprendre pourquoi sa satisfaction est faible.

- 3 femmes sont insatisfaites car elles ont jugé la péridurale comme peu ou pas du tout efficace et ont vécu leur accouchement douloureusement. Rien n'a été proposé d'autre pour soulager la douleur. Même si la péridurale peut limiter les mouvements possible de la femme, il est important pour les femmes ayant une péridurale mais la jugeant inefficace de les écouter et de chercher à remédier à cette douleur.

- Pour les femmes dont le travail a été trop rapide pour qu'elles puissent bénéficier de la péridurale alors qu'elles en souhaitaient une, elles ont trouvé l'accouchement trop douloureux. Ces femmes auraient aimé que d'autres possibilités leur soient proposées afin de gérer la douleur. Mais la rapidité du travail a sûrement dû empêcher la mise en place d'autres méthodes. C'est à ce moment là que l'accompagnement devient encore plus important afin de rassurer la femme, qu'elle ne se sente pas seule mais entourée.

Cependant, pour juger de la satisfaction de la femme, de nombreux éléments doivent être pris en compte, comme son caractère, sa propre histoire vis-à-vis de la douleur, sa préparation psychologique. De plus, parfois de tout petits détails peuvent nous paraître insignifiants et pour autant être importants pour la femme et prendre une grande place dans son ressenti. Un accouchement qui peut nous paraître tout à fait physiologique, « parfait », ne l'est pas forcément pour la femme. Et inversement, un accouchement dit difficile n'est pas toujours moins bien vécu.

5. Conclusion

Dans un contexte où la prise en charge de la douleur est devenue importante et où la majorité des femmes souhaite accoucher sous analgésie péridurale, nous remarquons que le souhait de la femme ne peut pas toujours être réalisé lors de l'accouchement. La femme est au cœur de son accouchement. Les professionnels de santé en maternité, outre la bonne santé maternelle et de l'enfant, sont concernés par la satisfaction globale des femmes lors de leur accouchement.

L'objectif de notre recherche était d'évaluer le degré de satisfaction des femmes sur la prise en charge de la douleur en salle de naissance. Nous avons collectés 202 questionnaires réalisés auprès d'accouchées.

Nous avons mis en avant que la majorité des femmes de notre étude semblent satisfaites de leur prise en charge en salle de naissance. Cependant, la plupart de nos résultats sont non significatifs. L'utilisation d'un indicateur composite permettrait peut-être d'affiner l'analyse, la mesure de la satisfaction globale par un indice visuel analogique côté de 0 à 10 n'étant pas suffisamment discriminante.

Afin d'améliorer la prise en charge des femmes en salle de naissance, nous suggérons de leur proposer le plus souvent possible de pouvoir prendre un bain, ou de diffuser de la musique dans les salles de naissances. Les postures, le ballon et les massages pourraient être plus souvent proposés et expliqués. L'accompagnement de la femme doit continuer à être réalisé au maximum dans la mesure du possible (absence de surcharge d'activité).

L'hypnose semblerait être une bonne alternative de prise en charge non médicamenteuse de la douleur et mériterait une étude approfondie de son utilisation lors du travail et de l'accouchement.

Bibliographie

1. Morel M. Histoire de la douleur dans l'accouchement. Société d'Histoire de la Naissance. [En ligne] 2 janvier 2012 [Consulté le 04/05/2015]. Consultable à l'URL : <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article44>
2. Bible. Genèse 3 :16.
3. Briex M. « Quand accoucher rime avec maltraiter : les douleurs de l'enfantement », *Spirale* 2/2012 (n° 62), p. 11-15. [consulté le 25/03/15] Consultable à l'URL : <http://www.cairn.info/revue-spirale-2012-2-page-11.htm>
4. Caron-Leulliez M. L'accouchement sans douleur : une révolution culturelle au milieu du XXème siècle. Spirale 3/2008 (n°47). 218p. p21-26
5. Vander Heym E. Les racines historiques de l'accouchement psychoprophylactique. Maternité de l'hôpital Pierre Rouquès, Les Bluets. [en ligne] [Consulté le 04/06/2015]. Consultable à l'URL : <http://www.bluets.org/spip.php?article139>
6. HAS – RPC 2005 – Préparation à la naissance et à la parentalité – Service des recommandations professionnelles.
7. Guise C. La préparation à la naissance et à la parentalité : à chacun sa méthode. Mémoire de Sage-femme, Université Henry Poincaré, Nancy I, Ecole de Sage-femme de Metz. 2009. 66p.
8. Falzone E, Hoffmann C, Khaled A, Keita H. Analgésie obstétricale. Le Congrès. Médecins. Les essentiels. SFAR 2012.
9. DREES. Enquêtes nationales périnatales. 1995, 2003, 2010.
10. Blondel B, Kermarrec M. Enquête Nationale Périnatale - Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Mai 2011.
11. Vuille M., Accouchement et douleur, Une étude sociologique, Antipodes, Existence et Société, Lausanne, 1998, p. 14
12. Arnal M. Les ambivalences des « doux leurres » de l'accouchement, étude d'une gestion sociale des douleurs des femmes. Ecole HESS. 2014. 229p.
13. Code de la santé publique, article L1110-5. Consultable à l'URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685748>
14. Association Internationale pour l'étude de la douleur (IASP)
15. Horowitz ER, Yogev Y, Ben-Haroush A, Kaplan B. Women's attitude toward analgesia during labor. A comparison between 1995 and 2001. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004; 117 : 30 - 2
16. Chantry A. Approche non médicamenteuse de la douleur en salle de naissance : pratique de la sage-femme. 41^{ème} journées nationales de la société française de médecine périnatale. Grenoble, 12-14 octobre 2011. Springer. 264p. p3 – 17.
17. Gendron-Bulot Mélanie, Le vécu de l'accouchement sans péridurale. Mémoire de sage-femme, Tours, 2007. 106p
18. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Soutien continu de la femme pendant l'accouchement – Revue systématique Cochrane R, numéro 4, 2009

19. Chevalier Nicole. Soins infirmiers en gynécologie et obstétrique. Modulo pratique. Estem. Paris 2008. 187pages. p166.
20. Lansac J, Crenn Hebert C, Riviere O. Quels indicateurs choisir pour évaluer la qualité des soins en maternité ? Gynécologie Obstétrique & amp, volume 41 n°6. Juin 2013. P343-345.
21. Tosti G. Le grand livre de l'hypnose. Editions eyrolles, 8 janvier 2015. 468p. p338 à 342.
22. Deschamps O. La douleur de l'accouchement chez les nullipares : de l'imaginaire à la réalité. Mémoire de sage-femme, école de sage-femme de Toulouse. 2011. 138p.
23. Soulé M. L'enfant dans la tête, l'enfant imaginaire. La dynamique du nourrisson. Paris. ESF. 1983.
24. A. Poizat. Peur de la douleur, angoisse de la naissance : les poupées russes... 41^{ème} journées nationales de la société française de médecine périnatale. Grenoble, 12-14 octobre 2011. Springer.
25. A. Chantry. Approche non médicamenteuse de la douleur en salle de naissance : pratique de la sage-femme. 41^{ème} journées nationales de la société française de médecine périnatale. Grenoble, 12-14 octobre 2011. Springer.
26. Forestier R. Tout savoir sur l'art-thérapie. Edition Favre. Paris. 2011. 232p.
27. Gayault C. La place de la musique en salle de naissance. Etude bibliographique. Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme. Faculté de médecine et maïeutique – filière maïeutique. Lille. 2015.40p
28. Bernadette De Gasquet. Trouver sa position d'accouchement. Edition Marabout pratique 2009, réédition 2012 "Accouchement, la méthode de Gasquet"
29. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L. Massage, réflexologie et autres méthodes manuelles pour gérer la douleur lors de l'accouchement. 15 février 2012. Cochrane.
30. Ciane. « Douleur et accouchement : où en est-on en 2013 ? ». Avril 2013.
31. Shakespeare W. Le Roi Lear (1606). Trad. François-Victor Hugo. P204 Garnier-Flammarion n°17.
32. Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques : fondamentaux. Point 8. DGOS, 2011.
33. ANSFL. L'accompagnement global. Consulté le 13/03/2016. Consultable à l'URL : <http://www.ansfl.org/fr/doc/article/lire/laccompagnement-global/#anchor-attachments>
34. Loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. Journal officiel de la République Française. 7 décembre 2013.

ANNEXES

ANNEXE I : Le questionnaire

Bonjour,

Je m'appelle Virginie Ruckebusch, je suis étudiante sage-femme en 5ème année et je réalise mon mémoire de fin d'étude sur l'auto-évaluation par les femmes sur leur prise en charge de la douleur de l'accouchement.

Je vous remercie de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire anonyme.

Vos réponses nous permettront d'améliorer la pratique des sages-femmes en terme de gestion de la douleur.

1. Sur une échelle de 0 à 10, quelle est votre satisfaction globale par rapport à la **prise en charge de la douleur** pendant le travail et l'accouchement ?



2. Aviez-vous assisté à des cours de préparation à la naissance ?

- Oui
- Non

Si oui, quel type de préparation (classique, sophrologie, yoga, piscine,...) ?

.....

Y aviez-vous participé lors d'une précédente grossesse ?

- Oui
- Non

3. Quelle était votre représentation de la douleur de l'accouchement ?

- Très douloureux
- Douloureux
- Peu douloureux
- Pas du tout douloureux

4. A votre arrivée en salle de naissance, quel était votre niveau d'anxiété ?

- Très anxieuse
- Anxieuse
- Peu anxieuse
- Pas du tout anxieuse

5. Qu'est-ce qui a aidé à vous rassurer ? (plusieurs réponses possibles)

- Informations données par les professionnels de santé
- Accompagnement, soutien psychologique de l'accompagnant
- Accompagnement, soutien psychologique des professionnels de santé
- Cours de préparation à la naissance
- Vous n'avez pas été rassurée
- Autre (préciser) :

6. En salle de naissance, comment jugez-vous l'accompagnement psychologique venant de :

- votre accompagnant (le père de l'enfant, un(e) ami(e), votre mère,...)   
- la sage-femme   
- l'auxiliaire de puériculture   
- autre (préciser)   

7. Afin de gérer au mieux la douleur des contractions :

- a. Dans la première colonne, cochez les méthodes qui vous ont été proposées
- b. Dans les colonnes 2, 3, 4 et 5, évaluez (cochez) l'efficacité de celles dont vous avez pu bénéficier.

	1. On vous a proposé	2. Efficace	3. Peu efficace	4. Pas du tout efficace	5. Je n'en ai pas voulu	6. J'aurais aimé essayer
Ballon						
Antalgique (doliprane, spasfon, atarax, nubain)						
Posture						
Sophrologie						
Marcher						
Acupuncture						
Hypnose						
Bain						
Massages						
Péridurale						
Musique						
Autres : préciser						

- c. Dans la dernière colonne (6), cochez ce que vous auriez aimé essayer.

8. Au cours du travail, vous vous êtes sentie (plusieurs réponses possibles) :

- Calme
- Stressée, tendue
- Apeurée
- Joyeuse
- Triste
- Agitée
- Confiante

9. En arrivant à la maternité le jour de l'accouchement, souhaitiez-vous une péridurale ?
- Oui
 - Non
 - Oui mais le plus tard possible
 - J'étais indécise

10. En réalité, pour l'accouchement, avez-vous eu une péridurale ?
- Oui
 - Non

Pourquoi ? (choix, obligation médicale, proposition des professionnels,...) A quel moment ?

.....

.....

.....

Comment l'avez-vous vécu ?

.....

.....

.....

11. Au final, comment avez-vous vécu la douleur de votre accouchement ? (une seule réponse possible)

- Douloureux mais ça vaut le coup
- Pas du tout de douleur, c'est ce que je souhaitais
- Pas du tout de douleur, aucune sensation, c'est dommage
- Trop douloureux
- Bien, juste ce qu'il fallait

12. Vous êtes-vous sentie soutenue dans vos choix ? Expression libre.

.....

.....

.....

13. Il s'agit de votre ___ ème grossesse.

14. Aviez-vous fait un projet de naissance ?

- Oui
- Non

Si oui, avait-il un rapport avec la gestion de la douleur ?

- Non
- Oui : Préciser

.....

.....

.....

15. La mise en travail a été :

- Travail spontané
- Déclenchement par :
 - Prostine (gel)
 - Propess (tampon)
 - Ballonnet
 - Syntocinon

16. Quel a été l'issue de l'accouchement (plusieurs réponses possible) ?

- Voie basse non instrumentale
- Forceps
- Ventouse
- Episiotomie
- Césarienne en urgence
- Césarienne programmée

Merci de votre participation.

Si, à l'issue de ce questionnaire, vous en ressentez le besoin, n'hésitez pas à en parler avec la sage-femme.

Si vous souhaitez les résultats de mon enquête, n'hésitez pas à me les demander à partir du 1^{er} juillet 2016.

Vous pouvez me contacter par mail : virginie.ruckebusch@lacatholille.fr

ANNEXE II : La notice d'information

NOTICE D'INFORMATION

« Auto-évaluation par les femmes sur leur prise en charge de la douleur de l'accouchement »

Promoteur : Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL),
Hôpital St Philibert, 115 rue du Grand But, BP 249,
59 462 Lomme Cedex

Responsable de l'étude : Mlle Virginie Ruckebusch, étudiante sage-femme

Madame,

Mademoiselle Ruckebusch Virginie, étudiante sage-femme, vous propose de participer à une recherche non interventionnelle intitulée « **Auto-évaluation par les femmes sur leur prise en charge de la douleur de l'accouchement** ».

Nous vous proposons de lire attentivement cette lettre d'information dont le but est de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser.

OBJECTIF DE LA RECHERCHE

L'objectif de cette recherche est d'évaluer le degré de satisfaction des femmes sur la prise en charge de la douleur en salle de naissance afin d'améliorer la prise en charge de la douleur par une sage-femme, pour une patiente ayant accouchée.

EN QUOI CONSISTE VOTRE PARTICIPATION

Votre participation consistera à autoriser l'utilisation, à des fins de recherche, de vos données de santé collectées lors de votre séjour en maternité, après l'accouchement.

DEROULEMENT DE LA RECHERCHE

Si vous acceptez de participer à l'étude, un questionnaire court à remplir en quelques minutes lors de votre séjour en maternité après l'accouchement, vous sera remis.

BENEFICES POSSIBLES

Apporter une amélioration dans la prise en charge de la douleur en salle de naissance.

EFFETS INDESIRABLES ET CONTRAINTES PREVISIBLES

Cette étude ne nécessite qu'un simple remplissage de questionnaire et ne présente pas de contraintes importantes (durée de participation de 10 minutes).

PRISE EN CHARGE EN CAS DE REFUS DE PARTICIPATION DU PATIENT

Votre refus de participation ne modifiera en rien votre prise en charge habituelle.

CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES PATIENTS

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur.

Les données médicales vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière **anonymisée**.

RESULTATS DE LA RECHERCHE

Une fois la recherche terminée, les données collectées seront traitées et analysées par du personnel qualifié pour cette tâche. La confidentialité des données sera respectée.

Si vous le souhaitez, vous pourrez également être informé(e) des résultats globaux de l'étude.

CONTACT POUR PLUS D'INFORMATION

Si vous avez une question quelconque concernant cette recherche, n'hésitez pas à contacter mademoiselle Virginie RUCKEBUSCH, étudiante Sage-Femme en charge de la recherche.

Tel secrétariat service gynécologie obstétrique : 03 20 87 48 29/30

Mail : virginie.ruckebusch@lacatholille.fr

Ou

Monsieur Julien PAMELARD, Correspondant Informatique et Libertés Recherche

Hôpital Saint Philibert – Département de la Recherche Médicale

Rue du Grand But – BP 249, 59 462 LOMME CEDEX

Tel : 03 20 22 57 32 – Fax : 03 20 22 57 67

Mail : correspondant.recherche@ghicl.net



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

<p>Numéro d'ordre de l'avis : 2015-09-02 Intitulé de la recherche : Auto-évaluation par les femmes sur leur prise en charge de la douleur de l'accouchement Investigateur ou responsable du projet : Mme Ruckebusch, étudiante sage-femme Promoteur : GHICL Lieu où se déroule la recherche : Hôpital St Vincent-de-Paul (service de suites de couche)</p>
<p>Documents modifiés 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 bureau restreint comité d'éthique : 28/10/2015 Personnes ayant délibéré : ✓ Le président de la CME du GHICL : Professeur Decoster ✓ Le responsable du DRM et/ou le coordinateur des études cliniques : Docteur Lansiaux ✓ Un expert médical : Docteur Baumelou</p>
<p>Avis du comité d'éthique du GHICL</p> <p>Les demandes de modifications et les recommandations du CIER émises lors de la session du 09/09/2015 ayant été prises en compte, le bureau restreint du CIER délivre à cette étude un :</p> <p><u>Avis favorable sans restriction</u></p>

IMPORTANT :
Le CIER vous recommande de vous rapprocher de Mme Demilly Magali, responsable adjointe du DRM, car cette étude doit être néanmoins, avant son démarrage, faire l'objet d'une déclaration au CCTIRS.

Le président du comité d'éthique du GHICL

Nom : *Dr Elisabeth Baumelou*

Date : *30/10/15*

Signature :

[Signature]
DEMILLY Magali
Responsable Adjoint du DRM
Département de la Recherche Médicale
GHICL-FRM
Hôpital Saint Philibert
Rue du Grand Saix - BP 249 - 59452 Lomme Cedex
Tél : 03 20 22 52 89 - Fax : 03 20 22 57 67

Le président de la CME du GHICL

Nom : *Pr A. Decoster*

Date : *30/10/15*

Signature :

[Signature]

ANNEXE IV : Avis du CCTIRS



MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

Paris, le 17 février 2016

Direction générale
de la recherche et de l'innovation

Service de la performance, du financement et de la contractualisation
avec les organismes de recherche
Département de la culture scientifique et des relations avec la société

Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière
de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS)
Affaire suivie par : Claudine Poudros

Recommandé avec AR - Numéro de dossier à rappeler dans toute
correspondance : CCTIRS N° 16-063

Responsable administrative CCTIRS : Françoise Gaultreau
Mail : francoise.gaultreau@recherche.gouv.fr

Vos réf. :-

Monsieur,

Conformément aux dispositions de la loi n° 94-548 du 1er juillet 1994, vous avez adressé au Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé, un projet de traitement automatisé de données nominatives relatif à une étude intitulée : « Auto-évaluation par les femmes sur leur prise en charge de la douleur de l'accouchement. ».

Après examen de votre dossier, le Comité consultatif a émis l'avis ci-joint.

Les remarques émises par le Comité sont à prendre en compte pour votre dossier CNIL. Si vous souhaitez faire parvenir le dossier corrigé au CCTIRS, il serait archivé sans réponse de notre part.

En revanche, le Comité appelle votre attention sur le fait que **toute modification ultérieure du projet** (modification substantielle) que vous lui avez soumis doit être portée à sa connaissance par courrier postal incluant un dossier unique où **les éléments anciens** figurent en « barrés » et les **éléments nouveaux sont surlignés**.

Nous vous informons qu'un guideline de rédaction de la lettre d'information et du formulaire de consentement est disponible sur le site web du CCTIRS.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations les meilleures.

Didier HOFFSCHIR
Chef du département de la culture scientifique
et des relations avec la société

Monsieur Gérard FORZY
GHICL - Laboratoire de Biologie
Hôpital Saint Philibert
115 rue du Grand But - BP 249
59462 LOMME Cedex

Copie à : Madame Amélie LANSIAUX
GHICL - Laboratoire de Biologie
Hôpital Saint Philibert
115 rue du Grand But - BP 249
59462 LOMME Cedex



MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

**Comité consultatif sur le traitement de l'information
en matière de recherche dans le domaine de la santé**

Dossier n° 16-093

Intitulé de la demande : Auto-évaluation par les femmes sur leur prise en charge de la douleur de l'accouchement.

Responsable scientifique : Gérard FORZY
GHICL - Laboratoire de Biologie
Hôpital Saint Philibert
115 rue du Grand But - BP 249
59462 LOMME Cedex

Demandeur : Amélie LANSIAUX
Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille
GHICL - Laboratoire de Biologie
Hôpital Saint Philibert
115 rue du Grand But - BP 249
59462 LOMME Cedex

Dossier reçu le : 23 décembre 2015

Dossier examiné le : 11 février 2016

Avis du Comité consultatif :

Avis favorable

Le Comité a apprécié la rigueur de la démarche et le souci de la protection des données. Toutefois, le comité demande de prendre en compte les remarques suivantes :

1.- Sur le plan méthodologique : il serait peut être intéressant de relever l'âge (en année) de la femme, et le nombre d'accouchements précédents (ou recueillir au moins la notion 1er accouchement oui/non), ce qui faciliterait l'interprétation des résultats de la question 2c. Ces variables pourraient aussi influencer les résultats. La césarienne étant un facteur de non inclusion, on peut considérer que la question 16 permet de valider l'inclusion. Il est habituel de placer les critères de validation des inclusions en première question.
2.- Sur le plan réglementaire : cette étude ne comportant aucune donnée issue du dossier médical et uniquement les réponses à un auto-questionnaire, sans mention de numéro d'étude et sans table de correspondance entre l'identité de la femme et la réponse au questionnaire, sans aucune date, sans mention de l'identité ou de données permettant de retrouver l'identité des femmes, est une étude anonyme qui ne relève pas du chapitre IX de la loi informatique et libertés. L'autorisation de la CNIL n'est donc pas requise et l'étude peut être mise en œuvre. Les droits d'accès et de rectification ne peuvent s'appliquer, puisqu'il sera impossible de revenir au questionnaire ni de savoir qui a répondu ou non. D'un point de vue pratique, on peut suggérer qu'un encart présentant l'étude soit ajouté au questionnaire en lieu et place de la note d'information, précisant que l'étude est anonyme. Le questionnaire peut être remis aux femmes avec une explication orale et une enveloppe. La femme complète le questionnaire si elle souhaite participer à l'étude et le remet sous enveloppe fermée dans une boîte prévue à cet effet dans le service avant sa sortie. La confidentialité est donc assurée. Si l'investigatrice préfère maintenir une note d'information séparée, il faut donc corriger la note en indiquant que l'étude est complètement anonyme et supprimer les références à la loi informatique et libertés qui ne s'applique pas, au droit d'accès et de rectification, retirer toutes les mentions concernant l'utilisation de données médicales (les réponses à l'autoquestionnaire ne sont pas considérées comme des données médicales).

Fait à Paris, le 17 février 2016

Jean-Louis Serre
Président du Comité consultatif

**MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
ANNEE : 2016**

TITRE : Satisfaction des femmes de la prise en charge de la douleur proposée en salle de naissance.

AUTEUR : Virginie Ruckebusch

Sous la direction de : Pr. Gérard Forzy – Médecin biologiste

MOTS-CLES : accouchement – prise en charge de la douleur – satisfaction – méthodes alternatives

RESUME :

Introduction : Autrefois, toute femme devait accoucher dans la douleur. La maladie et la douleur faisaient partie intégrante de la vie des Hommes, et l'idée de la douleur de l'accouchement était renforcée, en France, par la religion catholique. Cependant, des moyens traditionnels existaient pour essayer d'atténuer la douleur des femmes.

L'analgésie péridurale, utilisée en obstétrique depuis les années 1970, est aujourd'hui utilisée pour plus de 70% des femmes et est devenu la « norme ».

Face à la douleur de l'accouchement, quel est le point de vue des femmes sur la prise en charge qui leur est proposée ?

Méthodologie : Nous avons réalisé une enquête quantitative, descriptive et prospective, auprès de femmes en suites de naissance à J2 dans 4 maternités du Nord-Pas-de-Calais.

Résultats : 202 questionnaires ont été recueillis et exploitables. La moyenne globale exprimée par rapport à la satisfaction de la prise en charge de la douleur lors du travail et de l'accouchement est de 7,73 (sur une échelle allant de 0 à 10). Quoique la plupart de nos résultats soient non significatifs, nous relevons que l'indice de satisfaction est significativement plus élevé lorsque la femme s'est sentie rassurée par l'accompagnement psychologique des professionnels de santé et surtout lorsqu'elle s'est sentie rassurée par la préparation à la naissance. Il est significativement plus faible quand la femme a signifié ne pas avoir été rassurée.

Conclusion : Nous suggérons pour améliorer encore la prise en charge des femmes en salle de naissance, de leur proposer plus facilement de prendre un bain, ainsi que de rajouter des postes de musique dans les salles de naissance. Les postures, le ballon et les massages pourraient être plus souvent proposés et expliqués. L'accompagnement de la femme doit continuer à être réalisé dans tous les cas.

Mémoire disponible et consultable à :

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE VAUBAN

60 rue du Port – 59040 Lille Cedex

Téléphone : 03-59-56-69-79

Email : contact-bibliotheque@univ-catholille.fr