



HAL
open science

Vécu et prise en charge de la douleur au cours du travail obstétrical : étude à visée descriptive et interprétative dans une maternité de type 1

Clara Daigremont

► To cite this version:

Clara Daigremont. Vécu et prise en charge de la douleur au cours du travail obstétrical : étude à visée descriptive et interprétative dans une maternité de type 1. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02481500

HAL Id: dumas-02481500

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02481500v1>

Submitted on 17 Feb 2020

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

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

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**VECU ET PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AU COURS
DU TRAVAIL OBSTETRICAL**

ETUDE A VISEE DESCRIPTIVE ET INTERPRETATIVE DANS UNE MATERNITE DE TYPE I

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

DAIGREMONT Clara

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2019

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**VECU ET PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AU COURS
DU TRAVAIL OBSTETRICAL**

ETUDE A VISEE DESCRIPTIVE ET INTERPRETATIVE DANS UNE MATERNITE DE TYPE I

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

DAIGREMONT Clara

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2019

REMERCIEMENTS

A ma directrice de mémoire, Madame **Carriol Nathalie** et à ma co-directrice Madame **Parayre Inès** pour m'avoir suivi dans ce projet ainsi que pour votre disponibilité et vos précieux conseils.

A **l'équipe pédagogique**, de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand qui m'a fourni les moyens et connaissances nécessaires tout au long de mes études.

A **toutes les sages-femmes** qui m'ont encadré sur le terrain et qui m'ont transmis l'expérience nécessaire pour devenir sage-femme.

A **tous les membres de ma famille**, qui me soutiennent depuis le début.

A **Loïc et sa famille**, pour leur présence, leur aide et leurs encouragements.

A **toutes les femmes**, qui ont participé à l'élaboration de ce mémoire et à l'avancée de la réflexion scientifique dans le domaine de la maïeutique.

CITATION

*« Nous ne sommes pas seulement corps, ou seulement esprit ;
Nous sommes corps et esprit tout ensemble. »*

George Sand

LISTE DES ABREVIATIONS

CCSSNC : Contrôle des Centres Supérieurs du Système Nerveux Central

CIDN : Contrôle Inhibiteur Diffus Nociceptif

EN : Echelle Numérique

EVA : Echelle Visuelle Analogique

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

MEOPA : Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote

PCEA : Patient-Controlled Epidural Analgesia

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

QDSA : Questionnaire Douleur de Saint Antoine

TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

SOMMAIRE

<i>INTRODUCTION</i>	2
<i>REVUE DE LA LITTÉRATURE</i>	4
1. LA DOULEUR DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT	5
2. ELEMENTS FONDAMENTAUX POUR COMPOSER AVEC LA DOULEUR DURANT LE TRAVAIL	15
3. VECU MATERNEL DE LA DOULEUR DU TRAVAIL.....	21
<i>POPULATION ET METHODE</i>	26
1. POPULATION	27
2. METHODE.....	27
<i>RESULTATS</i>	30
1. DEROULEMENT DE L'ETUDE	31
2. DONNEES DES ENTRETIENS	33
3. REPRESENTATIONS PRENATALES DE LA DOULEUR DU TRAVAIL....	37
4. ATTENTES ET PREPARATION ANTENATALE	40
5. DESCRIPTION ET RESSENTI DE LA DOULEUR DURANT LE TRAVAIL	42
6. GESTION DE LA DOULEUR PENDANT LE TRAVAIL	44
7. ANALYSE RETROSPECTIVE DU VECU DE LA DOULEUR.....	51
<i>DISCUSSION</i>	56
1. ATTEINTE DES OBJECTIFS	57
2. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	57
3. DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE	58
4. PERSPECTIVES D'AVENIR.....	66
<i>CONCLUSION</i>	68
<i>GLOSSAIRE</i>	

INTRODUCTION

L'expérience de la douleur du travail est un phénomène indissociable du travail et de l'accouchement. Cette douleur a été décrite comme l'une des plus intenses qu'il puisse être expérimentée au cours de la vie d'une femme (1).

Depuis le XX^{ème} siècle, nos sociétés Occidentales ont marginalisé la vision judéo-chrétienne selon laquelle « *tu enfanteras dans la douleur* » (Genèse 3, 16). En effet, l'analgésie loco-régionale a alors été portée au premier rang des méthodes pharmacologiques de soulagement de la douleur au cours de ces dernières décennies. Son taux d'utilisation se situe à près de 82,6% en 2016 (2). Cependant, beaucoup de femmes continuent de se sentir concernées par l'intensité de la douleur à laquelle elles seront confrontées et se demandent comment elles feront face à cela. La difficulté d'appréhension de cette douleur se situe dans la dimension subjective qu'elle revêt et au fait qu'elle ne peut être ramenée à un processus physiologique standardisé (3). En effet, Hodnett et al. ont publié une méta-analyse en 2012 montrant que l'absence de douleur n'était pas associée à une meilleure satisfaction maternelle (4). Les facteurs psychosociaux et environnementaux inhérents à chacune ne peuvent donc être déliés du vécu de la douleur des femmes.

Dans ce contexte, la Haute Autorité de Santé recommande depuis 2017 « *un soutien individuel, continu et personnalisé, adapté selon leur demande au cours du travail et de l'accouchement (grade A)* » (5). De plus, les femmes restent actrices de leur prise en charge en la souhaitant moins médicalisée et plus respectueuse de la physiologie de l'accouchement (2). Aujourd'hui, les outils pharmacologiques et méthodes alternatives intervenant dans l'aide à la composition avec la douleur sont nombreux. Cette gestion de la douleur au cours du travail obstétrical unie les femmes et les sages-femmes dans une intention commune. L'objectif de cette étude était alors de recueillir et d'analyser le vécu autour de la douleur du travail obstétrical afin de répondre au mieux aux attentes des femmes.

Au préalable, la réalisation d'une revue de la littérature a permis d'élaborer une synthèse de l'état actuel des connaissances scientifiques à ce sujet. Ensuite, ce travail comprend la présentation de la méthode et du plan d'investigation de cette étude. Dans un troisième temps, les résultats et leur analyse sont exposés. Enfin, la partie discussion a permis la mise en parallèle des résultats avec la littérature scientifique tout en incluant les perspectives d'avenir dans ce domaine.

REVUE DE LA LITTERATURE

1. LA DOULEUR DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT

1.1 Neurophysiologie de la douleur

1.1.1 Définitions et mécanismes neurophysiologiques de la douleur

Tout être humain fait, un jour, l'expérience de la douleur. La sensation douloureuse est une sensibilité essentielle pour veiller à l'intégrité du corps physique et psychique. Elle peut être comparée à un sixième sens qui agit en tant que signal chez chacun d'entre nous.

De façon globale, la douleur a été définie par l'Association Internationale d'Etude de la douleur (*International Association for the Study of Pain - IASP*) comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion » (1). Cette définition, bien que scientifique, met en relation les composantes sensorielles et émotionnelles. La douleur n'est donc pas seulement sensation, mais également émotion. Cette diade indissociable aujourd'hui, prend tout son sens lorsque l'on décide d'explorer les étiologies de la douleur mais aussi son vécu.

Le phénomène de la douleur a été l'objet de plusieurs théories au cours du temps. La première d'entre elles spécifiait que l'information passait de la périphérie vers les centres supérieurs et inversement pour appliquer la commande motrice. La théorie suivante, du *pattern*, a mis en avant un relais au niveau de la moelle épinière avant l'intégration au niveau des centres supérieurs et le retour de la commande motrice. Enfin, la dernière en date est la théorie du portillon. Cette dernière repose sur la modulation de l'information douloureuse à différents niveaux du système nerveux avant d'être intégrée comme telle.

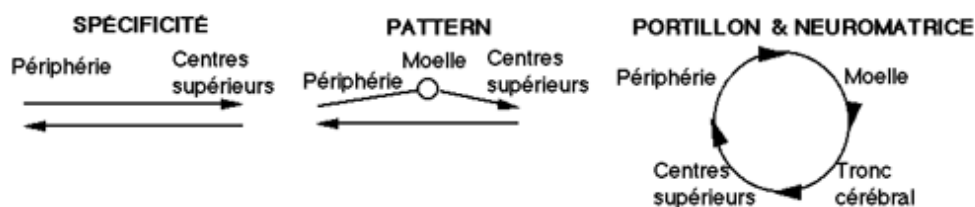


Figure 1 : Evolution des théories de la douleur. Charest, Lavignolle, Chenard, Provencher et Marchand, 1994 École interactionnelle du dos. Rhumatologie, 46

Différents mécanismes sont à l'origine de la douleur : par excès de nociception, par neuropathie, ou par sensibilisation centrale ou mixte. Le plus fréquent reste l'excès

de nociception, dont la majorité est constituée par les douleurs aiguës (2). La douleur aiguë est une réponse à une atteinte tissulaire par une sensation désagréable, dont elle suit l'évolution. Sa durée est généralement inférieure à 30 jours, par opposition aux douleurs chroniques qui ont une durée plus importante (8).

La nociception fait l'objet de cinq processus, bien définis dans la chronologie. Tout d'abord, la transduction est un phénomène moléculaire permettant la transformation d'un message thermique, chimique ou mécanique en message nerveux. La conduction permet l'acheminement du message nerveux des fibres périphériques vers les voies centrales. Cette dernière s'effectue par les fibres *A-delta* et *C* qui permettent respectivement l'activation de la douleur rapide et de la douleur lente. La transmission participe au passage de l'information nerveuse grâce aux synapses. Cette information nerveuse est ensuite modulée par des réseaux d'interneurones ainsi que des voies descendantes, qui facilitent ou inhibent l'information nociceptive. Enfin, la perception de la douleur est propre à chacun car elle est en relation avec les cortex cérébraux qui associent le message nociceptif aux contextes affectifs et émotionnels. Le stimulus est ensuite réintégré au niveau central, ce qui explique l'unicité de la perception douloureuse pour chacun (9).

L'intensité et la localisation de la douleur par le sujet facilitent, de toute évidence, l'orientation clinique. Cependant, le clinicien doit également prendre en compte les différentes composantes de la douleur pour une prise en charge complète et efficace. En effet, la douleur possède a minima quatre composantes (10) :

- La composante nociceptive, qui est en lien avec une blessure réelle ou potentielle. Elle est transmise par les fibres *A-delta et C* et peut être perçue comme douloureuse ou non douloureuse.
- La composante sensori-discriminative (physique), qui permet de déterminer l'intensité de la douleur. Elle constitue alors une expérience subjective.
- La composante cognitivo-comportementale reflète le caractère subjectif de la douleur qui peut être influencé par des facteurs externes comme la culture et le milieu social. D'autre part, elle fait référence à la manière dont un sujet exprime sa douleur.

- La composante motivo-affective (psychologique et émotionnelle), met en avant le caractère désagréable de la douleur. Elle peut être influencée par les émotions et l'expérience du sujet.

Afin d'illustrer l'interdépendance des composantes de la douleur entre elles, un modèle circulaire a été décrit par S. Marchand, docteur en neurosciences.

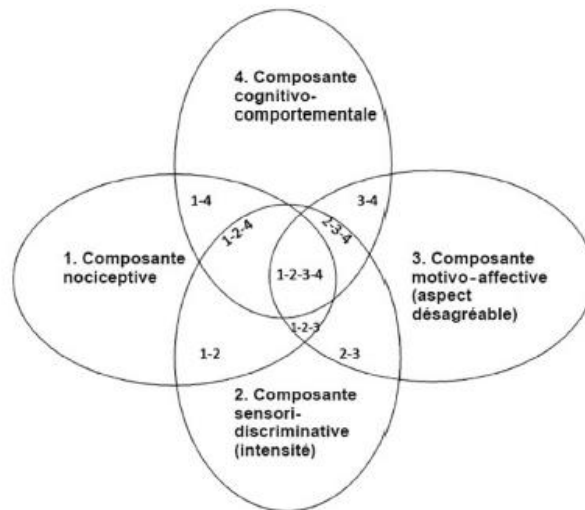


Figure 2 : Modèle circulaire de la douleur (Marchand, 1995)

Grace à ce modèle circulaire de la douleur (*figure 2*), il est démontré que le stimulus nociceptif initial ne constitue pas l'unique facteur de la douleur. De plus, la coexistence de diverses combinaisons entre les composantes de la douleur renforce le caractère subjectif de celle-ci. La nociception est donc propre à chacun et est amenée à évoluer au fil des expériences du sujet.

Les praticiens sont confrontés au phénomène de la douleur, qui peut d'autre part entraîner une souffrance chez le sujet. La distinction et la relation entre ces deux expériences sont donc à définir.

1.1.2 Entre douleur et souffrance

« La souffrance est la résonance intime d'une douleur, sa mesure subjective (11). »

La souffrance se manifeste au sein de la composante motivo-affective, là où apparaît l'aspect désagréable de la douleur. Lorsque le sujet est douloureux, le sentiment de contrôle de sa douleur lui permet de rester en dehors du domaine de la souffrance.

Cependant, si la douleur ressentie provoque en soi un sentiment de perte de contrôle, l'aspect psychique ouvre la porte à la souffrance.

Depuis longtemps, nos sociétés occidentales ont connaissance du dualisme entre le corps et l'esprit. Ce sont deux facettes qui peuvent être atteintes par la douleur. Historiquement, René Descartes (1596-1650) a élaboré le « Je pense donc Je suis » qui émet pour la première fois la dualité corps-esprit. Son « Traité de l'Homme » a permis d'élaborer un premier regard scientifique sur la douleur et d'écarter la dimension religieuse. Le système sensoriel de la douleur a alors pu être exploré. Mais cette dernière n'est pas seulement un trajet nerveux isolé, elle est un enchevêtrement des composantes précédemment citées. Ces composantes renvoient toujours à un contexte personnel et social qui en module le ressenti. Apparaît alors ici toute la complexité de la médecine de la douleur car celle-ci est constamment confrontée à ce dualisme qui ne peut être scindé.

Si la douleur est un concept médical, la souffrance est le concept du sujet qui la ressent (11). Dans le domaine du soin, les interventions visent nécessairement à soulager la douleur mais peuvent parfois négliger la prévention de la souffrance. Il est important de retenir que la souffrance apparaît lorsque le sujet est incapable de faire face à l'aspect désagréable de la douleur et en perd le contrôle. Comment déceler alors l'apparition de la souffrance chez un sujet douloureux ? Durant le travail et l'accouchement, qui sont des fenêtres de haute douleur chez une parturiente, un stress excessif ou le ralentissement du travail peuvent être des indices éclairant le début de la souffrance (6).

Quelle est alors l'application dans le domaine de l'obstétrique ? La Société des Gynécologues-Obstétriciens du Canada a émis des recommandations au sujet de la souffrance, notamment pour les professionnels de santé prenant en charge les parturientes. Ils recommandent entre autres « de soutenir la mère et de proposer des approches non pharmacologiques de prise en charge de la douleur (I-A) ». Ainsi que de « collaborer avec les femmes et être attentifs à leurs besoins pour mettre sur pieds des interventions de soutien répondant à leur désir (III-A) » (7). Le rôle du praticien est donc essentiel lorsque le sujet ne parvient plus à élaborer des mécanismes d'adaptation à la douleur ou lorsque ses ressources ne suffisent plus à faire face à la situation. De manière générale, le professionnel de santé doit être sensibilisé à la souffrance afin de la prévenir.

Globalement, l'atteinte physique par la douleur doit toujours être mise en perspective avec l'atteinte psychique qui est la porte de la souffrance. La souffrance peut

modifier le rapport au monde que présente l'individu, enrichir sa composante motivo-affective et développer ainsi une expérience psychologique et émotionnelle gravée à vie.

1.2 Fondements physiologiques de la douleur pendant le premier et le second stade du travail obstétrical

1.2.1 *La nature de la douleur du travail*

La douleur du travail obstétrical est vécue par beaucoup de femmes comme la pire douleur jamais ressentie, et peut même être à l'origine d'une modification du seuil de tolérance douloureuse après l'accouchement (1). Dans l'étude élaborée par le Dr Melzack en 1975, seules les causalgies et les douleurs après amputation étaient en moyenne supérieures à celle du travail obstétrical (1). Bien que variable d'une femme à l'autre, la douleur du travail s'avère intense pour deux tiers des parturientes, et intolérante dans 20% des cas (1,13).

Lors du premier stade du travail - qui débute par les premières contractions utérines régulières et se termine lorsque la dilatation cervicale est complète – la douleur naît de la dilatation du col et du segment inférieur pendant les contractions. La perception de cette douleur par la femme est présente lorsque la pression intra-amniotique a atteint 15 mmHg. Les mécanorécepteurs présents sur la région para cervicale et sur l'utérus sont alors excités, le message nociceptif est ensuite transmis par les fibres sensibles C vers la corne postérieure de la moelle épinière au niveau des dermatomes T10 à L1 en passant par le plexus hypogastrique.

Durant le second stade de travail – qui commence à dilatation complète et se termine lors de la naissance de l'enfant – la douleur naît des contractions utérines et de l'impact de la présentation sur les structures pelviennes. L'étirement des fascias, la pression musculaire et la traction sur les ligaments utérins, le péritoine pariétal, l'urètre et le rectum participent à une sensation douloureuse plus aigüe. A ce stade, les fibres nerveuses A δ transmettent le message nociceptif vers la corne postérieure de la moelle épinière des dermatomes S1 à S5 (14).

La localisation de la douleur peut être différente en fonction des femmes et de la position fœtale. Elle se situe généralement dans le bas du ventre et/ou du dos, et peut descendre jusque dans les cuisses

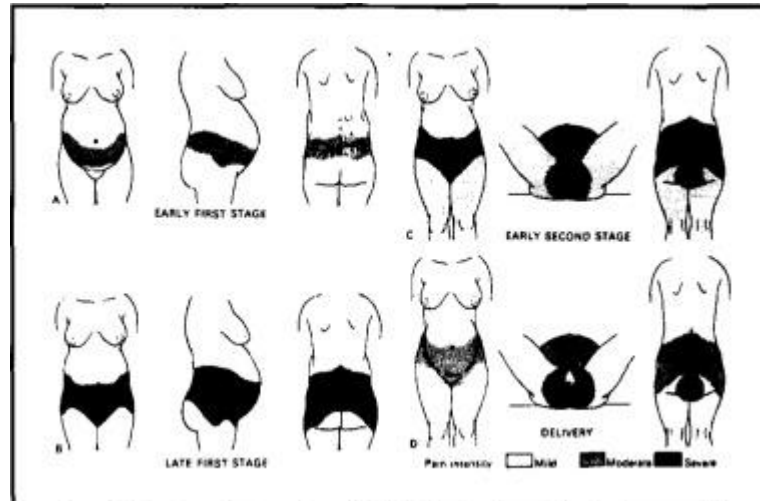


Figure 3 : The pain of Childbirth in: John J. Bonica. *The Management of Pain*, volume II. 1990.

La douleur du travail obstétrical est donc une situation spécifique, car contrairement aux autres formes de douleurs, celle-ci n'est pas indicative d'une défaillance d'un système ou d'une lésion, mais fait partie d'un processus physiologique pour permettre de donner la vie.

1.2.2 La physiologie hormonale

La douleur de l'accouchement est un modèle de douleur aiguë qui met en avant les extraordinaires variabilités inter-individuelles parmi les composantes de la douleur. Durant le travail, la douleur est généralement issue des contractions du muscle utérin provoquées par l'ocytocine. C'est une hormone sécrétée par l'hypothalamus et excrétée par l'hypophyse postérieure. Cette hormone endogène a comme second rôle la réduction du stress et de la douleur au niveau du cerveau car elle franchit la barrière hématoencéphalique ; ceci n'est pas le cas pour l'ocytocine de synthèse qui peut parfois être administrée chez la parturiente (8). Cette hormone essentielle pour le travail, l'accouchement et la délivrance évolue à des concentrations différentes au cours de la grossesse et de la parturition. Son évolution est présentée dans le graphique ci-dessous (figure 4).

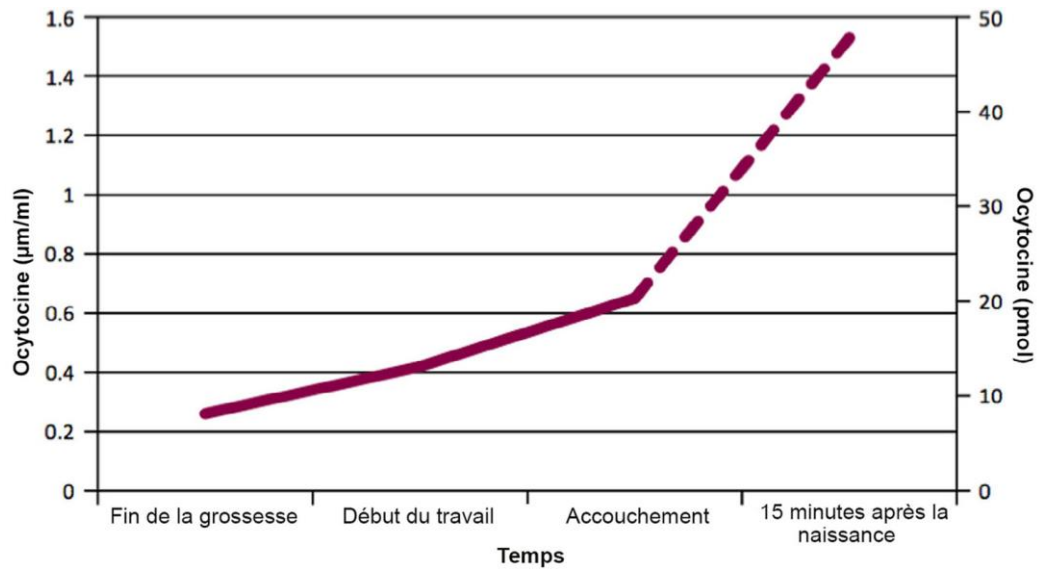


Figure 4 : Taux d'ocytocine à la fin de la grossesse, en début de travail, à l'accouchement et en post-partum. National Partnership for Women and Families. 2015

Le deuxième stade du travail est marqué par une augmentation de la nociception transmise par les nerfs pudendaux. Ils transmettent une augmentation de l'étirement des muscles pelviens et périnéaux ainsi qu'une forte pression exercée sur les racines des nerfs sacrés. Ces phénomènes sont accompagnés également par des hormones comme les catécholamines (adrénaline et noradrénaline) qui, en augmentant physiologiquement en fin de travail, sont une ressource d'énergie pour la mère l'aidant à donner la vie.

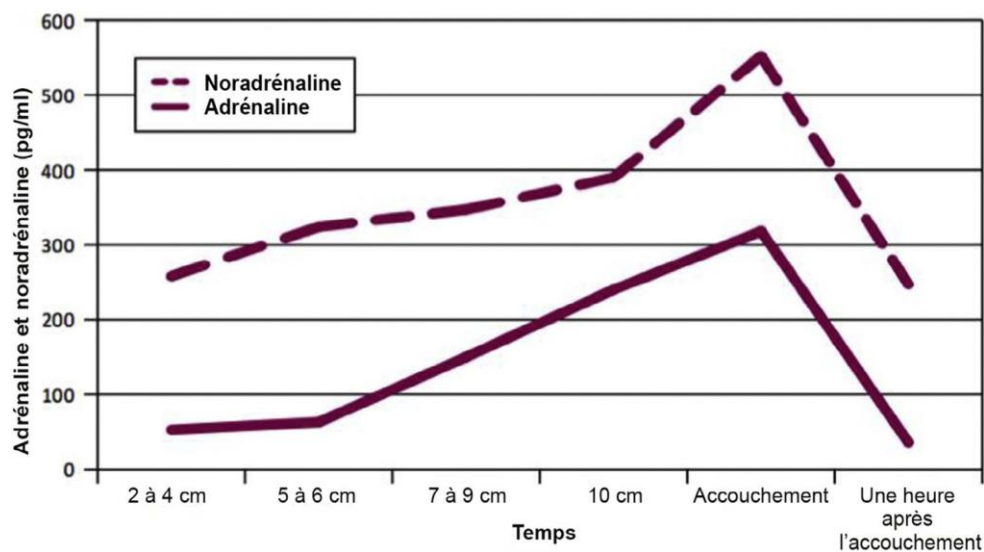


Figure 5 : Taux d'adrénaline et de noradrénaline pendant le travail, à l'accouchement et en post-partum. National Partnership for Women and Families. 2015

Par ailleurs, le système nerveux central est capable de sécréter des endorphines, qui se classent parmi les analgésiques endogènes. Elles participent à la réduction du stress et de la douleur chez la mère et favorisent également l'adaptation respiratoire et métabolique du nouveau-né à la vie extra-utérine (7).

Les endorphines permettent également la libération de prolactine, aussi appelée « hormone maternelle » qui connaît son apogée lors de l'accouchement et du post-partum immédiat. Cette hormone est impliquée dans la production de lait maternel et participe à la bonne réussite de l'allaitement maternel dès l'arrivée du nouveau-né (16). Elle concourt également à l'optimisation des réponses physiologiques et comportementales de la mère pour faciliter l'adaptation de cette dernière à son nouveau rôle.

La physiologie hormonale au cours des différents stades du travail obstétrical remet l'accent sur l'importance du respect d'un environnement propice à la sécrétion endogène de ces hormones endogènes naturelles. Ceci permettra l'avancée physiologique du travail et de l'accouchement.

1.2.3 *Les mécanismes endogènes de régulation du stimulus douloureux*

La douleur du travail est un défi tant sur le point physique que psychologique pour les parturientes. En complément de la sécrétion hormonale, la femme possède des ressources intérieures afin de mieux composer avec la douleur. Ces mécanismes endogènes forment un ensemble neurophysiologique de modulation de la douleur en agissant sur les composantes sensori-discriminative et motivo-affective (12).

Ces mécanismes sont au nombre de trois : la théorie du portillon, le contrôle inhibiteur diffus nociceptif (CIDN) et le contrôle des centres supérieurs du système nerveux central (CCSSNC).

La théorie du portillon (*Gate control*) a été mise en évidence par P. Wall (1925-2001) et R. Melzack (1929) en 1965 (10). Cette théorie met en avant le rôle des mécanorécepteurs non nociceptifs activés par la déformation physique des tissus dans le soulagement de la douleur. En effet, les afférences non nociceptives sont transmises par des fibres de gros diamètre qui empêchent les fibres nociceptives de plus petits calibres de transmettre le signal douloureux. La modulation de ce système neurosensitif entraîne une modification de la perception douloureuse.

L'activation de ce mécanisme au cours du travail peut se faire grâce à des techniques de massage léger, de yoga ou encore de bain-douche (11).

Le CIDN, contrairement à la théorie du portillon, met en jeu les voies descendantes du système nerveux. Ici, la stimulation douloureuse d'une zone non touchée par la douleur initiale provoque la sécrétion d'endorphines au niveau central (12). Le système nerveux central renvoie alors une information inhibitrice globale et diffuse. Ce mécanisme peut être déclenché par la stimulation douloureuse d'un autre site que la zone douloureuse initiale, grâce notamment à l'acupression, à la glace ou encore au massage douloureux (11).

Le contrôle des centres supérieurs du système nerveux central mis en jeu par la stimulation mentale, permet aux afférences nociceptives d'effectuer des liens directs ou indirects en direction des zones du cortex cérébral qui sont liées à la mémoire (système limbique) et aux émotions (cortex frontal). Ce mécanisme modifie alors la perception de la douleur en modulant son aspect désagréable. Il peut être déclenché durant l'écoute de musique, la relaxation et les exercices de respiration (11).

1.3 Comment évaluer la douleur ?

1.3.1 *Recommandations nationales*

Selon les recommandations nationales de la Haute Autorité de Santé (HAS) publiées en décembre 2017, l'évaluation de la douleur ressentie par la femme doit être effectuée, entre autres, lors de l'examen initial à l'admission, au cours du premier et du second stade du travail. Cette évaluation doit se faire à l'aide d'une échelle validée (type Echelle Visuelle Analogique, Echelle Numérique), et ceci de la façon la plus objective possible (20). L'objectif étant de pouvoir personnaliser au mieux le soulagement de la douleur. Cette évaluation de la douleur du patient est une obligation légale du professionnel de santé et fait partie des droits du patient. L'article L.1110-5 du code de Santé Publique stipule : « 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. »

1.3.2 Outils d'évaluation

Les outils d'autoévaluation sont le plus souvent utilisés car ils reflètent plus aisément la dimension subjective de la douleur. En effet, selon la définition de l'IASP « le malade est le meilleur juge pour apprécier sa douleur ».

L'Echelle Visuelle Analogique (EVA) se présente sous la forme d'une ligne horizontale avec une extrémité gauche définie par « pas de douleur » et une extrémité droite définie par « la pire douleur imaginable » du côté du patient. Il est alors demandé au patient de déplacer le curseur sur cette ligne à l'endroit qui représente au mieux l'intensité de sa douleur. Ensuite, le soignant peut regarder la cotation chiffrée de cette douleur sur une échelle de zéro à dix au verso de cette ligne horizontale.

Cet outil est utilisé depuis les années 1960, pour l'évaluation des douleurs aiguës et chroniques (21).

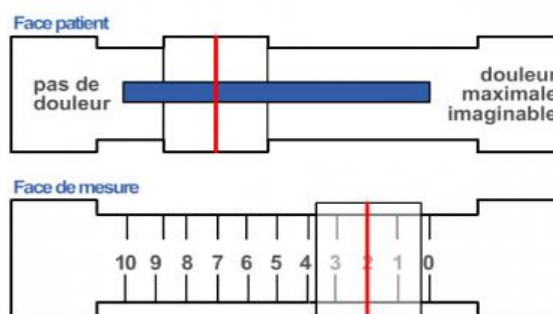


Figure 6 : Echelle Visuelle Analogique (EVA)

L'Echelle Numérique (EN) permet au patient de noter sa douleur entre zéro et dix ou zéro et cent. Le patient fait correspondre sa perception douloureuse à une valeur chiffrée. L'avantage est qu'elle s'applique oralement, contrairement à l'EVA (21).

L'Echelle Verbale Simple se rapporte à une liste d'adjectifs décrivant différents niveaux d'intensité de douleur que le patient doit sélectionner pour décrire au mieux sa douleur (21). Elle fonctionne donc par paliers d'intensité (figure 7).

Douleur	Score
Absente	0
Faible	1
Modérée	2
Intense	3
Extrêmement intense	4

Figure 7 : Echelle Verbale Simple

2. ELEMENTS FONDAMENTAUX POUR COMPOSER AVEC LA DOULEUR DURANT LE TRAVAIL

2.1 Méthodes pharmacologiques

2.1.1 Analgésies locorégionales

L'analgésie péridurale obstétricale, très répandue depuis les années 1980 en France, constitue aujourd'hui l'intervention pharmacologique la plus utilisée et la plus efficace en Occident. Selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2016, le taux d'analgésie péridurale s'élève à 82,6% en 2016 contre 78,1% en 2010 (2). Ce taux s'explique par la croissante médicalisation du travail et de l'accouchement et d'autre part, par le modèle occidental anti-doloriste.

Le but de l'analgésie péridurale est d'obtenir un bloc différentiel qui permet d'éliminer la sensibilité douloureuse tout en conservant la sensibilité proprioceptive et la motricité. Cet effet est produit par l'introduction d'un anesthésique local associé à un morphinomimétique liposoluble et d'éventuels adjuvants comme l'adrénaline pour renforcer l'effet analgésique, dans l'espace épidual près des nerfs qui transmettent la douleur (14). Différents modes d'administration sont utilisés : bolus intermittents, perfusion en continu par une seringue électrique et en bolus autoadministrés grâce à la péridurale contrôlée par la patiente PCEA (*Patient Controlled Epidural Analgesia*).

La rachianesthésie, quant à elle, permet d'injecter des substances médicamenteuses choisies (anesthésiques locaux, morphiniques) directement dans le liquide céphalorachidien, après avoir franchi la dure-mère. Cette technique est

responsable d'un bloc sensitivo-moteur des racines rachidiennes de la moelle épinière, ainsi que d'un bloc sympathique souvent la cause d'une vasoplégie entraînant une hypotension. Cette méthode est plus utilisée dans les cas de césarienne en raison de sa rapidité d'installation et de sa sécurité pour la parturiente (22).

Il est possible de combiner ces deux techniques afin de réaliser une rachianesthésie-péridurale séquentielle. L'analgésie est induite par l'injection de faibles doses de morphinique ou d'un anesthésique local dans l'espace sous-arachnoïdien, et elle est maintenue par voie épidurale (22).

2.1.2 *Alternatives médicamenteuses à l'analgésie locorégionale*

Le bloc pudendal est une technique d'anesthésie qui peut être réalisée par l'obstétricien en injectant un anesthésique local de part et d'autre du col utérin. C'est une technique utilisée lorsque le médecin anesthésiste-réanimateur n'est pas immédiatement disponible en salle de naissance et qu'une instrumentation est nécessaire (14).

Le Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote (MEOPA) peut être utilisé en salle de naissance. Il s'agit d'un mélange gazeux associant 50% de protoxyde d'azote et 50% d'oxygène. Son conditionnement et l'inhalation par masque facial permettent une utilisation en toute sécurité, en complément d'une analgésie pharmacologique insuffisante ou en attendant la réalisation de celle-ci. Cette technique peut être proposée à la parturiente en auto-administration à une concentration réglée par un professionnel de santé (23). Le protoxyde d'azote franchit aisément la barrière placentaire mais l'élimination néonatale est très rapide. Cependant, il expose à un risque d'hypoxie fœtale (24).

La nalbuphine est un opiacé avec des propriétés agonistes et antagonistes. Sa puissance analgésique est proche de celle de la morphine (0,8 fois environ) (25). La sage-femme est autorisée à administrer en intra-veineux une seule ampoule de 20mg par patiente, en début de travail. L'usage de la nalbuphine doit faire l'objet d'un protocole de service mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur. Pour indication, une injection dix milligrammes par quatre heures permet d'obtenir un effet en quelques minutes et ce durant trois à six heures. Cependant, son utilisation n'est pas conseillée en cas de souffrance fœtale et est associée à des effets secondaires maternels et fœtaux (25).

2.2 Méthodes homéopathiques

Le traitement homéopathique vient en complément à la prise en charge habituelle. Il consiste à apporter une réponse thérapeutique non iatrogène à des troubles fonctionnels de la grossesse et il peut également être une aide au déroulement du travail.

L'homéopathie met en œuvre une loi appelée « loi de similitude » qui peut être plus précisément décrite par « toute substance qui, administrée à un individu sain, développe en lui un ensemble de symptômes, est capable de guérir le même ensemble de symptômes présentés par un malade sous des influences diverses ». Hahnemann (1755-1843) avait dès le début essayé de forger en utilisant le mot « homéopathie » qui signifie « maladie semblable » (26). L'homéopathie prend en compte la dimension psycho-affective, qui peut être à l'origine d'une altération du déroulement physiologique du travail. La détermination en amont du fonctionnement psycho-affectif de la patiente durant la grossesse est une étape qui permettra de déterminer ses facteurs de risque au moment du travail et de l'accouchement. Il est alors possible d'anticiper les risques inhérents à l'anxiété pouvant altérer le déroulement du travail et de l'accouchement. En raison de la sensibilité particulière d'une femme enceinte et d'une parturiente, de hautes dilutions seront plutôt utilisées.

A l'entrée dans le dernier mois de grossesse, il est possible de prévenir l'inquiétude avec *Actaea racemosa* 15 CH et de favoriser le déroulement du travail avec *Caulophyllum* 4 ou 5 CH. Ces deux traitements homéopathiques peuvent également avoir une action durant le travail afin de limiter les contractions utérines douloureuses peu ou pas efficaces, avec une rigidité du col.

La thérapeutique homéopathique peut également faire partie d'une boîte à outils pour gérer le stress de l'adulte, souvent générateur d'une perception douloureuse plus élevée. La douleur peut être un stress et le stress peut entraîner la douleur. Selon le type de stress, différentes thérapeutiques seront utilisées. Par exemple, si la femme est prise d'un stress qui inhibe, une dose de *Gelsemium* 15 CH pourra être prescrite en début de travail.

Sans effet secondaire ni risque d'accoutumance, l'homéopathie revêt un rôle préventif. Elle est adaptée au ressenti spécifique de chaque personne et propose une vision globale pour donner à chacun les meilleures chances de s'adapter à son mode de réaction (27).

2.3 Méthodes alternatives

En 2016, plus de 35% des femmes ont rapporté avoir utilisé une méthode non médicamenteuse pour gérer la douleur durant le travail, seule ou en association avec une analgésie médicamenteuse. Ce taux était de 14,3% en 2010. Cette évolution est le reflet d'une part des modifications des pratiques au sein des maternités, et d'autre part des demandes plus importantes concernant l'utilisation des méthodes non médicamenteuses (2). Il est recommandé de respecter le processus physiologique du travail et de l'accouchement, en particulier dans les situations à bas risque obstétrical. Cette demande correspond à un accompagnement physiologique où les interventions techniques et médicamenteuses sont réduites au minimum.

Selon les recommandations de la HAS parues en 2017 « la parturiente doit bénéficier d'un soutien continu, individuel et personnalisé, adapté à sa demande, au cours du travail et de l'accouchement (grade A) » (5).

Contrairement aux méthodes pharmacologiques, qui ont pour but d'atténuer la douleur, les méthodes alternatives à la pharmacologie ont pour objectif d'aider la parturiente à composer avec la douleur. De nombreuses méthodes non pharmacologiques de prise en charge de la douleur peuvent être proposées durant le travail et l'accouchement.

Ces méthodes alternatives peuvent être classées selon le mécanisme endogène de régulation du stimulus douloureux qu'elles mettent en jeu.

2.3.1 *Méthodes alternatives engageant la théorie du portillon*

Les techniques relatives à la théorie du portillon sont une stimulation agréable de la région douloureuse. La douche chaude en fait partie et peut s'effectuer à tout stade du travail et pour une durée appréciable par la patiente. Cette technique permet la relaxation et l'atténuation du message nociceptif en facilitant la libération d'ocytocine et d'endorphines. De plus, la mobilisation de la parturiente est aisée, ce qui optimise la bonne position fœtale. Selon une revue de systématique Cochrane, l'immersion dans l'eau est également associée à une bonne satisfaction maternelle et à un sentiment de contrôle de la douleur (28).

L'application de compresses chaudes ou froides sur la zone douloureuse empêche la transmission du message nociceptif à la moelle épinière, comme l'indique la théorie du portillon. Cette méthode a l'avantage de pouvoir s'adapter aux besoins personnels de la

femme ainsi qu'en fonction de la zone douloureuse et du moment par rapport aux contractions utérines.

Les massages doux améliorent la circulation sanguine et l'oxygénation des tissus ce qui favorise leur relaxation (28). Le massage peut être pratiqué par la sage-femme ou par la personne accompagnant la parturiente. Ils permettent également d'apporter un sentiment de sécurité pour la femme, d'améliorer son humeur et *in fine* d'améliorer sa satisfaction (12).

La mobilité et le positionnement des femmes durant le travail participent à la diminution de la perception douloureuse. En effet, une position verticale avec déambulation améliore la circulation sanguine, la perfusion utéro-placentaire ainsi que l'efficacité des contractions utérines (12). De plus, l'utilisation d'accessoires facilitant la mobilisation comme le ballon, la potence ou un drap de suspension permettent une diminution de la transmission du message nociceptif et donc d'une augmentation de la satisfaction maternelle (29). En effet, la parturiente peut facilement adapter les accessoires à ses besoins tout en bénéficiant de sécurité et confort.

2.3.2 *Méthodes alternatives engageant le contrôle inhibiteur diffus nociceptif (CIDN)*

Les techniques relatives au contrôle inhibiteur diffus nociceptif sont une stimulation douloureuse au cours d'une contraction utérine. Parmi ces techniques, on peut citer l'acupuncture/acupression. Cette méthode consiste à insérer de fines aiguilles ou à pratiquer une pression à des endroits précis du corps. Les points d'acupuncture qui permettent de réduire la douleur du travail se situent au niveau des mains, des pieds et des oreilles. La stimulation douloureuse au niveau des points d'acupuncture lors des contractions utérines provoque le mécanisme du CIDN (12). Une revue systématique Cochrane, a décrit que l'utilisation de l'acupuncture durant le travail réduit l'utilisation des méthodes pharmacologiques pour le soulagement de la douleur (30).

Une alternative à l'acupuncture peut être proposée par le biais de la glace appliquée sur les points d'acupuncture. Une deuxième douleur provoquée sur ces points d'acupuncture peut aider à diminuer la sensation douloureuse.

L'injection intradermique d'eau stérile près de la région lombo-sacrée active également le CIDN. Cette technique permet le relargage des opioïdes endogènes

entraînant la diminution de la douleur ressentie. Cette intervention dure entre quarante-cinq et cent-vingt minutes et peut être répétée si besoin (12).

La dernière technique permettant l'activation du CIDN est la neurostimulation électrique transcutanée (TENS). Elle consiste à remettre à la parturiente un courant électrique de basse fréquence et d'intensité variable grâce à des électrodes placées sur la peau. La femme possède le contrôle des paramètres de l'électrostimulation. Le mécanisme reste encore méconnu ; une application des électrodes sur les points d'acupuncture peut cependant améliorer la diminution de la douleur. La neurostimulation électrique diminue également la sécrétion des catécholamines qui ont tendance à inhiber les contractions utérines et donc à ralentir le travail obstétrical (28).

2.3.3 *Méthodes alternatives engageant le contrôle des centres supérieurs du système nerveux central (CCSSNC)*

Les méthodes relatives au CCSSNC agissent par le contrôle de la pensée et du mental. Toute technique amenée à contrôler le système nerveux peut transformer la perception de la douleur, en modifiant le message nociceptif et en relarguant des endorphines (18). Les techniques qui font appel à ce mécanisme sont les techniques de relaxation comme le yoga, la méditation et l'écoute de musique. Le yoga, par sa combinaison d'exercices de positionnement couplés à une respiration abdominale lente et profonde, procure un état de conscience qui conduit à harmoniser le corps et l'esprit. La méditation, quant à elle, permet de maîtriser le mental et procure des effets apaisants qui éloignent la perception de la douleur. Ces techniques basées en premier lieu sur la respiration consciente, développent les capacités de concentration et de détente essentielles pour se détacher de la douleur ressentie. Ces techniques nécessitent cependant un apprentissage sur le long terme mais avec des premiers effets ressentis dès les premières séances.

L'hypnose est également une méthode de choix pour accéder au contrôle des centres supérieurs et se libérer ainsi de ses peurs. Elle nécessite l'adhésion de la patiente et l'accompagnement par une personne formée qui effectuera des suggestions dans un objectif de communication thérapeutique. Cependant, la femme peut apprendre l'autohypnose qui est également réalisable en pré et per-natal. Grâce à cet outil, la parturiente peut entrer dans un état de relaxation profond lui permettant de se libérer des tensions et de la sensation douloureuse.

Afin de favoriser la réussite de toutes ces techniques, un environnement sécurisant doit être mis en place autour de la parturiente. Il doit être riche en chaleur et en intimité pour favoriser la libération naturelle des hormones endogènes. De plus, le soutien physique et émotionnel continu procuré par l'entourage de la parturiente est essentiel au déroulement physiologique du travail et de l'accouchement. Ce soutien est désormais recommandé par les institutions de santé et participe à la réduction des interventions obstétricales ainsi qu'aux recours aux analgésiques (31).

3. VECU MATERNEL DE LA DOULEUR DU TRAVAIL

3.1 La représentation anténatale de la douleur de l'accouchement

L'approche de la douleur du travail et de l'accouchement peut s'avérer difficile en anténatal. Les cours de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) étaient historiquement des cours de préparation à la naissance centrés sur la prise en charge de la douleur. Depuis le plan périnatalité 2005-2007, les objectifs se sont dirigés vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant la participation active au projet de naissance (32).

Afin d'accompagner au mieux la préparation de l'accouchement, il est essentiel de savoir distinguer l'approche de chaque femme et couple concernant la gestion de la douleur du travail et de l'accouchement. Cette approche varie d'une femme à l'autre. Une étude publiée en 2014 dans la revue *Midwifery* recense trois principales approches que les femmes adoptent durant la grossesse (33). Les femmes adoptent individuellement l'une de ces trois approches. La première d'entre elle, choisie par la plupart des femmes dans cette étude, est l'approche dite « *Pragmatic natural* ». Elle signifie que la femme est confiante dans sa capacité à donner naissance sans intervention pharmacologique, si le travail se déroule de manière physiologique. Les femmes au sein de ce groupe pensent que la douleur du travail sera intense mais sera probablement gérable. Cependant, si la douleur devient trop intense et ingérable, elles apprécieront la disponibilité des méthodes pharmacologiques pour les soulager.

La seconde approche mise en avant est l'approche « *Deliberately uninformed* ». Dans ce cas, les femmes préfèrent recevoir le minimum d'information possible car, si elles en reçoivent trop, la peur et l'anxiété prendront le dessus et leur feront perdre

confiance. Elles souhaitent essentiellement expérimenter leur propre douleur du travail, comme elle se présente.

La troisième et dernière approche définie dans cette étude est « *Planned pain relief* ». Elle concerne les femmes qui décident en anténatal de leur méthode de soulagement de la douleur.

Les consultations, l'entretien prénatal précoce et les séances de PNP sont autant de moments d'écoute, de conseils et d'échange concernant le travail et l'accouchement qui peuvent aider et conforter la femme et le couple dans leur choix de projet de naissance.

3.2 Les rôles de la sage-femme face à la douleur du travail

3.2.1 *L'accompagnement*

Comme souligné précédemment, l'accompagnement des femmes et des couples par la sage-femme débute dès la grossesse par les consultations mensuelles, l'entretien prénatal précoce et les séances de PNP. Ces temps anténataux sont présents pour identifier les besoins d'information, conforter le couple dans son projet de naissance, donner des informations sur l'offre de soins disponible et leur apporter des clefs pour leur future vie de parents (32).

Les sages-femmes ont d'autre part, la connaissance des mécanismes neurophysiologiques de la douleur du travail et de l'accouchement ainsi que des mécanismes endogènes de régulation de la douleur durant le travail. Elles sont alors habilitées à assurer l'accompagnement physiologique du travail tant sur l'aspect physique que psychologique. Elles sont les professionnels de santé de référence pour les parturientes qui arrivent en salle de naissance, et sont donc garantes d'un accompagnement global.

C'est ici que la notion du *care* peut être introduite. Les qualités que regroupe un professionnel soignant comme les sages-femmes, se retrouvent dans l'éthique du *care*. C'est en effet, « la capacité à prendre soin d'autrui ». Elle peut se scinder en deux aspects. Le premier se présente comme la capacité de lecture de l'autre à l'origine d'un sentiment. Le deuxième aspect rappelle la capacité d'improvisation, d'action dans la pratique de soin. L'éthique du *care* renvoie donc à un état affectif qui se trouve dans la sphère intime d'une personne (34). La notion du *cure* quant à elle, est définie par le geste technique, le traitement en lui-même.

3.2.2 *La prise en charge*

La prise en charge par la sage-femme commence dès le début de la grossesse et se poursuit lors du travail et l'accouchement par le soutien et les conseils apportés. Dans une nouvelle perspective, de plus en plus de femmes et de couples souhaitent une prise en charge moins médicalisée de l'accouchement et plus respectueuse de la physiologie de la naissance (2). Les sages-femmes sont des garantes de la physiologie obstétricale et sont, également, des professionnels de référence concernant la multitude d'outils dont elles disposent pour aider les parturientes et les couples dans leurs projets de naissance. La grande diversité des méthodes non pharmacologiques pour aider les femmes à composer avec la douleur du travail permet de respecter au mieux le souhait d'un travail et d'un accouchement normal. De plus, les femmes ayant bénéficiées des cours de PNP peuvent remettre en application les exercices proposés lors de ces séances. Il est essentiel de discuter en amont avec la femme et le couple des objectifs et désirs concernant l'accouchement ainsi que du type de soutien souhaité. Dans toutes les situations, un soutien continu au cours du travail et de l'accouchement est recommandé (31).

Les nouvelles recommandations de la HAS parues en 2017, remettent l'accent sur la notion de bientraitance qui doit notamment se traduire par « le respect du choix fait par la femme et l'accompagnant, le soutien attentif de la femme et de l'accompagnant durant l'accouchement ; le respect de l'intimité et de la dignité sur le lieu de l'accouchement (salle de naissance individuelle et insonorisée, contrôle de la température et des lumières, etc.) ou encore l'information sur la prise en charge de la douleur [...] ».

La sage-femme est un professionnel de santé autonome qui respecte le rythme et la physiologie du travail et de l'accouchement, ainsi que les préférences des femmes et des couples tout en tenant compte de l'évolution de la situation clinique de la mère et du fœtus.

3.2.3 *Les indicateurs de satisfaction maternelle*

L'accouchement représente la plus grande expérience de douleur qu'une femme puisse vivre au cours de sa vie. Outre l'aspect médical, l'accouchement est également une expérience psycho-sociale. Même si la satisfaction maternelle peut apparaître comme étroitement liée à la réussite d'un accouchement spontané par voie basse, d'autres

paramètres de satisfaction et d'insatisfaction maternelle ont été mis en avant au sein de la littérature internationale.

La préparation anténatale est le premier critère de satisfaction maternelle. Les femmes souhaitent avoir différentes sources d'informations. Les sages-femmes constituent alors une ressource importante d'informations concernant le travail et l'accouchement. Les femmes se dirigent également vers leurs familles et/ou ami(e)s qui ont déjà vécu cette expérience. D'autre part, les femmes diffèrent quant à leur préparation, selon leur culture, leur expérience et leur approche anténatale concernant la gestion de la douleur citée précédemment (33). Le soutien par la personne accompagnante ou par l'équipe soignante est mentionné par beaucoup de femmes. Certaines femmes souhaitent la présence d'une personne accompagnante afin de prendre le relai pour parler et demander de l'aide à leur place si elles n'en sont plus capables. De plus, toutes les femmes souhaitent la présence d'une sage-femme bien avant que la naissance ait lieu afin de leur donner des informations sur l'avancée du travail ainsi que des conseils pour composer avec la douleur. La plupart des femmes attendent des accompagnants, qu'ils soient personnels ou professionnels, d'être des porte-paroles concernant la gestion de la douleur ainsi que des renforts précieux.

Le dernier critère de satisfaction maternelle émis dans la littérature concerne le contrôle dans la prise de décision au cours du travail. La plupart des femmes satisfaites ont souhaité garder le contrôle sur leur décision aussi longtemps qu'elles en étaient capables ; ensuite, elles ont décidé de transférer ce contrôle à la sage-femme. Ce fonctionnement leur a permis de ne jamais avoir le sentiment de perte de contrôle. De plus, les parturientes apprécient l'écoute attentive que procure les sages-femmes, ainsi que leurs attitudes positives et participatives durant le travail (33).

D'autre part, la compréhension du sens qu'évoque la douleur chez les femmes, ainsi que son lien avec les perceptions et les comportements culturels, facilitent la satisfaction maternelle quant à l'expérience de l'accouchement.

Globalement, la quantité et la qualité de la relation soignant-soigné ainsi que la participation dans la prise de décision sont si importants pour la satisfaction maternelle, qu'ils surpassent l'influence des variables telles que l'âge maternel, le niveau socio-économique ou encore l'ethnie d'origine (4).

3.3 Influence du vécu de la douleur dans le post-partum

Les connaissances autour de la mémoire de la douleur du travail et de l'accouchement sont limitées. Cependant, celle-ci peut avoir une grande influence durant le post-partum immédiat ainsi qu'à plus long terme. Bien que la douleur de l'accouchement ait été minimisée depuis l'avènement de l'analgésie péridurale, beaucoup de vécus du travail et de l'accouchement demeurent douloureux. La frontière entre la douleur et la souffrance étant mince, cela peut être l'origine de l'apparition du post-partum *blues*. Il semblerait que ce soit la composante affective de la douleur qui soit essentiellement en jeu dans la relation entre la douleur vécue et le post-partum *blues*. Le post-partum *blues* se définit notamment comme « une brève période physiologique de dysphorie » survenant quelques jours après l'accouchement (35). Sa symptomatologie brève est polymorphe allant des manifestations émotionnelles, cognitives et somatiques comme des crises de larme, la labilité de l'humeur, ou encore l'anxiété.

Différentes études se sont penchées sur ce sujet, et plus particulièrement une étude de Hiltunen et al. démontrant que l'absence de prise en charge de la douleur de l'accouchement augmente le risque de symptômes dépressifs dans le post-partum immédiat (36). Une autre étude avec pour objectif de mettre en évidence l'association entre l'intensité de la douleur de l'accouchement et les troubles de l'humeur dans le post-partum immédiat, a révélé une corrélation significative ($p < 0,05$) entre ces deux variables. L'intensité de l'humeur dépressive était associée à la dimension affective de la douleur. En effet, le score affectif du questionnaire douleur de Saint Antoine (QDSA) (qui est une adaptation du McGill Questionnaire mis au point par le Dr Melzack) s'avérait être un prédicteur significatif de l'intensité du blues (plus le score de douleur était élevé, plus le blues était intense avec $p < 0,05$) (35).

La connaissance des facteurs de risque tels que la douleur pourrait améliorer l'efficacité du dépistage et permettre d'attirer l'attention des professionnels sur l'impact psychologique du vécu de l'accouchement et notamment sur les troubles de stress post traumatique.

POPULATION ET METHODE

1. POPULATION

1.1 L'échantillon de l'étude

Les femmes incluses dans l'étude devaient répondre aux critères suivants :

- Primipare ou multipare
- Parturiente sans pathologie gravidique à l'entrée en travail (par exemple : hypertension artérielle gravidique et diabète gestationnel)
- Utérus cicatriciel ou non cicatriciel
- Nouveau-né attendu eutrophe, à un âge gestationnel compris entre 37 et 41 semaines d'aménorrhées plus cinq jours, en présentation céphalique
- Accouchement par voie basse spontanée, sans extraction instrumentale
- Femme volontaire et parlant le français

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Grossesse gémellaire
- Déclenchement artificiel
- Femmes mineures
- Femmes sous tutelle/curatelle

2. METHODE

2.1 Type d'étude

Dans une volonté d'authenticité, une étude à visée descriptive et interprétative, de type qualitatif a été réalisée. Elle permet aux femmes d'avoir un temps libre de parole grâce à des questions ouvertes et semi-directives. Autant leur langage verbal que corporel a été exploré durant les entretiens.

2.2 Le mode de recueil des données

Les témoignages oraux des femmes au cours d'entretiens semi-dirigés et enregistrés à l'aide d'un dictaphone ont été recueillis. Ils ont été effectués à l'aide d'une grille d'entretien (Annexe I) élaborée à partir des thèmes issus de la revue de la littérature.

Les sept thèmes à explorer étaient :

- Représentations prénatales de la douleur du travail

- Attentes et préparations anténatales
- Vécu et ressenti de la douleur du travail (description, sentiment de contrôle, etc.)
- Gestion de la douleur pendant le travail (méthodes pharmacologiques et non pharmacologiques de gestion proposées et utilisées)
- Accompagnement des parturientes (présence d'un accompagnant, soutien, place des sages-femmes dans l'accompagnement)
- Analyse rétrospective de ce vécu et évaluation de l'impact dans le post-partum (respect des attentes, influence de ce vécu sur les relations avec les nouveau-nés, les accompagnants, les sages-femmes, la vision et le seuil de tolérance à la douleur)
- Axes d'améliorations proposés par les femmes interrogées

Tous les entretiens se sont déroulés dans les chambres des femmes hospitalisées en post-partum d'une maternité de type I. La durée minimale prévisionnelle des entretiens était fixée à 15 minutes.

L'enquêtrice (étudiante sage-femme) n'a pas porté de blouse blanche dans le but d'instaurer un climat de confiance, ne faisant pas écho à la relation soignant-soigné pouvant créer des biais.

L'enquêtrice s'est cependant placée en face de la personne interrogée dans l'objectif de recueillir le langage non verbal faisant partie intégrante de l'entretien. L'enquêtrice a pour cela pris quelques notes sur un calepin durant l'entretien.

Les entretiens ont été retranscrits dans leur totalité par l'enquêtrice à l'aide du logiciel de traitement de texte Word 2016 ce qui a permis d'obtenir des verbatims.

2.3 Le déroulement de l'étude

L'étude s'est effectuée dans une maternité de type I, de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Le recrutement et les entretiens avec les participantes ont débuté le 20 septembre 2018 et pour une durée de trois mois consécutifs.

2.4 Le mode d'analyse des données

Les données verbales et non verbales recherchées à l'aide de la grille d'entretien et des entretiens constituent les critères d'analyse pour cette étude.

La première étape pour l'analyse a été de réaliser une grille d'analyse qui a permis de collecter les données par unités de significations. Puis de les regrouper en catégories homogènes afin de les intégrer à de grands thèmes qui établissent chacun un noyau de sens.

L'analyse thématique du contenu à procédure close (37) a donc été choisie pour l'élaboration des résultats. Elle implique, dans un premier temps, une analyse descendante des verbatims à partir des thèmes issus de la littérature (qui ont servi pour l'élaboration de la grille d'entretien) jusqu'au contenu des entretiens. Dans un second temps, l'analyse ascendante a permis de faire émerger des thèmes non cités dans la littérature à partir des verbatims

2.5 Les aspects éthiques et réglementaires

2.5.1 *Avis de comités consultatifs*

L'étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du Délégué à la Protection des données (DPD) et a été validée le sept septembre 2018. L'autorisation de réaliser les entretiens a été soumise à l'approbation écrite des responsables de la structure du lieu de l'étude, du directeur et co-directeur de l'étude.

2.5.2 *Information et consentement*

Une information orale concernant l'étude a été réalisée en amont de l'entretien, avec une lettre d'information (Annexe II) donnée en main propre afin de laisser un temps de réflexion à chaque participante.

Un consentement écrit (Annexe III) a été recueilli le jour de l'entretien concernant les modalités de l'étude ainsi que l'enregistrement des entretiens.

2.5.3 *Anonymat*

Les entretiens semi-directifs ont été anonymisés (une lettre différente de l'alphabet sera attribuée à chaque patiente) et les enregistrements ont été archivés dans un fichier sécurisé, uniquement accessible par l'enquêtrice afin de conserver le secret professionnel auquel l'étudiante est également soumise.

RESULTATS

Pour cette étude neuf entretiens semi-dirigés ont été réalisés. Cette troisième partie est divisée en trois sous-parties. La première d'entre elles correspond à la description du déroulement de l'étude. La seconde rassemble les données concernant le lieu, l'atmosphère, les personnes présentes ainsi que le langage corporel utilisés lors des entretiens. La dernière partie correspond à l'ensemble de l'analyse thématique du contenu issue des verbatims. La liste des thèmes abordés lors des entretiens a été enrichie par les femmes interrogées. En effet, deux nouveaux thèmes sont apparus lors des entretiens. Les thèmes finaux explorés ont donc été :

- Représentations prénatales de la douleur du travail (influence du vécu personnel et de l'entourage, transmission maternelle)
- Attentes vis-à-vis de la prise en charge de la douleur et préparation anténatale
- Vécu et ressenti de la douleur au cours du travail (description et sentiment de contrôle)
- Gestion de la douleur pendant le travail (méthodes pharmacologiques et non pharmacologiques de gestion proposées et utilisées)
- Accompagnement des parturientes (présence d'un accompagnant, soutien, place des sages-femmes dans l'accompagnement)
- Vécu et intégration des personnes accompagnantes vis-à-vis de la douleur observée (positionnement, influence de leur présence)
- Vécu de la pose et du ressenti de la douleur pendant l'analgésie péridurale
- L'analyse rétrospective du vécu de la douleur et évaluation de l'impact dans le post-partum (respect des attentes, influence de ce vécu sur les relations avec les nouveau-nés, les accompagnants, les sages-femmes, la vision et le seuil de tolérance à la douleur)
- Axes d'améliorations proposées par les femmes

Tous les extraits des verbatims cités dans cette partie sont mentionnés entre guillemets et en italique.

1. DEROULEMENT DE L'ETUDE

Les entretiens ont débuté le 20 septembre 2018 et se sont terminés le 21 décembre 2018. Neuf femmes ont été sélectionnées. Aucune d'entre elles n'a refusé de participer à l'étude. Elles se situaient entre le premier et le quatrième jour du post-partum. Les

chambres de suites de couche de la maternité de type I dans laquelle l'étude s'est déroulée étaient dans la majorité des chambres individuelles. Un seul entretien s'est réalisé dans une chambre double, avec l'accord préalable de la participante.

La sélection des femmes s'est effectuée à partir des critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude, vérifiés dans leurs dossiers médicaux en suites de couches. Ces critères ont dû être ajustés en milieu de recueil des données. En effet, les critères d'inclusion initiaux se sont révélés trop restrictifs par rapport au nombre d'entretiens souhaité. Initialement, seules les primipares et les femmes avec un utérus non cicatriciel pouvaient participer à l'étude. Afin d'élargir la population, la multiparité et l'antécédent de césarienne ont été rajoutés aux critères d'inclusion.

La veille de l'entretien, une information orale et la remise de la fiche d'information (Annexe II) ont été effectuées auprès des patientes éligibles. Leurs consentements oraux et écrits (Annexe III) ont été recueillis le jour de chaque entretien auprès de la patiente. Les entretiens ont duré de 15 à 35 minutes. L'ensemble des entretiens représentait 212 minutes d'enregistrement vocal qui ont été intégralement retranscrites par l'enquêtrice. Les caractéristiques socio-démographiques des participantes de l'étude ont été rassemblées dans le tableau ci-dessous.

Tableau I : caractéristiques socio-démographiques des participantes rencontrées

	MESDAMES	%
<u>TRANCHE D'AGE</u>		
Inférieur à 18 ans		0
Entre 18 et 25 ans	E – F	22
Entre 26 et 30 ans	H	11
Entre 31 et 35 ans	A – B – C – D – G – I	67
36 ans et plus		0
<u>NIVEAU D'ETUDE</u>		
Collège		0
Lycée (BAC)	A – B – D – E – F – H	67
Etudes supérieures	C – G – I	33

	MESDAMES	%
<u>NATIONALITE</u>		
Française	A – B – C – D – E – F – G – H – I	100
Autre		0
<u>PARITE</u>		
Primipare	A – E – F – I	44
Multipare	B – C – D – G – H	56
<u>PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITE</u>		
Aucune	D – E	22
1 à 3 séances	C – G	22
4 séances ou plus	A – B – F – H – I	56
<u>ANTECEDENT DE CESARIENNE</u>		
Oui	B – D	22
Non	A – C – E – F – G – H – I	78

2. DONNEES DES ENTRETIENS

2.1 Madame A

L'entretien avec Madame A. s'est déroulé dans sa chambre individuelle. Madame A. était seule lors de l'entrevue et positionnée assise sur son lit. L'enquêtrice s'est assise en face de Madame A. C'est une femme qui ne s'inquiétait pas forcément de la douleur du travail et qui n'avait pas cherché à avoir des informations à ce sujet. Issue d'une famille où sa maman a eu huit enfants sans analgésie péridurale, Mme A. souhaitait elle aussi ne pas en bénéficier. Finalement, Mme A. a opté pour cette analgésie tout en introduisant la notion de « *sur-femme* » pour désigner les femmes qui accouchaient sans analgésie.

2.2 Madame B

L'entretien avec Madame B. s'est déroulé dans sa chambre individuelle avec comme accompagnatrice son amie qui était sage-femme. Toutes deux étaient assises côtes à côtes, l'enquêtrice s'est donc positionnée assise face à elles. Madame B. a directement précisé qu'elle avait eu une césarienne pour son premier accouchement et que le vécu de la douleur était donc totalement différent. Cette femme ne souhaitait pas d'analgésie

péridurale, mais c'est avec regret selon elle que cela lui a été recommandé sur le plan médical. Lors de l'entrevue, son amie sage-femme est intervenue avant Mme B. lorsque le thème abordé concernait les informations reçues de la part des professionnels à propos de la douleur du travail. Elle a alors mentionné que ceux-ci n'émettent jamais d'avis négatif ou positif, ils adoptent une position neutre. Cela a été confirmé par Madame B. Par la suite, son amie est restée dans l'écoute de l'entrevue entre la femme et l'enquêtrice. Par ailleurs, Mme et Mr B. ont fait quelques séances d'haptonomie car Mr B. souhaitait vraiment établir un contact anténatal avec le bébé à naître. Dans l'ensemble, Mme B. a été très satisfaite de la prise en charge de son travail et de l'accouchement.

2.3 Madame C

L'entretien avec Madame C. s'est déroulé dans sa chambre individuelle. Madame C. était accompagnée de son conjoint et de son premier enfant lors de l'entretien. Ils étaient positionnés sur un fauteuil à la droite de Mme C. qui elle se situait assise sur son lit. L'enquêtrice s'est assise sur une chaise en face de la participante. Le conjoint de Mme C. est intervenu une fois en fin d'entrevue. Mme C. a fait une pause au cours de l'entrevue où elle s'est adressée à son premier enfant. Mme C. a pris très au sérieux la participation à cette entrevue et a toujours utilisé des termes médicaux. Elle a confié le fait qu'elle était heureuse de partager autour de ce sujet car l'expérience de la douleur de son premier accouchement quatre ans en arrière a été vécue comme un réel traumatisme, encore très présent. Mme C. a donc été très émue, avec les larmes aux yeux dès le début de l'entretien.

2.4 Madame D

L'entretien avec Madame D. s'est déroulé dans sa chambre qui était partagée avec une autre patiente. Au moment de l'entrevue, seules Madame D. et sa voisine étaient présentes mais séparées visuellement par un paravent. L'enquêtrice s'est positionnée assise sur une chaise en face de Madame D. qui était allongée sur son lit. L'entrevue a été interrompue une seule fois par l'entrée d'une auxiliaire de puériculture qui venait répondre aux besoins de la patiente hébergée dans la même chambre. L'entretien a ensuite repris son cours. Madame D. avait eu une césarienne pour son premier accouchement, donc elle considérait que c'était sa première expérience concernant la douleur du travail. Elle a été satisfaite de sa prise en charge par l'équipe soignante car elle s'est sentie bien entourée, aidée dans l'accompagnement de la douleur et a apprécié la détente et l'humour

dont on fait preuve la sage-femme et l'auxiliaire de puériculture présentes à son accouchement.

2.5 Madame E

L'entretien avec Madame E. s'est déroulé dans sa chambre individuelle. A ce moment, Mr E. était également présent. L'enquêtrice s'est positionnée en face de Mme E. qui était allongée sur son lit. Mr E. était quant à lui, assis sur une chaise de l'autre côté du lit, plus en retrait, en face de Mme E. Cette femme venait de vivre son premier accouchement. Elle est issue d'une famille de six enfants pour lesquels sa maman a accouché sans analgésie péridurale. Mme E. n'a pas assisté aux cours de PNP mais les informations lui ont été transmises essentiellement par sa maman. Mr E. est intervenu quand le thème abordé était l'accompagnement et le soutien pendant le travail. Il a fait part de son sentiment d'impuissance face à la douleur que vivait sa conjointe. Cette dernière l'a rassuré en lui rappelant que seule sa présence suffisait à la rassurer et à l'aider.

2.6 Madame F

L'entretien avec Madame F. s'est déroulé dans sa chambre individuelle. Mme F. était seule au moment de l'entrevue. L'enquêtrice s'est positionnée en face de Mme F. qui était assise sur son lit. Mme F. venait de vivre sa première grossesse durant laquelle elle a complètement occulté la douleur du travail. Le sentiment de peur avait pris le dessus, ainsi Mme F. redoutait ce moment et s'était résignée à « *ce passage obligé* » comme elle en a fait part. Finalement, cette femme qui a été interrogée au troisième jour du post-partum a un vécu satisfaisant de l'ensemble de son travail et de l'accouchement. Cependant, elle a été la première à évoquer la notion d'oubli de ce vécu de la douleur au fil du temps. Elle a constaté chez elle que « *ça fait juste trois jours que j'ai accouché et j'ai l'impression déjà d'oublier un peu toute cette douleur.* »

2.7 Madame G

L'entretien avec Madame G. s'est déroulé dans sa chambre individuelle. Mme G. était seule, assise sur son lit. L'enquêtrice s'est positionnée assise face à elle. Cette femme venait de vivre son deuxième accouchement. Durant une partie de l'entrevue, Mme G. a fait preuve de contradictions et d'hésitations dans son discours vis-à-vis de ses souhaits pour la gestion des contractions du travail. Cette femme souhaitait gérer la douleur sans aide pharmacologique mais a contrario faisait preuve de beaucoup de scepticisme au sujet

des méthodes alternatives proposées. Elle s'est essentiellement préparée psychologiquement à l'acceptation de cette douleur grâce à sa première expérience et à un livre « Se préparer à la naissance en pleine conscience » écrit par Nancy Bardacke. Cela lui a permis de soulever une problématique concernant les cours de PNP qu'elle a suivis en parallèle : ceux-ci abordent très peu la préparation psychologique qui est pourtant très importante. Selon madame G. « *La tête c'est un peu ce qui gère tout le reste.* »

2.8 Madame H

L'entretien avec Madame H. s'est déroulé dans sa chambre individuelle. L'enquêtrice s'est positionnée assise en face de Mme H. qui était allongée sur son lit. Dès le début de l'entrevue, Mme H. a fait part de son passé concernant la maternité. Huit ans plus tôt, elle a fait un déni partiel jusqu'à six mois de grossesse puis a accouché seule. Non sans émotions dans son regard, elle a rajouté « *C'était un accident comme on dit. Je n'aime pas ce mot là mais tout le monde comprend comme ça.* » Cette femme a dit ne pas avoir ressenti de douleur lors de son premier accouchement. Avec son conjoint actuel pour lequel c'était la naissance de son premier enfant, Mme H. a apprécié sa présence et son accompagnement par des paroles et des gestes simples. Malgré l'aide de son conjoint et des sages-femmes, l'importante cinétique de l'évolution du travail n'a pas favorisé le contrôle de la douleur des contractions. Elle a alors souligné « *Je me suis laissée envahir par la douleur en fait je crois.* »

2.9 Madame I

L'entretien avec Mme I. s'est déroulé dans sa chambre individuelle. Son mari était présent au moment de l'entrevue. Tous deux étaient installés assis sur le lit et l'enquêtrice s'est positionnée face à eux. Mme et Mr I. ont souvent répondu ensemble aux questions et se complétaient lorsque les questions faisaient appel à des souvenirs. L'implication de Mme et Mr I. dans cette première grossesse était forte dès le début. La communication avec leur bébé par le biais des séances d'haptonomie a fait d'eux une triade soudée dès la période anténatale. Ils ont notamment souligné qu'au moment du travail « *tout était prêt, on lui avait montré le chemin. On lui avait dit qu'on fera ça à trois, tu ne seras pas toute seule.* » Ces personnes ont beaucoup d'admiration pour les sages-femmes qui les ont accompagnés durant la grossesse, le travail et l'accouchement. Pour eux, l'écoute et l'apport de réponses à leurs questions sont des qualités essentielles pour un bon accompagnement. Mme et Mr I. ont très bien résumé cela en une phrase « *Toujours de*

bons conseils, à l'écoute, la petite touche d'humour qui n'empêchait pas le professionnalisme, beaucoup d'encouragements aussi. » Ces aptitudes ont été mises à leur profit, ce qui a participé au vécu satisfaisant de la grossesse et de l'accouchement.

3. REPRESENTATIONS PRENATALES DE LA DOULEUR DU TRAVAIL

3.1 Place de l'information reçue dans la représentation anténatale

Pour plusieurs femmes, l'entourage a parfois joué un grand rôle dans la représentation de la douleur. De la description de la douleur à l'accouchement, l'entourage personnel rapporte ses expériences aux futures parturientes. Par exemple, pour Madame I. qui souligne « *On m'avait dit que les contractions c'était comme des règles fois quarante* ». Pour Madame I., ces informations ont été vectrices de peur et d'appréhension par la suite : « *Moi l'accouchement me faisait assez peur parce qu'on tombe toujours sur une personne qui va nous décrire l'accouchement qui s'est mal passé, donc je l'appréhendais pas mal* ». Ou encore pour Madame B. qui a interprété les informations véhiculées par son entourage de cette façon : « *Si on écoute l'entourage, on fait la péridurale direct* ». Madame C. a de son côté constaté que « *Les gens ne parlent pas de combien ils ont eu mal [...]* ». Les quelques informations qu'elle avait reçues ont engendré un sentiment de comparaison car cette femme avait des copines qui « *s'en étaient toutes bien sorties* » et concluait « *je suis la pire* ».

D'autre part, Madame E. a uniquement bénéficié d'une transmission orale maternelle. En effet, sa maman a donné naissance à six enfants pour lesquels « *elle a cru mourir pendant ses six accouchements* » donc cette femme a toujours reçu l'information que la douleur était horrible. Le poids de l'expérience vécue par la maman de la future parturiente était également présent chez Madame A. qui a souligné « *Moi je ne voulais pas la péridurale car ma maman elle a eu huit enfants, sans péridurale. Huit...* ». Par ailleurs, Mesdames A. et H. ont fait part de leur volonté délibérée de ne pas rechercher d'informations « *Je n'ai pas forcément demandé parce que je ne m'inquiétais pas forcément sur la douleur des contractions* » (Madame A.), « *J'ai dit on verra bien. J'y suis allée tranquille* » (Madame H.). Cette abstinence de recherche d'information était également présente chez Madame F. qui, quant à elle, n'arrivait pas à imaginer la douleur du travail et qui a avoué « *Je n'y pensais même pas parce que j'avais tellement peur [...]* ». Paradoxalement, Mesdames A., H. et F. ont suivi plus de quatre séances de PNP au cours desquelles elles ont reçu des informations.

Les professionnels de santé, dont la sage-femme occupe une place importante, accompagnent ces femmes tout au long de la grossesse en leur délivrant une information sur la douleur du travail. Madame B. a tenu à souligner que la parole était ouverte à ce sujet-là au cours des consultations « *J'en ai parlé librement sans soucis* ». Ainsi que le respect du choix de la patiente et l'avis neutre concernant la représentation et la gestion de cette douleur de la part des professionnels de santé. D'autre part, cette information a majoritairement été véhiculée au cours des séances de PNP animées par les sages-femmes hospitalières et libérales. Notamment pour Madame C. qui en avait parlé avec sa sage-femme libérale, elles ont vu ensemble « *Comment la gérer et ne pas la subir* ». Mesdames B., D. et H., avaient retenu la notion de seuil de tolérance à la douleur qui se ressent et s'exprime différemment chez chaque femme. Sans forcément redouter, Mesdames A. et F. avaient déjà cette notion « *Chaque femme est différente [...] La douleur est différente sur chaque femme* » (Madame A.).

Les livres ont par ailleurs servi de sources d'information pour Madame G. qui a enrichi « *Dans les livres, ils parlent d'écartèlement. J'avais cette image-là et finalement ça a été moins terrible que ça.* »

3.2 L'imagination et ses limites

L'imaginaire était présent chez beaucoup de femmes interrogées mais trouvait ses limites. En effet, pour Mesdames C., E. et I. la surprise de l'intensité des contractions a été réellement présente. Pour Madame C. « *Je ne m'attendais pas à cette intensité-là en fait. Donc en termes de douleur, j'étais bien loin de la réalité. J'étais loin de me douter que ça pouvait atteindre des sommets pareils* ». Ainsi que pour Madame E. « *Je pensais que ça allait être douloureux mais pas à ce point-là* ». Madame D. a souligné « *J'imaginai quelque chose où on est plié, de plus en plus intense* ».

Mesdames A. et F. se représentaient la douleur comme un passage obligé « *Je me disais que si j'avais mal de toute façon, il faut avoir mal* » (Madame A.), « *Je savais de toute façon que j'allais y passer...* » (Madame F.).

Parfois, l'imagination se crée à partir de la vision ou de l'écoute d'autres parturientes. Notamment pour Madame B. qui a relaté « *Quand on voit les femmes crier, on se dit que ça fait super mal [...] Quand on écoute le récit des mamans qui accouchent...quand on les entend dire qu'elles n'ont pas eu la péridurale, c'est un peu hard* ».

Lors des entrevues, l'historique de la gestion de la douleur est ressorti et participait à rassurer et interroger certaines patientes. Madame B. se disait « *Tu peux y arriver, les femmes avant elles le faisaient bien* » ou encore pour Madame A. « *Mais à l'époque, quand ça n'existait pas (en parlant de l'analgésie péridurale) on se dit mais comment elles faisaient ?* ».

3.3 Impact des expériences passées sur la représentation de la douleur

Madame C. qui venait de vivre son deuxième accouchement, mais pour laquelle le premier accouchement datant de quatre ans était toujours très présent dans sa mémoire, a exprimé une réelle souffrance. Cette femme se souvenait très particulièrement de la douleur ressentie lors de son premier accouchement au point qu'elle souligne « *C'est un des premiers trucs auquel j'ai pensé quand j'étais enceinte. Et forcément, plus on s'approche de la fin, plus ça me replongeait dans cette appréhension.* » Elle a décrit la douleur de son premier accouchement « *C'était apocalyptique* », « *Je n'avais plus d'ancrage dans ce monde à part la douleur* », « *J'étais complètement engloutie par cette douleur. Je ne sais même plus pourquoi je suis là et ça prend toute la place* », « *J'ai eu vraiment très très mal. Du coup, subir complètement les choses. J'étais terrassée* ». Madame C. a employé un vocabulaire animalier pour intensifier son ressenti « *c'est un truc de porc* ». Puis a rajouté « *Mais j'ai vraiment cru que je finirai à l'H.P. (triste). J'étais dans un monde de douleur, où il n'y avait plus que la douleur. Je pense que les trois mois qui ont suivi, j'étais un peu bien marquée, bien traumatisée par cet accouchement...* ». Madame C. est revenue à son dernier accouchement en ajoutant « *J'avais quand même beaucoup plus d'appréhension que pour le premier* ».

Madame H. a fait part de son histoire lors de l'entrevue « *Ben en fait pour le premier j'en ai ressenti aucune, mais strictement aucune puisque en fait j'ai fait un déni de grossesse de six mois, donc c'était une date approximative de fin de grossesse et tout donc j'en ai pas connue une seule mais véritablement* ». Pour son deuxième accouchement, cette femme n'en était pas plus inquiète de la douleur « *Je ne me suis jamais... Je me suis rien dit en fait, je me suis dit je vais voir ce que ça va donner parce que du coup je ne connaissais vraiment pas du tout* ».

Mesdames B. et D. ont vécu l'accouchement par césarienne pour la naissance de leurs premiers enfants. Concernant la douleur, Mme B. a avoué « *Ça ne me faisait pas du tout peur. Je ne suis pas trop doudouille* ». Quant à Mme D. sa représentation de la

douleur était « *Ah que ça allait être quelque chose d'horrible, d'insoutenable du fait que je n'avais pas eu de douleur pour le premier parce que j'ai eu une césarienne* ».

4. ATTENTES ET PREPARATION ANTENATALE

4.1 Préparation à la Naissance et à la Parentalité

Sept femmes sur neuf qui ont été interrogées durant l'étude avaient fait le choix de suivre des cours de préparation anténatale avec les sages-femmes. Mesdames A. et H. ont effectué trois cours pratiques en piscine ainsi que des cours théoriques. La deuxième grossesse de Madame H. allait être pour Monsieur H. la naissance de son premier enfant. L'alternance des cours pratiques en piscine pour Mme H. et des cours théoriques pour Mr H. auxquels il a pu assister, ont permis de répondre aux besoins de chacun. En effet, Mme H. a souligné « *Ouais, les deux qu'on a fait en fait c'est parce que le papa c'est son premier et moi c'est mon deuxième, et du coup je me suis dit que ça pourrait être bien pour lui aussi de pouvoir aller au cours pour en savoir un peu plus quoi.* » et a rajouté à propos des cours pratiques en piscine « *Génial, juste génial, on a juste plus envie de sortir de l'eau après (rires)* ».

Mesdames B. et I. ont effectué quant à elles, des cours d'haptonomie. Les cours de préparation en haptonomie ont permis à Mme et Mr I. de créer une relation à trois dès le début de la grossesse « *Parce que du coup on apprend à connaître le bébé avant hein déjà. Le petit être qui se construit à l'intérieur dans le ventre. Il y a une relation qui est créée [...]* ». Mr I. a rajouté « *Et l'haptonomie pour moi c'est exceptionnel* ». L'haptonomie leur a également permis de se préparer à la gestion de la douleur durant le travail « *On en a parlé avec la sage-femme qui nous a suivi pendant l'haptonomie. Elle nous avait donné des petites techniques qui impliquaient le papa d'ailleurs et qui pouvait calmer la maman* ». Madame I. conseillerait à toutes les futures mamans de faire une préparation anténatale « *Déjà faire une prépa à l'accouchement ça ça me paraît essentiel parce que moi c'est ce qui m'a aidé pendant le travail à bien pousser justement. Sans ça je crois que... C'est vrai que du coup on s'était entraîné à la maison, on avait suivi les conseils de la sage-femme* ». Pour Madame C. les cours de PNP ont également été un réel soutien vis-à-vis de son premier accouchement qui s'était avéré être très douloureux « *Je pense que c'est pour ça que j'ai repris quelques séances avant le deuxième. C'est du placebo essentiellement parce que la théorie je l'avais, mais de me dire que c'est bon je le sais, je l'ai revu, je pense que dans le contrôle ça me rassure* »

Madame G. a également fait part de son expérience à propos des cours de préparation anténatale avec la sage-femme « *Elle nous a montré des choses, après on n'a pas trop eu le temps de pratiquer. Des petits trucs qui finalement n'ont pas trop servi* ». Face à ce vécu, Mme G. a partagé sa réflexion vis-à-vis des cours qu'elle a suivis « *Oui moi je trouvais que dans les préparations à l'accouchement le psychologique était quand même plutôt pas trop abordé. C'est plus technique : comment on se met ? Quelle position ? Tout ça. Je pense que c'est quand même important l'aspect psychologique. Peut-être même plus que le reste parce que de toute façon le reste, des fois, on subit et on peut pas se mettre comme on avait prévu de se mettre, alors que finalement la tête c'est un peu ce qui gère tout le reste.* »

4.2 Attentes des femmes concernant la gestion de la douleur du travail

A la question : Quelles étaient vos propres attentes concernant la gestion et le soulagement de la douleur durant le travail à la maternité ? Différents profils se sont dessinés autour de cette question. Mesdames A., F., G. et H. n'avaient pas d'attentes spécifiques à ce sujet. Madame A. a souligné « *Je n'avais pas peur de la douleur des contractions en fait. Je n'y pensais même pas. [...] C'était plutôt : est-ce que je vais pouvoir gérer déjà ? [...] Finalement je n'avais pas trop d'attentes par rapport à tout ça...* ». Madame F. s'est justifiée « *Euh non j'avais pas d'attentes justement. Je ne savais pas que ça existait à part la péridurale pour accoucher mais...* ». Madame G. a expliqué cette absence d'attente par le caractère subjectif de chaque ressenti « *En gros je comptais sur moi quoi c'était plus ça (rires). Je me dis qu'après ça c'est quand même personnel aussi. Ouais je sais pas si elle aurait pu faire quelque chose de plus. Je n'attendais pas spécialement quelque chose de plus* ».

Mesdames D. et E. ont positionné leurs attentes par rapport à l'analgésie péridurale. En effet, Mme D. a dit « *J'attendais d'être rassurée et surtout d'être euh... Qu'une fois que la péridurale soit posée que ce soit vraiment efficace. Je voulais vraiment vivre un super bel accouchement (rires). Je voulais bien souffrir mais pas trop longtemps non plus* ». Mme E. a explicitement avoué « *Je voulais la péridurale (rires)* ».

Concernant Madame B. « *J'attendais un accompagnement juste voilà pour euh...peut-être me canaliser si jamais je devenais trop hystérique (rires). Mais après qu'on me laisse plus ... J'aurais plutôt voulu aller en salle nature pour me détendre avec mon mari [...] Mais sinon juste voilà qu'elle me guide pour les contractions pour tout ça.*

Mais oui qu'elle me canalise si jamais ça débordait un peu trop (rires). » La mobilité, l'autonomie et la liberté dans les mouvements étaient des souhaits également présents chez Madame C. « Dans un premier temps c'était respecter mes souhaits dans le sens où la péri je ne voulais pas que ce soit automatique. Je voulais attendre un peu de voir comment je gérais les choses et aussi d'être libre dans mes mouvements, de ne pas forcément avoir la péri tout de suite pour pouvoir bouger etc. ... ».

Madame et Monsieur I. ont souhaité être écoutés, accompagnés et rassurés par rapport aux questions qu'ils avaient dès le début de la grossesse « *L'accouchement c'est vraiment de l'écoute c'est vrai que pour un premier, enfin on ne sait pas trop à quoi s'attendre, on est un peu apeuré et ici j'ai vraiment trouvé un accompagnement et une écoute qui m'ont beaucoup aidé et qui m'ont beaucoup rassuré.* »

5. DESCRIPTION ET RESENTI DE LA DOULEUR DURANT LE TRAVAIL

5.1 Description de cette douleur

Cette étude a permis de recueillir les mots et adjectifs que les femmes ont employés pour décrire la douleur qu'elles ont ressentie lors des contractions. Mesdames D., E., F. et I. ont utilisé les termes « horrible », « insoutenable », « incomparable à d'autres douleurs », « intenses, assez violentes ». Madame E. a rajouté « *il n'y a pas de mots, j'ai cru que j'allais mourir de douleur* ». Pour Madame G. c'était « *une douleur qui dure un peu plus que certains trucs [...] les contractions étaient espacées et laissaient le temps de penser à autre chose [...] Ce n'était pas insupportable [...] Il y'a des douleurs équivalentes malgré tout* ». En revanche, pour cette femme c'était « *plus compliqué après l'accouchement [...] C'est moins simple à endurer* ». Enfin, Madame H. a su gérer les contractions jusqu'à ce que la poche des eaux se rompe et ensuite « *elles se sont bien intensifiées et de pire en pire après* ».

Pour certaines femmes, la douleur était un signal de début de travail qui a été accueillie plutôt de manière positive « *Je ne dirais pas que j'étais contente non plus mais voilà on sait que ça va arriver* » (Madame A.) ou encore pour Madame F. qui a ressenti des contractions efficaces sur son col utérin qu'à partir de 41 semaines d'aménorrhées et cinq jours « *... à 41 semaines plus cinq jours donc quand j'ai commencé à avoir les contractions j'étais plutôt contente de les avoir [...]* ».

A la question : la douleur du travail était-elle comparable à une douleur que vous avez préalablement ressentie ? Les femmes interrogées ont majoritairement usé de métaphores pour décrire ce qu'elles ont ressenti. Madame C. a évoqué « *rien de comparable, j'aurais préféré qu'on m'arrache les deux bras en même temps* » ; Madame D. « *j'avais l'impression qu'on m'enfonçait des coups de poings* » ; ou encore Madame E. « *on aurait pu me casser toutes les parties du corps je n'aurais pas senti tellement que j'ai eu mal* » ; Madame G « *même quand on se donne un grand coup de pied dans un mur des fois ça fait aussi mal* ». Même en utilisant le souvenir d'une douleur intense déjà ressentie lors de la rupture d'un kyste ovarien, cette dernière n'était pas comparable à la douleur des contractions vécue par Madame H. « *Euh non, honnêtement non. Pourtant j'ai un kyste qui a éclaté au niveau des ovaires, ça fait mal mais en fait les contractions c'est encore pire* ».

Quatre femmes ont été interrogées sur l'évaluation chiffrée de la douleur qu'elles avaient fournie au moment du travail. Respectivement, Mesdames B., D., et G. avaient quantifié leur douleur sur l'échelle numérique à cinq, sept et huit sur dix. Madame H. a ciblé une limite de cette échelle numérique car elle avait quantifié sa douleur à neuf et demi mais a rapporté que « *la sage-femme a marqué neuf parce qu'ils ne connaissaient pas le et demi* ».

5.2 Entre douleur et souffrance

A quel moment doit-on alors évoquer la souffrance ? Les femmes ont gardé en mémoire ce moment où « *où je sais pas il y a quelque chose qui se passe, on se dit que de toute façon on ne peut plus...c'est plus gérable tout ce que je fais* » (Madame A.). Ce sentiment de rupture est parfois très temporalisé par les parturientes, notamment chez Madame A. « *sur les sept heures, il y a vraiment eu quatre heures de grosse souffrance* » ou encore chez Madame I. « *il y a un moment où je me tordais sur le lit et il n'y a rien qui me calmait* ». Par ailleurs, Madame B. a mis en parallèle les douleurs physiques et psychiques « *moi pour moi le plus dur c'est les douleurs psychologiques donc euh...Les douleurs physiques ça peut gérer* ». Serait-ce à partir du moment où la douleur s'ancre dans le psychique que l'on peut commencer à parler de souffrance ? Quatre ans après son premier accouchement, Madame C. a toujours un souvenir très vif de cet épisode « *une naissance c'est toujours un évènement marquant, mais au-delà de la naissance, cet épisode de terrassement, de « je vais finir à l'H.P. » restera quelque chose de très*

marquant dans ma vie ». Durant son entretien, Mme C. a rapporté beaucoup de vocabulaire relevant de la souffrance issue de son premier accouchement. Elle a notamment évoqué « *C'était apocalyptique [...] là c'était une partie de plaisir je voudrais dire. Pour l'autre c'était la descente aux enfers* ».

6. GESTION DE LA DOULEUR PENDANT LE TRAVAIL

6.1 Méthodes alternatives de gestion de la douleur

6.1.1 Place des méthodes alternatives dans le soulagement

De manière unanime, toutes les femmes interrogées ont utilisé la respiration majoritairement abdominale pour gérer la douleur qu'elles ressentaient. Madame B. a décrit sa technique respiratoire « *J'ai soufflé très longtemps, une grande inspiration et puis super longtemps le temps que la contraction passe* ». Mesdames A., F. et G. ont analysé la respiration comme un outil permettant de détourner l'esprit le temps de la contraction « *ça soulage parce que du coup on se concentre sur la respiration...donc ça fait un peu...je dirais pas oublier toute la douleur mais du coup vu qu'on pense à autre chose, ben ça atténue la douleur* » (Madame A.). Du même avis, Madame F. a souligné « *ça efface pas la douleur mais au moins pendant quelques secondes on se concentre sur quelque chose de précis* ». La puissance de la respiration a permis à Mesdames C., D. et I. de garder le contrôle sur leur douleur « *je respirais bien, en me concentrant sur ma respiration j'arrivais complètement à gérer la douleur [...]c'est ce qui m'a aidé à garder pied* » (Madame C.). Madame G. a quant à elle, un regard sceptique sur le pouvoir de la respiration « *un peu de souffler. Et ça c'est pareil je suis sceptique, ça m'a occupé l'esprit j'ai l'impression plus qu'autre chose* ». D'autre part, Mesdames A. et F. ont utilisé la douche d'eau chaude pour soulager la douleur des contractions.

La mobilisation du corps physique durant le travail a été une part importante dans la gestion de la douleur. En effet, chaque parturiente a trouvé une posture dans laquelle la douleur était ressentie moins intensément. Mesdames A. et D. ont préféré la position assise « *J'ai eu ben debout, assise, allongée et je crois que c'était assise que j'ai préféré* » (Madame D.). Pour Mesdames C. et G., la mobilisation active et l'alternance des postures leur ont été favorables « *De pouvoir bouger et alterner ces positions, mais je n'en ai pas eu une qui était mieux que les autres, qui me soulageait plus.* » (Madame C.) ; « *A la maison je crois que j'ai dû rester debout, j'ai dû marcher c'était plutôt pas mal* » (Madame

G.). Madame H. se mobilisait également en début de travail, puis a trouvé l'association de la respiration et de la position allongée sur le côté qui lui permettait d'être soulagée. Concernant Mesdames E. et I., il n'y avait pas particulièrement de position antalgique « *quand on a mal il n'y a pas de position qui soulage* ».

Parmi les autres méthodes citées, l'acupression a été utilisée par Mesdames C. et G. Cependant, toutes deux sont restées sceptiques sur cette méthode « *fin du coup, l'acupression si j'ai bien compris c'est pour faire des zones de douleurs ailleurs pour euh...Mais j'avais mal aux deux endroits du coup.* » (Madame G.) ; « *« l'acupression ne me paraissait plus du tout pertinente* » (Madame C.). Madame et Monsieur I. ont pratiqué l'haptonomie en combinaison avec la respiration qui leur avait été enseignée durant les cours préparatoires à l'accouchement. Cependant, à leurs regrets, ils n'ont pu pratiquer aisément et ont pointé les limites de l'environnement dans lequel ils se trouvaient « *Alors on l'a fait un peu c'est vrai qu'on n'a peut-être pas pu faire beaucoup parce qu'avec les monitos, la péridurale... On l'a fait un petit peu au début comme on a pu mais après voilà* ». L'environnement a également attiré l'attention de Mesdames C. et I. car il a pu éveiller le sens de l'ouïe ou initier une comparaison. En effet, Madame C. a avoué « *du coup j'ai passé la matinée en chambre puisque la salle nature était occupée par d'autres femmes qui accouchaient plus vite* ». Quant à Madame I. « *: Et puis des fois on entend un peu des choses aussi...des femmes en même temps que vous et qui crient* ».

Madame F. a ressenti des difficultés pour appliquer la théorie des cours de PNP lors du travail « *pendant la contraction on a du mal à se souvenir de tout ça* ». D'autre part, l'utilisation de l'homéopathie a été abordée qu'une seule fois par Madame I. « *Je l'ai pris mais après un moment dans la soirée je crois qu'on a complètement oublié.* (En s'adressant à son conjoint) ». Enfin, l'hypnose n'a été expérimentée par aucune des femmes interrogées.

6.1.2 Place et vécu de l'analgésie épidurale

Ce thème ne faisait initialement pas parti de ceux abordés par la grille d'entretien. Cependant, il a majoritairement été abordé par les femmes interrogées. Chaque femme a évoqué une raison personnelle quant à ce choix de soulagement de la douleur. Par exemple, Madame C. a évoqué l'expérience de son premier accouchement douloureux « *je n'étais pas engloutie et au final la péri je l'ai prise plus par peur de ce qui pourrait se produire après [...] j'ai dit on va faire la péri plus par crainte de la suite en fait, et peur*

d'avoir mal que vraiment parce que je ne gérais pas sur le moment en fait...la douleur ça a été traumatisant ». Madame A. a placé l'analgésie péridurale comme la seule solution réelle de soulagement « *je pense qu'il n'y a que la péridurale qui pourra m'aider à me soulager [...] parce que moi le stade pour arrêter d'avoir mal c'était la péridurale donc voilà* ». Madame D. a avoué ne pas avoir suffisamment de ressource pour faire tout le travail sans analgésie péridurale « *je vais pas y arriver... j'arriverai jamais à dix [...] je l'ai demandé tout de suite [...]* ». Une femme a parlé du moment de la pose de l'analgésie épidurale : Madame I. « *De même quand il pose la péridurale, d'ailleurs l'anesthésiste vous dit 'bon si vous avez des contractions vous prenez sur vous mais surtout vous bougez pas, là j'ai trouvé super dur. Je crois que ça a été le moment le plus dur[...]* ».

Plusieurs femmes ont évoqué par ailleurs les sensations qu'elles avaient ou n'avaient plus lorsque l'analgésie péridurale était en place. Pour Madame D. « *une fois que la péridurale a été posée tout a été merveilleux* ». Le dosage de cette analgésie était également satisfaisant pour Madame B. « *Après j'ai bien ressenti les contractions et le passage et tout donc je suis plutôt satisfaite sur cet accouchement* », comme pour Madame F. « *Oui, et même la péridurale elle a été dosée juste ce qu'il fallait en fait. Je ressentais ce qu'il se passait [...]* ». La répartition de l'analgésie péridurale pour Madame E. n'a pas été homogène mais elle a quand même été satisfaite « *J'ai ressenti que d'un côté du coup mais d'un autre côté tant mieux parce qu'après même quand elle a essayé de me remettre une dose ça n'a pas marché, du coup j'ai pu vivre, fin... sentir un peu tout sentir quand j'ai poussé etc. bon ça c'était cool.* ». Cependant, l'expérience qu'a vécu Madame H. n'a pas eu son entière satisfaction « *Je ressentais énormément les contractions, comme si j'avais rien et par contre je ne la sentais pas sortir [...] ça a été de pire en pire et puis ça a fini par ...paniquer puisque du coup je ne la sentais pas arriver.* »

A contrario, l'absence d'analgésie péridurale fait appel à la notion de « *sur-femme* » pour Madame A. ou encore pour Madame D. qui a relaté « *j'admire les femmes qui accouchent sans péridurale* ».

6.2 Acceptation et sentiment de contrôle

Le vécu de la douleur passe par les phases d'acceptation de celle-ci, de sa gestion et du sentiment de contrôle que les femmes lui accordent. Ces trois items ont fait partie

intégrante des entrevues avec les femmes interrogées. La douleur et le contrôle échappaient parfois aux parturientes, quelques exemples sont cités ci-dessous :

Madame I. : *« je donnais des coups de poings dans le lit, je me tordais et il n'y avait plus qu'à attendre que ça passe. »* ; *« La sage-femme a bien vu que j'étais complètement en dehors de la réalité »* ; *« au début, tout se passait bien puis quand ça a commencé à s'intensifier j'ai compris que je n'allais pas toujours les contrôler [...] il fallait prendre sur soi et endurer »*.

Madame G. pour laquelle la cinétique de dilatation cervicale fût assez rapide : *« du coup... plus de contrôle plus rien. Ouais je me suis laissée envahir par la douleur en fait je crois. »*

Madame F. : *« je faisais que subir en fait les contractions en espérant que ça allait avancer les choses »* et à propos du sentiment de contrôle *« Pas du tout... c'était plutôt elles qui me contrôlaient »*

Plusieurs femmes ont pu garder le contrôle sur cette douleur grâce à la respiration. Cela a notamment été le cas pour Mesdames A. et B. *« là de pouvoir gérer pour le deuxième, ça c'était royal parce que cette douleur oui je l'ai gérée en me concentrant sur cette respiration »* (Madame A.) ; *« je gérais la respiration et c'est ce qui faisait passer »* (Madame B.).

A contrario pour Madame G., l'acceptation de cette douleur a largement participé à sa gestion jusqu'à l'accouchement. Elle a rapporté *« et puis dans ma tête par rapport à cette douleur je m'étais dit à un moment je vais plus pouvoir le gérer puis non finalement ça s'est bien passé de ce côté-là [...] je suis toujours restée persuadée que de toute façon il fallait que ça se fasse et que c'est comme ça que bébé allait sortir [...] je l'avais accepté en fait »*.

6.3 L'accompagnement

6.3.1 *Place, vécu et intégration de l'accompagnant*

Toutes les femmes interrogées ont été accompagnées par leur conjoint lors du travail et l'accouchement. De manière unanime, elles ont avoué avoir vécu la simple présence de leur conjoint comme essentielle, et cela répondait à un réel besoin de soutien et d'accompagnement chez elles. Même dans une volonté d'intériorisation, la présence

de son conjoint a été appréciée chez Madame A. « *Si j'avais besoin de quelque chose ou quoi, il était là donc pour ça c'était bien [...] j'étais dans ma bulle, je ne répondais à personne. Il a su euh... Je savais qu'il était là, donc il y' avait sa présence donc voilà. Il n'aurait pas été là je pense que j'aurais moins fait la maline (rires).* » ; Madame D. « *Il était là donc moi déjà rien que le fait qu'il soit là c'était un soutien quoi. Je savais que s'il y avait un souci [...] Je ne voulais pas de toute façon être toute seule... Mais juste la présence me suffisait.* » ; Madame G. : « *Mais oui plus le soutien moral le fait qu'il soit là, de pas être toute seule aussi. Oui c'est plus sur l'aspect psychologique qu'autre chose. Puis bon on discutait d'autres choses aussi ça permettait de pas se focaliser sur la douleur aussi entre les contractions finalement.* » ; Madame H. « *Oui euh, rien que le fait qu'il soit là c'était génial. Parce que du coup pour le premier j'étais toute seule [...] Et là du coup j'ai apprécié que le papa soit là* » ;

Les ressources des accompagnants ont été multiples. Lors des entrevues, les femmes interrogées ont abordé spontanément la présence rassurante dont leurs conjoints ont fait preuve, comme pour Madame I. : « *Donc je l'ai trouvé super parce que ce jour-là il était présent, il a pris sur lui, il a assisté à tout. Il était là pour m'aider lors des contractions, il est venu en salle d'accouchement il a tout vu. Pour quelqu'un qui est phobique bon ben il était là du début à la fin. Il m'a encouragé* ». Pour Madame D. : « *Je savais que s'il y avait un souci. Il était là pour m'aider quand il y avait un souci donc moi ne serait-ce que sa présence euh... Euh non moi j'en avais besoin* ».

Mesdames B., C. et H. ont valorisé les qualités de soutien et d'accompagnement dont ont fait preuve leurs conjoints. Pour Madame B. « *Mon mari était là. Il a fait de l'humour pour me détendre (rires) [...]. Quand je sentais que la contraction allait arriver, je disais « allez on y retourne » et il me disait « on respire » et du coup il me papouillait les cheveux. On soufflait ensemble. Du coup ça me faisait rigoler à moitié et ça m'aidait à relativiser* ». Madame C. a beaucoup apprécié que son conjoint soit intégré dans le processus par l'équipe hospitalière afin d'avoir des outils pour l'accompagner « *Autant ça a été compliqué de me voir souffrir et de pouvoir rien faire. Mais pour ce qui est de son intégration par l'équipe, ça il a pleinement fait partie des propositions que ce soit sur de l'acupression, masser le dos à tel ou tel endroit, m'aider à me déplacer. Pour moi ce qui était très important c'était qu'on puisse être dans le respect de notre projet etc. ... qu'on puisse vivre ce truc tous les deux et qu'il soit pleinement associé à ça* ». Madame H. quant à elle, se rappelle l'expérience tactile et visuelle qu'elle a vécu avec son conjoint

« Il a réussi à m'apaiser entre guillemets entre chaque contraction et chaque poussée quoi. Par des paroles, des petits gestes, des paroles toutes simples quoi. »

Désormais, si l'on se place du côté du ressenti des accompagnants, leur expérience n'est pas toujours bien vécue. En effet, un sentiment d'impuissance face à cette douleur est ressorti. Monsieur E. a notamment avoué *« Ben on se sent impuissant en fait. Fin moi c'est mon ressenti [...]fin moi je me suis senti inutile. Non non moi je vous dis j'ai servi à rien pendant cette période [...] vraiment à rien, à part lui tenir la main »*. Madame E. a imaginé la situation où elle aurait vécu cela seule et a avoué *« C'est vrai que ça m'a rassuré quand même, ça m'a rassuré parce que je voulais pas rester toute seule »*. Cette femme s'est également posée la question au sujet de la personne accompagnante *« Après c'est vrai que dans ce sens, ça aurait été lui ou quelqu'un d'autre par exemple ma mère ou... Ben je pense que ça aurait été pareil [...] il fallait que j'aie quelqu'un de proche »*. D'autres femmes ont fait part du sentiment d'impuissance qui a envahi leur conjoint au moment du travail. Madame A. a ajouté *« Le conjoint il ne sait pas trop où se mettre, quoi faire [...] C'est un peu difficile, ils ne peuvent pas se mettre à notre place. Ils ne savent pas trop quoi faire de peur d'être plus une gêne en fait que de m'aider »* ; Madame F. *« pour moi c'était rassurant qu'il soit là mais j'ai l'impression que lui il savait pas trop où se mettre, il savait pas trop quoi faire. Et euh... il manquait d'assurance aussi [...] Il avait l'impression de me déranger en fait dans tout ce qu'il faisait alors que c'était le contraire »* ; Madame G. *« Oui par contre lui oui oui oui mais heureusement qu'il était là par contre. Il dit que ça servait à rien mais c'était important qu'il soit là quand même... »*

6.3.2 Place des sages-femmes dans l'accompagnement

Les sages-femmes sont pleinement actrices dans l'aide à la gestion de la douleur au cours des différents stades du travail. Elles se situent comme un professionnel de référence auquel les parturientes font entièrement confiance. Madame A. a notamment évoqué le fait que *« je faisais tout ce que les sages-femmes me proposaient »*. En effet, les sages-femmes font bénéficier de leurs multiples ressources afin d'accompagner la parturiente et le couple. Madame C. a partagé son expérience *« je me suis vraiment sentie accompagnée, soutenue, entendue, respectée, c'était vraiment très important... Je les ai senti très dans l'empathie [...] et je ne m'attendais pas à ce que ça me touche autant cette empathie »*. Madame A. a également été satisfaite de l'accompagnement *« Bien par l'équipe parce que à chaque fois j'avais une question ou un besoin, la sage-femme était*

là, elle me proposait plusieurs solutions ». Pour Madame H. « *elles ont su être là quand elles voyaient que les contractions enfin la douleur prenait le dessus, elles ont su mettre en avant la respiration et tout ce qui s'en suit...* ». Les femmes ont bénéficié d'expériences sensorielles, notamment Madame B. « *elles m'ont appuyé sur les épaules* » en addition avec des paroles rassurantes « *les sages-femmes me disaient que ça allait bien se passer* ». L'expérience visuelle joue également un rôle important dans l'accompagnement « *Elles me cachaient rien parce que ça se voit hein en même temps. On le voit sur les gens. Le visage des gens il parle hein* ». Parfois cette expérience sensorielle est le seul souvenir réconfortant qui reste au sujet d'une expérience passée douloureuse « *une petite caresse sur la cuisse clairement elle ne pouvait pas faire grand-chose d'autre pour moi. Voyez quatre ans après je m'en souviens et je pense que c'est ce qui m'a fait le plus de bien pendant tout le travail. Ça tient parfois à des petites choses* » (Madame C.).

La notion d'équipe avec un objectif commun a participé à la satisfaction des femmes et des accompagnants, notamment pour Madame B. « *On a formé une super équipe tous ensemble* ». L'humour et le relativisme sont également des qualités qui ont été relevées par les femmes interrogées « *Ah oui beaucoup d'humour, beaucoup euh... Autant au moment de la contraction elle me disait on respire [...] c'était vraiment ce que j'attendais, quelqu'un de très doux, en même temps très compréhensible, et c'est ce qui m'est arrivé, c'est ce que j'ai eu : quelqu'un de génial* ». Même lorsque l'activité est intense en salles de naissances, l'accompagnement pour Madame I. a été très bien vécu « *on les voyait courir partout ce soir-là. Mais toujours de bons conseils, à l'écoute, la petite touche d'humour aussi qui n'empêchait pas le professionnalisme, beaucoup d'encouragements aussi. C'est vrai que ouais c'était positif. Beaucoup de beaucoup d'encouragements donc on se sentait soutenus.* » Cependant, pour Madame G. la communication avec la sage-femme accompagnante fût déterminante dans les souhaits de cette femme. Elle n'a pas souhaité bénéficier d'un accompagnement de sa part car « *une fois elle m'a dit que ça peut durer trois heures du coup après je voulais plus (rires). Donc euh... non non fin là du coup ça m'a pas manqué.* »

Parfois, la douleur échappe même aux professionnels de santé. Les parturientes restent très compréhensives à ce sujet. Les femmes ont retenu la multitude de propositions qui leur a été faite afin qu'elles puissent choisir le moyen de soulagement qui leur convenait individuellement. Madame A. a notamment souligné le fait que « *plusieurs n'ont pas marché mais bon...après ce n'est pas votre faute [...] les sages-femmes même*

les médecins ils ne peuvent pas gérer la douleur ». Quant à Madame C. elle se souvenait de l'expérience de son premier accouchement il y a quatre ans « *Et puis à un moment à l'impossible nul n'est tenu et que c'est compliqué de vraiment accompagner dans la douleur. Parce que tant qu'elle est gérable, sous contrôle, ça va mais faire reprendre le contrôle à quelqu'un qui ne l'a plus, ben c'est compliqué...Moi ce qui m'a fait du bien dans ces moments-là, c'était des petits trucs : d'avoir des professionnels sincères dans l'empathie, et voilà une petite caresse sur la cuisse parce qu'à ce moment-là elle comprend que j'ai vraiment mal.[...] La souffrance n'était pas du tout banalisée, c'était une vraie empathie et qu'à ce moment-là à part faire une petite caresse sur la cuisse clairement elle ne pouvait pas faire grand-chose d'autre pour moi [...]* »

7. ANALYSE RETROSPECTIVE DU VECU DE LA DOULEUR

7.1 Satisfaction par rapport aux attentes des parturientes

La majorité des femmes avaient des attentes concernant la prise en charge de leur douleur. Madame A. a été « *satisfaite de tout qu'on m'a proposé* » ; Madame B. également « *[...] tout ce qui a été mis en place par rapport à m'aider et tout ça c'était bien* ». Pour Mesdames C. et E., la prise en charge dont elles ont bénéficié a dépassé leurs attentes « *Donc oui, même au-delà de ce que j'avais pu anticiper en me disant voilà je me définis un projet de naissance, forcément j'aimerais bien qu'elle s'y tienne, qu'elle le respecte, mais je ne m'attendais pas à autant kiffer le personnel (rires). Donc royal !* » (Madame C.) ; « *Oui. Ça s'est passé encore mieux que ce que... malgré la douleur. Ça s'est passé encore mieux que ce que j'imaginai. Non, c'était parfait.* » (Madame E.). Madame G. a apprécié bénéficier d'une information claire et neutre ainsi qu'avoir été l'entière décisionnaire de ses choix « *[...] fin elle m'a laissé le choix en expliquant que des contractions maintenant que j'étais à 8 ça serait pas pire. Finalement, si elle ne m'avait pas dit ça j'aurais peut-être demandé la péridurale. Je l'aurais peut-être regretté après...Du coup voilà. Mais elle a pas insisté dans un sens ou dans l'autre, donc j'ai trouvé ça bien.* » Madame I. a apprécié sa prise en charge ainsi que celle de son nouveau-né « *Pour le suivi de la maman et du bébé c'est parfait. Franchement, il n'y a rien à dire* ».

Une seule femme n'avait pas d'attentes particulières vis-à-vis de sa prise en charge, cette femme a tout de même été satisfaite de son vécu « *Ah oui ! C'est l'avantage quand on n'a pas d'attentes c'est qu'on est toujours satisfait. Oui il ne vaut mieux pas en avoir des attentes parce que je pense qu'on est déçu après.* »

7.2 Impact de ce vécu en post-partum

L'impact du vécu de la douleur a été étudié selon des thèmes proposés aux femmes interrogées. Ces thèmes sont : La vision et leur seuil de tolérance à la douleur *a posteriori*, la relation avec leur nouveau-né, la relation avec leur conjoint, la vision et relation avec les sages-femmes, puis l'impact à plus long terme pour une prochaine grossesse par exemple.

Concernant la vision et le seuil de tolérance *a posteriori*, la majorité des femmes interrogées ont avoué que cette expérience leur a fait dédramatiser certaines autres douleurs ou petits maux du quotidien qu'elles connaissent. Par exemple, Madame D. avoué « *j'étais déjà dans le comparatif* » lorsqu'on lui a enlevé la voie veineuse périphérique après l'accouchement ou encore pour Madame F. qui l'a comparé avec la douleur provoquée lorsqu'on lui a enlevé le sparadrap qui maintenait le cathéter de l'analgésie péridurale. Par ailleurs, la douleur du travail et de l'accouchement est bien dissociée de toutes les autres comme pour Madame A. « *Cette douleur-là elle est vraiment liée que à un accouchement donc du coup on ne va pas avoir mal comme ça pour autre chose. Je ne pense pas.* ». Madame B. et G. ont le sentiment que ce vécu est lié qu'à un moment donné et n'aura pas d'impact sur leur vie en général « *C'est pas que c'est déjà oublié mais c'était à un instant t et du coup ça a pas d'impact. Je me rappelle que voilà ouais à un moment « j'ai plus envie de pousser » (rires). Mais non sinon ça n'influera pas.* ». Pour Madame G. « *c'était l'impression que j'avais avant mais aujourd'hui je dirais non finalement* ». Selon cette femme, c'est plus le fait de devenir maman qui impact vraiment la vie future que la douleur en elle-même.

A propos de l'influence de ce vécu sur la relation avec leurs nouveau-nés, les femmes se posaient également la question durant la grossesse comme pour Madame C. « *C'est une question que je me posais. J'avais peur de ne pas l'aimer [...] Je ne lui en ai jamais voulu à lui. Cette douleur était complètement indépendante et ça n'a pas influencé dans notre attachement.* ». Madame E. a été équivoque à ce sujet « *Je l'aime à la folie, encore plus. Ça valait le coup d'avoir mal comme ça (rires)* ». L'arrivée du nouveau-né peut également aider à relativiser cette douleur vécue « *On oublie on se dit que on n'a pas fait ça pour rien et que la douleur finalement c'est pas grave au final* ». La notion d'oubli de cette douleur est un thème qui est ressorti chez plusieurs femmes. En effet, Mesdames A., B., F., H. et I. ont évoqué cette notion « *ça fait juste trois jours que j'ai accouché et*

j'ai l'impression déjà d'oublier un peu toute cette douleur. Donc je sais pas dans un mois, dix ans, est-ce que j'aurai encore cette impression que c'était la douleur la plus horrible ? » (Madame F.)

Concernant la relation avec son conjoint, Madame A. a très bien résumé l'importance de la présence d'une personne de confiance « *Je pense que leur présence...fin....quelqu'un avec la personne enceinte c'est super important en fait. Une présence ça soulage, même si mon conjoint ne pouvait pas faire grand-chose. Rien que de savoir qu'il était là, ça me soulageait.* ». De manière légitime, on peut se demander si cette expérience à deux a un impact sur la relation après l'accouchement. Pour Mesdames E. et G., « *Fin après ce qui change c'est les enfants, c'est pas la douleur qui change.* » (Madame G.) ; « *C'est plus l'accouchement parce que la douleur on l'a pas trop vécu ensemble (rires). J'ai vécu toute seule la douleur (rires)* » (Madame E.). Au contraire, Madame I. a vécu cette douleur en binôme avec son conjoint « *Ouais en fait je pense qu'il y a eu un échange, une entraide parce que c'est vrai que quand on a mal et à l'accouchement on le fait pour le bébé on le fait pour...Et on pense à la personne avec qui on a conçu le bébé aussi et tu étais là et je me suis dit je vais tout donner et c'était pour le bébé et pour lui aussi. J'avais les deux en tête quoi* ». Cette femme fût la seule qui a associé la douleur du travail à la naissance de son bébé. Pour Mesdames F. et H., cette expérience va selon elles, faire évoluer la relation avec leur conjoint « *j'ai comme l'impression que ça va changer beaucoup de choses dans notre relation. Je pense qu'il sera encore beaucoup plus aux petits soins qu'avant (rires)* » (Madame F.) ; « *On était déjà bien soudés et je pense que là ça sera encore mieux. Je pense que c'est une expérience qui change beaucoup et puis c'est son premier donc...* » (Madame H.)

La sage-femme se situant au cœur de la prise en charge des couples lors du travail et de l'accouchement, le point de vue de ces derniers a donc été demandé. La prise en charge effectuée par les sages-femmes a été très satisfaisante pour une grande majorité de la population de l'étude. Tout en reconnaissant la difficulté que revêt la prise en charge de la douleur, les femmes et couples interrogés ont été très reconnaissants du travail fourni. Madame et Monsieur I. étaient d'accord sur le fait que « *Les sages-femmes pour moi elles devraient être encore plus valorisées que ce qu'elles le sont. Je trouve qu'elles font un boulot incroyable. Elles sont engagées, vraiment des personnes avec beaucoup d'humilité. C'est un métier, c'est une vocation donc ouais beaucoup d'admiration pour les sages-femmes.* ». Selon Madame D., la sage-femme a su répondre entièrement à ses propres

attentes « *Ouais, parce que c'était vraiment ce que j'attendais, quelqu'un de très doux, en même temps très compréhensible, et c'est ce qui m'est arrivé, c'est ce que j'ai eu : quelqu'un de génial.* ». Une seule femme pense que la vision qu'elle a des sages-femmes n'évoluera pas suite à cette expérience « *[...] Après je me dis que ça doit pas être évident tous les jours parce que voilà... mais non après pas...non. Pas spécialement non* » (Madame G.). Par ailleurs, la sage-femme qui était présente au moment du travail et de l'accouchement, représente parfois un lien particulier pour les femmes. Ceci est le cas pour Madame C. « *Je pense que si par contre. Vu que c'était vraiment quelque chose de compliqué et que j'avais perdu le contrôle, et qu'elles ont essayé de m'offrir des possibilités, oui je pense. La sage-femme qui m'a accouché pour mon premier je pense que j'aurai un attachement possible assez particulier à elle. Forcément à conditions plus extrêmes et plus compliquées, il y'a un lien plus fort.* »

Madame G. a souligné l'unicité de chaque grossesse et accouchement pour toutes les femmes. Même si tous les paramètres d'heures, de lieu et de personnels soignants présents sont identiques au premier accouchement comme cela a été le cas pour le deuxième accouchement de cette femme « *Il peut encore se passer autre chose, ça peut être encore complètement différent et la grossesse aussi et tout.* »

Enfin, pour finaliser les entretiens, il a été demandé à chaque femme si elles souhaitaient exprimer des axes d'amélioration ou des points essentiels pour la prise en charge. Pour Mesdames A. et I. les cours de PNP ont été une réelle aide pour la gestion de la douleur : Madame A. « *Par contre, les cours de préparations m'ont beaucoup aidé rien qu'au niveau de la respiration [...] Du coup je l'aurais vécu différemment, parce que cette technique de respiration je pense elle aide vraiment beaucoup et c'est vraiment le moyen premier je pense à utiliser parce qu'au moins on essaie de gérer la douleur du coup ça aide.* » Mesdames A. et I. recommandent ensemble ces cours préparatoires. Pour Madame A. « *Moi je dis qu'il faut faire ces cours parce qu'on apprend plein de choses. Rien que pour les contractions, ça m'a appris comment gérer ça.* » et pour Madame I. « *Déjà faire une prépa à l'accouchement ça ça me paraît essentiel parce que moi c'est ce qui m'a aidé pendant le travail à bien pousser justement.* ».

Selon Madame C. il est important de conserver les outils d'évaluation et d'aide à la gestion de la douleur ainsi que l'empathie « *Mais non parce qu'elles (les sages-femmes) font déjà beaucoup de choses. Mais même sur quantifier la douleur, prendre*

régulièrement des nouvelles etc...La notion d'empathie aussi qui a été très importante qui a fait beaucoup de bien même [...] ».

Indéniablement, la satisfaction du vécu du travail est étroitement liée au déroulement de l'accouchement. Cela a été le cas pour Madame B. qui a pu être décisionnaire de la position qu'elle a adoptée au moment de l'accouchement « *En fait ça été tellement bien vécu que j'ai aucun point négatif sur cet accouchement. Alors peut être que c'est le fait d'accoucher sur le côté... On est à moitié en position fœtale, donc est-ce que c'est rassurant ? C'est quand vachement plus sympa d'être sur le côté que les jambes dans les étriers. Vraiment, j'ai beaucoup plus apprécié parce qu'en plus j'étais vraiment face à face avec papa et du coup on se regardait. »*

DISCUSSION

1. ATTEINTE DES OBJECTIFS

Pour cette étude, neuf entretiens semi-directifs ont été réalisés afin d'explorer le vécu de la douleur en cours de travail obstétrical. La durée exploratoire minimale de 15 minutes par entretien a été respectée.

2. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

2.1 Les forces

L'une des principales forces de cette étude réside dans ses modalités de mise en place. En effet, cette étude a été réalisée grâce à des entretiens semi-dirigés, ce qui a permis de viser la description et l'interprétation du vécu de la douleur. Les données de la littérature française étant pauvres à ce sujet, cette étude a donc toute sa place au cœur de la recherche en maïeutique. Le choix d'une étude de type qualitative a été fait dans l'objectif de faire une première mise en perspective des différents thèmes autour de ce sujet, jusqu'ici peu exploré en France.

Les femmes interrogées bénéficiaient d'un temps non limité pour s'exprimer lors des entretiens. La grille d'entretien (Annexe I) a été utilisée seulement pour guider les participantes vers des thèmes qui sont ressortis des littératures française et étrangère. Cependant, au fil des entretiens, plusieurs thèmes non issus de la littérature ont été mis en avant par les femmes interrogées. Ces thèmes novateurs ont été approfondis lors des entretiens puis analysés au même titre que les thèmes initiaux. Cette étude participe donc à l'enrichissement des données de la littérature à ce sujet et approuve, à son échelle, la nécessité d'explorer le vécu de la douleur au décours de la parturition.

Par ailleurs, cette étude a fait l'objet d'une validation préalable auprès de la guidance du mémoire ainsi que des responsables du terrain de l'étude.

2.2 Les limites

La phase de recrutement des participantes a été une réelle limite pour l'étude car elle s'est effectuée sur une courte période et a été limitée par le temps. De plus, le nombre d'entretiens ne permet pas d'atteindre totalement le principe de saturation des données. En effet, ce principe de validité n'a pu être atteint pour l'ensemble des thèmes étudiés.

Cette étude s'est déroulée dans une seule maternité de type I de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Le caractère unicentrique fait donc parti des limites de cette étude.

Les entretiens pour explorer le vécu de la douleur du travail obstétrical se sont déroulés entre les premiers et quatrièmes jours du post-partum. Cependant, le moment évoqué au cours des entrevues était celui du travail. Les réponses fournies par les femmes interrogées ont donc fait appel, pour grande majorité, à leurs souvenirs et leurs interprétations *a posteriori*. Même si ces souvenirs sont parfois très présents, le biais issu de la mémoire ne peut être écarté.

Lors des entretiens, les personnes présentes ou pouvant interrompre temporairement l'entrevue ont pu influencer les réponses émotionnelles et verbales des femmes interrogées.

Enfin, la notion de subjectivité inhérente à chaque étude fait partie des biais. En effet, il est important d'être conscient de la subjectivité qui peut être présente tant au moment de la collecte des données qu'au moment de l'analyse de celles-ci. Cependant, ce biais émotionnel ne peut être écarté de toute étude scientifique, quelle que soit la méthode de recherche employée.

3. DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE

3.1 Discussion des données générales

Les neuf entretiens semi-dirigés ont été réalisés dans les conditions préalablement souhaitées pour les participantes. Des informations orales et écrites avec recueil de leur consentement ont été effectuées avant chaque entrevue. Les entretiens ont été réalisés dans un lieu qui était neutre autant pour les participantes que pour l'enquêtrice. Les conditions de recueil des données et d'enregistrement des entrevues ont été satisfaisantes pour l'étude.

3.2 Discussion des caractéristiques socio-démographiques de la population

La population de l'étude appartenait majoritairement à la tranche d'âge des femmes âgées de 31 à 35 ans. Les tranches d'âges « 18-25 ans » et « 26-30 ans » ont été peu représentées. De plus, les femmes âgées de 36 ans et plus ne faisaient pas parties de la population de l'étude.

Concernant la répartition de la parité dans la population, celle-ci était légèrement majoritaire pour les multipares. L'élargissement des critères d'inclusion concernant la parité a favorisé l'inclusion de cinq multipares contre quatre primipares. De plus, cet élargissement a également permis d'inclure deux femmes ayant un antécédent d'accouchement par césarienne.

Toutes les possibilités de variations concernant le suivi de cours de PNP ont enrichi les caractéristiques de la population de l'étude. En effet, les données recueillies auprès des femmes ont été dotées de diverses expériences à ce sujet. L'influence du suivi des cours de PNP sera plus longuement discutée dans la partie suivante.

3.3 Discussion des résultats

3.3.1 *Représentations prénatales de la douleur du travail*

Concernant la volonté des femmes à s'informer en anténatal au sujet de la douleur du travail obstétrical, cette étude retrouve les trois profils qui ont été décrits dans le travail de recherche publié à ce sujet en 2014 (33). Aucune corrélation entre la parité et le profil d'approche n'a été retrouvée chez les femmes interrogées. En effet, trois participantes avaient adopté l'approche « *Pragmatic natural* ». Madame I. n'était pas inquiète par rapport à sa capacité à gérer la douleur du travail. Cependant, elle a apprécié la disponibilité des méthodes pharmacologiques afin de l'aider sur la fin du travail. Madame B. était également dans cette approche, mais l'analgésie péridurale lui a été recommandée en raison de son antécédent de césarienne. Mesdames A., F. et H. avaient adopté l'approche « *Deliberately uninformed* ». Parmi ces femmes, deux profils différents se sont distingués. Mesdames A. et H. ne souhaitaient pas s'informer dans l'objectif de ne pas forcément prévoir à l'avance une méthode de gestion de la douleur. Madame F. n'a délibérément pas recherché d'informations car elle avait le sentiment que les informations auraient pu lui provoquer une peur encore plus forte. La troisième part de la population avait adopté l'approche « *Planned pain relief* ». Cette approche leur a permis de passer au-delà de la souffrance engendrée par la douleur ou encore de la prévenir. Madame C. a en effet cherché à prévenir cette souffrance qu'elle avait déjà ressentie lors de son premier accouchement. Enfin, un dernier profil s'est distingué parmi les femmes interrogées. Mesdames A. et G. ont adopté une partie de l'approche « *Pragmatic natural* » en souhaitant effectuer une grande partie du travail obstétrical sans aide pharmacologique. Cependant, à la différence des femmes appartenant à ce groupe, Mesdames A. et G.

n'étaient pas assez confiantes dans leur capacité à gérer la douleur. Ce quatrième profil non décrit dans la littérature scientifique représente peut-être une réalité de terrain à explorer scientifiquement. Madame G. soulignait que lors des séances de PNP : « *Parce que je lui avais dit que je savais pas trop si je pouvais gérer la douleur et elle m'avait dit « ben toute façon soit c'est trop dur et vous la demanderez la péridurale et ça sera fait soit c'est ... « Fin moi j'avais peur de le dire trop tard donc elle m'avait dit si c'est trop tard ça va aller vite mais on n'était pas aller plus loin là-dessus. ».*

L'impact de l'imagination et des expériences passées des femmes interrogées ont été scindées en deux sous-parties dans les résultats de cette étude. Cependant, elles sont liées entre elles car l'imagination naît des expériences passées vécues personnellement ou entendues de l'entourage. En tant que professionnel ou membre de l'entourage, nous pouvons avoir un réel impact sur l'imagination de la douleur du travail obstétrical et *a fortiori* sur le vécu de cette douleur.

3.3.2 *Attentes et préparation anténatale*

Selon les recommandations professionnelles de la HAS concernant la PNP entrées en vigueur en novembre 2005, plusieurs objectifs ont été définis (32). Parmi les résultats de l'étude, certains objectifs recommandés ont été retrouvés :

- « Créer des liens sécurisants avec un réseau de professionnels prêt et coordonné autour de la femme enceinte. »

Cet objectif a été respecté pour chaque femme interrogée car les séances de PNP ont été coordonnées par les sages-femmes hospitalières ou libérales dans la continuité du suivi de grossesse.

- « Accompagner la femme ou le couple dans ses choix et ses décisions concernant sa santé, la grossesse, les modalités d'accouchement, la durée du séjour en maternité. »

Les professionnels se sont coordonnés autour du couple, car les papas étaient invités à suivre également les cours théoriques. Cela a été apprécié par ces derniers qui se sont sentis plus impliqués dans la grossesse et bénéficiaient d'outils supplémentaires pour aider leurs conjointes. Les femmes et les couples ont pu être écoutés, guidés et soutenus dans leurs questionnements et choix. Cet apport a été très important pour Mme et Mr I.

qui sont allés jusqu'à changer de maternité en cours de grossesse afin de bénéficier de plus d'écoute et d'accompagnement.

- « Renforcer la confiance en soi chez la femme ou le couple pendant la grossesse, face à la grossesse, la naissance et les soins du nouveau-né. »

Cet objectif a été, pour la majorité des femmes interrogées, respecté. Les cours théoriques ont permis à certaines, comme Madame C. de ré actualiser ses connaissances dans le cadre de sa deuxième grossesse ou encore pour Mesdames B. et I. de renforcer leur confiance grâce aux cours pratiques d'haptonomie.

Quatre femmes interrogées dans l'étude n'ont pas ou peu suivi de cours de PNP. D'autre part, plusieurs femmes ont rapporté les limites de ces séances de préparation, notamment dans la reproductibilité des pratiques enseignées lors du travail. Ces femmes contrôlaient leur douleur principalement grâce à la respiration abdominale qu'il leur a été enseignée mais les postures enseignées étaient parfois difficiles à reproduire lors des contractions. Madame G. a relevé l'absence de préparation psychologique lors de ces séances. En effet, les cours de PNP ont pour axes principaux la théorie et la pratique autour du travail, de l'accouchement et des soins en post-partum. L'aspect psychologique peut être cependant plus facilement abordé lors de l'Entretien Périnatal Précoce mis en place en 2017. Cette entrevue individuelle avec une sage-femme permet à la femme ou au couple leur libre expression dès le début de la grossesse. Le professionnel prend en compte les expériences passées, le déroulement de la grossesse actuelle et identifie les besoins afin d'évoluer ensemble sur le plan psycho-social. Cet entretien est proposé par 85% des maternités françaises mais encore peu effectué : seules 28,5% des femmes ont déclaré en avoir eu un en 2016 (2). Cette entrée de la préparation psychologique parmi la préparation pratique figure alors parmi les axes d'améliorations possibles.

Concernant les attentes des femmes à propos de la gestion et du soulagement de la douleur du travail, quatre femmes sur neuf interrogées dans cette étude ont exprimé leur absence d'attente à ce sujet. Ce résultat est à nuancer avec celui retrouvé par l'Enquête Nationale Périnatale effectuée en 2016. En effet peu de femmes (3,7%) expriment de demandes particulières ou élaborent un projet de naissance (2). Par ailleurs, deux femmes ont spontanément positionné leurs attentes en faveur d'une analgésie péridurale au cours du travail. Parmi elles, une femme a exprimé son souhait « *d'avoir un bel accouchement* ». Ce profil a notamment été retrouvé dans une étude menée en 2012

dans une maternité de la région toulousaine. Cette étude a comparé les motivations de 114 femmes souhaitant accoucher avec et sans analgésie péridurale. Dans le groupe de femmes souhaitant accoucher avec péridurale, l'une des motivations concernant l'accouchement était : « *elle souhaite profiter pleinement de l'accouchement, en avoir un meilleur contrôle et en garder un bon souvenir* » (38). Une autre femme a également exprimé son souhait d'accoucher avec une analgésie péridurale car elle avait peur de souffrir. Cet item a également été retrouvé dans l'étude citée précédemment.

Dans cette étude, deux autres femmes interrogées ont fait part de leur volonté de liberté de mouvements et d'autonomie. Ces femmes ont souhaité adopter une attitude active dans la gestion de la douleur du travail. En tant que sage-femme, garante de la physiologie du travail et de l'accouchement, cette volonté est importante à accompagner. En effet, en termes de mécanique obstétricale, la mobilisation de toutes les parties du corps et surtout la région du bassin osseux durant le travail favorise une bonne adaptation entre le mobil fœtal et les proportions pelviennes maternelles.

3.3.3 *Description et ressenti de la douleur durant le travail*

La douleur ressentie durant le travail est une expérience unique pour chacune et qui est même en constante évolution tout au long du travail jusqu'à l'accouchement. Dans cette étude, les femmes ont parfois eu des difficultés à définir avec des mots ou adjectifs la douleur qu'elles ont ressentie. La douleur peut être vécue de manière contradictoire au début du travail. En effet, cette douleur a revêtu son objectif initial pour certaines femmes dans le cadre d'un accouchement : le signal émis par le corps physique que l'accouchement est de plus en plus imminent. Depuis 1993, - année où la douleur du travail faisait ses prémices dans la littérature scientifique grâce aux travaux du Dr Melzack, jusqu'à aujourd'hui en 2019- la douleur du travail obstétrical a toujours été décrite comme l'expérience la plus douloureuse vécue par les femmes (39). Dans notre étude, l'adjectif le plus employé par les femmes interrogées pour la décrire fût le terme « *horrible* ». Les métaphores également utilisées font étrangement appel à l'étude précédemment citée. En effet, cette recherche situait la douleur du travail et de l'accouchement juste en-dessous de la douleur expérimentée lors de l'amputation d'un doigt (1). Les femmes interrogées ici ont également eu l'impression par exemple qu'on « *[...]m'arrache les deux bras en même temps* » (Madame C.) ; « *[...] qu'on m'enfonçait*

des coups de poings » (Madame D.) ; « [...] *qu'on aurait pu me casser toutes les parties du corps* » (Madame E.).

La variabilité des vécus et l'interdépendance entre différents facteurs comme la parité, l'âge ou l'approche culturelle ne sont pas ressorties de cette étude. Cependant, une revue de la littérature scientifique menée en 2019, confirme la relation entre ces facteurs et la perception de la douleur du travail (39). De plus en plus, un accompagnement avec des outils individualisés est mis en avant afin de s'adapter au mieux aux facteurs cognitifs, environnementaux et socio-culturelles de chaque parturiente.

3.3.4 *Gestion de la douleur pendant le travail*

Toutes les femmes interrogées ont utilisé une méthode alternative ou complémentaire à l'analgésie péridurale pour gérer la douleur du travail. En effet, la respiration abdominale apprise en séances de PNP pour la plupart des femmes, leur a permis de contrôler cette douleur. Dans la littérature scientifique, ce type de respiration figure parmi les techniques de relaxation qui est associée à une réduction de la sensation douloureuse et à un taux plus élevé de satisfaction maternelle (40). De plus, la mobilisation et cette volonté de liberté de mouvement tant évoquées par les femmes ont fait leurs preuves dans la littérature scientifique. En effet, la variation posturale est associée à une durée de travail significativement plus courte et un taux de satisfaction maternel plus élevé (41). Les autres méthodes citées dans notre étude comme l'acupression, l'homéopathie ou l'utilisation d'un ballon font parties des outils que les parturientes peuvent utiliser seules, avec leurs accompagnants ou sages-femmes afin de composer avec la douleur.

Dans notre étude, le sentiment de contrôle sur la douleur faisait preuve d'une grande variabilité. En effet, plusieurs femmes se sont dit qu'elles contrôlèrent le temps qu'elles pourraient et ensuite qu'elles feraient appel à une méthode pharmacologique dès qu'elles commenceraient à perdre le contrôle. Ce comportement peut permettre à la parturiente d'être toujours la décisionnaire pour son expérience du travail. L'utilisation de méthodes pharmacologiques n'est pas vécue comme un échec par les femmes, au contraire cela leur permet de conserver ou reprendre le contrôle sur leur douleur. Le dosage des produits analgésiques pour l'analgésie épidurale a globalement été satisfaisant pour les femmes car elles ont pu garder des sensations et continuer à vivre leur travail et leur accouchement. Dans cette étude, la seule femme à ne pas avoir eu de sensation au

moment de l'expulsion est entrée en panique car elle « *ne la sentait pas arriver* ». Avec près de 82.6% d'utilisation de l'analgésie péridurale sur le territoire français en 2016 (2), cette méthode est aujourd'hui bien installée dans les mœurs occidentales ; cependant, elle entre parfois en contradiction avec les approches culturelles. Une femme dans cette étude a évoqué le fait qu'elle venait d'une famille où sa maman avait eu huit enfants sans analgésie péridurale et de ce fait a dit « *Je voulais faire ça bien* » et « *donc j'essayais de faire la fille bien* ». Cette notion pose la question de la culpabilité qui peut être générée à partir du modèle maternel parfois imposé inconsciemment.

L'environnement dans lequel se trouve les parturientes et leurs accompagnants peut s'avérer déterminant dans le déroulement du travail. En effet, un environnement calme et sans stress est recommandé par la Société des Obstétriciens-Gynécologues du Canada car une femme dans un environnement inadéquat synthétisera plus volontiers des hormones de stress comme les catécholamines pouvant inhiber le travail à doses supra physiologiques (12). Les femmes interrogées dans cette étude ont mentionné avoir été sensibles aux paroles ou cris des autres parturientes dans les différentes pièces adjacentes. Cela a engendré chez elles du stress, de la comparaison voire même de la culpabilité de ne pas accoucher plus vite que les autres.

3.3.5 *L'accompagnement*

L'accompagnement joue un rôle primordial dans le vécu et la satisfaction maternelle concernant le travail et l'accouchement. La présence du père aujourd'hui en France participe à l'équilibre qui s'établit entre les fonctions paternelles et maternelles. De ce fait, tous deux se sentent concernés de manière équitable par la grossesse, le travail et l'accouchement (42). Les conjoints ont la possibilité d'accompagner leur conjointe à différents niveaux lors du travail. Ils peuvent participer à la respiration comme cela a été le cas dans cette étude pour Madame B. « *on soufflait ensemble* », ou encore participer aux massages du dos comme l'a vécu Madame C. ou enfin prolonger un projet débuté lors de la grossesse comme pour Madame et Monsieur I. qui ont poursuivi leur investissement dans l'haptonomie. Chaque couple trouvait son équilibre, qui était parfois difficile à mettre en place au départ face à la douleur que peut vivre la femme. En effet, de nombreux pères se sont sentis impuissants face à la souffrance qu'endurait leurs compagnes. Cependant, les femmes interrogées ont indiqué que la seule présence de leur conjoint suffisait à répondre à leurs besoins d'accompagnement. Madame H. a évoqué

l'expérience de son premier accouchement qu'elle a vécu seule, et a beaucoup apprécié d'être accompagnée lors de son deuxième accouchement. Il est donc essentiel pour la parturiente d'être accompagnée par une personne de confiance mais cette dernière ne peut obligatoirement être le conjoint. En effet, Madame et Monsieur E. ont souligné que la présence d'une personne de leur famille aurait convenu « *Ben je pense que ça aurait été pareil [...] il fallait que j'aie quelqu'un de proche* ». D'autre part, lorsque le conjoint a été pleinement intégré dans l'accompagnement par l'équipe hospitalière, il a été vécu de manière très satisfaisante par ce binôme et été un moyen efficace de faire face à l'impuissance que peuvent ressentir les pères.

Concernant l'accompagnement par les sages-femmes, la littérature scientifique associe la satisfaction maternelle à la présence d'un soutien et d'une communication thérapeutique ainsi que la continuité du soutien entre les professionnels de santé (4). D'autre part, le soutien continu comprenant les émotions, le confort, l'information et les conseils participe au sentiment de contrôle de la parturiente et diminue le taux d'interventions obstétricales (31). Dans notre étude, Madame F. fait part de son expérience « *Je pense que si les sages-femmes n'étaient pas comme elles étaient, je pense que j'aurais vécu cette expérience très mal en fait* ». On comprend alors largement le rôle de la sage-femme dans cet accompagnement qui est déterminant dans la garantie de la physiologie du travail et de l'accouchement. Dans notre étude, seule une femme a préféré s'émanciper de l'accompagnement de la sage-femme, malgré cela elle a été satisfaite de cette situation car elle a jugé que cela lui était entièrement personnel. Toutes les autres femmes, ont approuvé l'accompagnement, le soutien dont elles ont bénéficié par les sages-femmes. Ces dernières ont su s'équilibrer entre l'éthique du *care* et le *cure*. Cependant, il faut rester vigilant quant à la place des professionnels au sein du couple lors de ce moment unique pour eux. Pour Madame E. la sage-femme a permis d'apporter des outils de gestion de la douleur au futur papa « *Ah ouais on est tombés sur une sage-femme au top aussi. La sage-femme a montré des massages au papa pour qu'il les reproduise* ». Mais parfois, cette place peut être tangible à côté du conjoint qui se sent impuissant « *oui mais le fait que... moi je pense que... fin de ce j'ai vu hein, c'est mon ressenti à moi de vision extérieure : c'est le fait que la sage-femme arrivait, je trouvais que ça l'apaisait quand même. Donc c'est pour ça que moi mon ressenti c'est j'ai servi à rien.* » (Monsieur E.). Comme Monsieur E., quelques accompagnants ont été propulsés dans le *care* sans pour autant se sentir utile. Leur manquait-il des éléments du *cure* pour échapper à ce

sentiment ? Le travail avec la douleur est un travail d'équipe mais qui ne doit pas substituer le rôle de l'accompagnant. L'intégration du père dans les soins à la parturiente était associée à un taux plus élevé de satisfactions maternelles et paternelles dans notre étude.

3.3.6 *Analyse rétrospective du vécu de la douleur en post-partum*

Les attentes des femmes ont été respectées et sont associées à un taux de satisfaction maternel majoritaire. Les femmes ont confirmé le fait que cette douleur était l'une des plus intenses qu'elles avaient ressentie au cours de leur vie. Ce vécu aura donc un impact sur leur vision de la douleur en général et leur permettra de relativiser certains maux du quotidien. Il n'y aura cependant pas d'influence sur la relation avec leurs bébés selon elles. Pour certaines, la relation avec leur conjoint sera que plus soudée après cette expérience.

Les sages-femmes qui les ont accompagnées au cours du travail et de l'accouchement ont répondu à leurs attentes et besoins, et ont respecté de ce fait les recommandations de la HAS parues en 2017 à ce sujet. En effet, il est recommandé d'assurer un suivi continu, global et individualisé lors du travail et de l'accouchement (5).

Selon l'étude parue en 2006 par Boudou et al., il existe une relation entre l'intensité de la douleur ressentie au moment du travail et la survenue de troubles de l'humeur dans le post-partum (35). Sa prévalence varie entre 20% et 80% des accouchées en fonction des études (36). Dans notre étude, les troubles de l'humeurs des femmes interrogées n'ayant pas été étudiés, nous ne pouvons conclure à ce sujet. Cependant, il aurait été intéressant d'explorer la corrélation entre le vécu de la douleur et la survenue de ces troubles.

4. PERSPECTIVES D'AVENIR

Nous avons pu cerner la multitude de paramètres médicaux, psycho-sociaux et environnementaux qui entrent en jeu dans le vécu et la prise en charge de la douleur au cours du travail. Il serait intéressant de regrouper les thèmes reconnus comme pertinents par les femmes interrogées pour étendre cette recherche et établir la relation statistiquement significative entre ces paramètres et le vécu de la douleur. Cela permettrait aux femmes de libérer leur parole à ce sujet et aux professionnels d'avoir des données scientifiques probantes afin d'individualiser au mieux leur prise en charge.

De plus, il semble fondamental de continuer à approfondir, lors de la formation initiale et lors du développement professionnel continu, les outils alternatifs et complémentaires à l'analgésie péridurale. Cette maîtrise de la neurophysiologie et de la gestion de la douleur constitue de réelles ressources pour les femmes et participent à un meilleur vécu de la douleur. Nous avons également constaté que ce vécu peut avoir un réel impact sur la stabilité psychologique *a posteriori* : quel serait alors l'impact de l'exploration de ce vécu lors des visites en post-natales sur la survenue de la dépression du post-partum ?

Les accompagnants constituent un réel soutien auprès des parturientes. Pour donner suite aux résultats, nous sommes en mesure de nous demander : se sentent-ils réellement préparer à faire face à l'accompagnement de cette douleur ? L'élargissement des cours de PNP aux accompagnants leur permettrait de bénéficier d'un temps d'écoute et de partage d'outils précieux pour le soutien au moment du travail. Cependant, il serait judicieux d'étudier en amont leurs réelles attentes et les bénéfices qu'ils pensent percevoir à la mise en place de ces temps d'échanges. Dans la continuité de l'amélioration des cours de PNP, une femme nous a fait part du côté très pratique de ces cours qui négligeaient parfois la préparation psychologique. Ces remarques figurent parmi les axes d'améliorations des cours de PNP.

D'autre part, l'exploration du vécu des professionnels de santé, acteurs de la prise en charge du travail serait également pertinente. Nous nous sommes en effet aperçus que parfois la douleur échappe aux femmes et aux professionnels de santé, quels sont à ce moment-là les ressources des professionnels de santé et leur ressenti face à cette situation ?

CONCLUSION

Cette étude a permis de recueillir et d'analyser le vécu de neuf femmes concernant la douleur et sa prise en charge au cours du travail obstétrical. L'histoire de ce vécu ne débute pas de manière concomitante au début du travail. En effet, cette douleur laisse place chez les femmes à des représentations anténatales issues du vécu personnel et de celui de leur entourage. Cet aspect a démontré la multitude de représentations de la douleur qu'avaient les femmes et ses impacts positifs et/ou négatifs sur le vécu lui-même au moment du travail et dans le post-partum. La plupart des femmes interrogées ont décrit cette douleur comme la plus douloureuse qu'elles n'aient jamais vécue. Plusieurs outils les ont aidés à coopérer avec la douleur ressentie. Il s'agit principalement de l'apprentissage des techniques de respiration et de mobilisation, de la présence d'une personne de confiance ainsi que de l'équilibre entre le *care* et le *cure* dont les sages-femmes ont fait preuve. En effet, elles ont été les acteurs de soins bienveillants des parturientes en faisant preuve entre autres, d'empathie et de soutien psychologique. Lorsque certaines femmes atteignaient un point de non-contrôle, l'analgésie péridurale était un recours. Ce vécu a majoritairement été associé à une satisfaction maternelle et des couples dans le post-partum. Une femme a soulevé la souffrance psychologique encore présente issue d'un vécu difficile de la douleur lors d'un accouchement antérieur. D'autre part, certaines personnes accompagnantes se sont senties impuissantes et inutiles face à la douleur des parturientes.

Ces vécus propres à chacune et chacun font ressortir toute l'importance de l'accompagnement médico-psycho-social individualisé de chaque femme et couple de la période anténatale jusqu'au post-partum. Cet accompagnement personnalisé nécessiterait de multiplier les temps d'écoute et de partage entre les équipes obstétricales et les femmes, par exemple lors de l'Entretien Périnatal Précoce. L'intégration et la préparation des personnes accompagnantes aux étapes de la grossesse, du travail et de l'accouchement serait un point à approfondir afin qu'elles ne ressentent pas le sentiment d'impuissance comme décrit dans cette étude.

De plus amples recherches scientifiques multicentriques sur la relation entre les paramètres psycho-sociaux et environnementaux cités dans cette étude et le vécu de la douleur seraient pertinentes. D'autre part, il serait également intéressant d'approfondir l'impact de ce vécu sur la survenue de troubles psychologiques. Enfin, étudier le vécu des sages-femmes dans leur prise en charge de la douleur auprès des femmes serait important à connaître car elles sont les actrices de première ligne lors du travail et de l'accouchement.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

1. Melzack R. Labour pain as a model of acute pain. *Pain*. 1993;53(2):117-20.
2. Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Enquête nationale périnatale, rapport 2016 : les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010 [Internet]. 2017 [cité 5 juin 2018]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
3. Akrich M, Pasveer B. Comment la naissance vient aux femmes. Le Plessis-Robinson: Synthélabo; 1996. (Les empêcheurs de penser en rond).
4. Ellen D, Hodnett R. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth : a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(5):160-72.
5. Haute Autorité de Santé (HAS). Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Texte des recommandations [Internet]. [has-sante.fr](https://www.has-sante.fr). 2017 [cité 2 juin 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf
6. Lindblom U, Merskey H, Mumford J, et al. Pain terms - a current list with definitions and notes on usage. *Pain*. 1986;24(1):215-21.
7. Acapo S, Seyrès P, Savignat E. Définition et évaluation de la douleur. *Kinésithérapie Rev*. 2017;17(186):44-55.
8. Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (SFETD). La douleur Aiguë [Internet]. [sfetd-douleur.org](http://www.sfetd-douleur.org). 2016 [cité 30 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.sfetd-douleur.org/la-douleur-aigue>
9. Risch N, Pointeau F, Poquet N. Nociception. *Kinesithérapie Rev*. 2017;17(186):5-15.
10. Marchand S. Le phénomène de la douleur. Comprendre pour soigner. 2e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2009.
11. Le Breton D. Entre douleur et souffrance : approche anthropologique. *Inf Psychiatr*. 2009;85(4):323-8.
12. Bonapace J, Gagné G-P, Chaillet N, Gagnon R, Hébert E, Buckley S. N° 355- Fondements physiologiques de la douleur pendant le travail et l'accouchement: approche de soulagement basée sur les données probantes. *J Obstet Gynaecol Can* [Internet]. 2018 [cité 25 mai 2018];40(2):246-66. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2017.11.022>
13. Ranta P, Spalding M, Kangas- Saarela T, Hollmen A, Jouppila R. Maternal expectations and experiences of labour pain-option of 1091 finish parturients. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1995;39(1):60-6.
14. Pottecher J, Benhamou D. Douleur et analgésies obstétricales. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2004;33(3):179-91.

15. Buckley SJ. Executive Summary of Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care. *J Perinat Educ*. 2015;24(3):145-53.
16. Grattan D, Kokay I. Prolactin : a pleiotropic neuroendocrine hormone. *J Neuroendocr*. 2008;20(6):752-63.
17. Melzack R, Wall P. Pain mechanisms: a new theory. *Science*. 1965;19(150):971-9.
18. Bonapace J. *Accoucher sans stress : avec la méthode Bonapace*. Montréal: Les Editions de l'Homme.; 2013.
19. Le Bars D, Dickenson A, Besson J. Diffuse noxious inhibitory controls (DNIC). I. Effects on dorsal horn convergent neurones in the rat. *Pain*. 1979;6(3):283-304.
20. Haute Autorité de santé. Synthèse de la recommandation de bonne pratique: Indications de la césarienne programmée à terme. *Rev Médecine Périnatale*. 2012;4(2):92-5.
21. Bragard D, Decruynaere C. Évaluation de la douleur : aspects méthodologiques et utilisation clinique. *EMC Kinésithérapie Médecine Phys* [Internet]. 2018 [cité 1 juin 2018];26-008-A-02:1-10. Disponible sur: <https://www.em-premium.com/article/1230492>
22. Zetlaoui P. Anesthésie et analgésie locorégionales pour le praticien. *EMC Traité Médecine Akos* [Internet]. 2018 [cité 1 juin 2018];2-06-10:1-10. Disponible sur: <https://www.em-premium/article/1139323>
23. Pellat J-M, Hodaj H, Kaddour A, Long J-A, Payen J-F, Jacquot C, et al. Le MEOPA (Kalinox®) : Mélange Équimolaire Oxygène et Protoxyde d'Azote dans le traitement de la douleur. *Douleurs Éval Diagn Trait*. 2004;5(1):275-81.
24. Rosen MA. Nitrous oxide for relief of labor pain: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2002 [cité 1 juin 2018];186(5 Supp.):110-26. Disponible sur: [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378\(02\)70186-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378(02)70186-5)
25. Bruyère M, Mercier FJ. Alternatives à l'analgésie péridurale au cours du travail. *Ann Fr Anesth Réanimation* [Internet]. 2005 [cité 2 juin 2018];24(11-12):1375-82. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0750765805003497>
26. Moreau F. Apport de l'homéopathie en obstétrique. *Mises À Jour En Gynécologie Obstétrique*. 2011;35:37-61.
27. Charvet C, Demonceaux A, Donner F. *Thérapeutique homéopathique : schémas et protocoles en gynécologie obstétrique*. Paris: CEDH; 2010.
28. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012 [cité 27 mars 2019];3(CD009234):1-163. Disponible sur: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub2>

29. Makvandi S, Latifnejad Roudsari R, Sadeghi R, Karimi L. Effect of birth ball on labor pain relief: A systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Res* [Internet]. 2015 [cité 26 mars 2018];41(11):1679-86. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1111/jog.12802>
30. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2006 [cité 13 mars 2019];4(CD003521):1-54. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003521.pub2>
31. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [cité 13 mars 2019];7(CD003766):1-118. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub5>
32. HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) : recommandations professionnelles [Internet]. [has-sante.fr](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf). 2005 [cité 3 juin 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
33. Klomp T, Manniën J, de Jonge A, Hutton EK, Lagro-Janssen ALM. What do midwives need to know about approaches of women towards labour pain management? A qualitative interview study into expectations of management of labour pain for pregnant women receiving midwife-led care in the Netherlands. *Midwifery*. 2014;30(4):432-8.
34. Morvillers J-M. Le care, le caring, le cure et le soignant. *Rech Soins Infirm* [Internet]. 2015 [cité 18 janv 2019];3(122):77-81. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0077>
35. Boudou M. Relation entre l'intensité de la douleur de l'accouchement et celle du postpartum blues. *L'Encéphale*. 2007;33(5):805-10.
36. Hiltunen P, Raudaskoski T, Ebeling H, Moilanen I. Does pain relief during delivery decrease the risk of postnatal depression ? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004;83(3):257-61.
37. Fallery B, Rodhain F. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles : lexicale, linguistique, cognitive, thématique. In: XVIème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique. Montréal: AIMS; 2007. p. 1-16.
38. Séjourné N, Callahan S. Les motivations des femmes pour accoucher avec ou sans analgésie péridurale. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2013;42(1):56-63.
39. Lowe NK. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(5 Suppl):S16-24.

40. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Armour M, Dahlen HG, Suganuma M. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 [cité 13 mars 2019];3(CD009514):1-69. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009514.pub2>
41. Lepleux F, Hue B, Dugué A., Six T, Riou C, Dreyfus M. Données obstétricales dans une population bénéficiant de variations posturales en cours de travail et d'accouchement. *Rev Sage-Femme*. 2014;13(5):231-41.
42. Kopff-Landas A, Moreau A, Séjourné N, Chabrol H. Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude qualitative. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2008;36(11):1101-4.

GLOSSAIRE

Agoniste : substance ou médicament provoquant un effet semblable à un médiateur naturel après sa liaison à un récepteur spécifique.

Analgesie loco-régionale : ou encore appelée analgesie péridurale, consiste à injecter des anesthésiques locaux dans l'espace épidural. Une action par diffusion au niveau des racines de la moelle épinière permet le soulagement de la douleur des contractions utérines.

Antagoniste : Substance ou médicament qui, en se liant à un récepteur spécifique, peut bloquer l'action d'un médiateur endogène.

Causalgie : Syndrome douloureux régional se caractérisant par une douleur de type brûlure accentuée au toucher.

Dermatome : Territoire cutané innervé par une seule racine nerveuse rachidienne.

Entretien Prénatal Précoce : Rencontre avec un professionnel de la santé autour de la périnatalité effectuée en début de grossesse, en dehors des consultations médicales. Il s'agit d'un temps d'écoute, d'échange et de partage afin que les femmes et les couples bénéficient d'informations et de préventions personnalisées.

Mécanorécepteurs : Ensemble des neurones sensoriels sensibles aux déformations de type mécanique.

Neuropathie : pathologie affectant l'ensemble du système nerveux périphérique, par opposition au système nerveux central.

Nociception : activation des nocicepteurs (récepteurs de la douleur) mis en jeu lors de l'intégration au niveau du système nerveux central d'un stimulus douloureux.

Rachianesthésie : Anesthésie régionale de l'abdomen et des membres inférieurs par l'injection d'un anesthésique dans le canal rachidien.

Travail obstétrical : Il survient généralement à la fin de la grossesse et permet la naissance de l'enfant et l'expulsion des annexes fœtales (placenta, liquide amniotique). Il comprend les contractions utérines, la dilatation du col de l'utérus, le passage du mobile fœtal dans le bassin osseux maternel et l'expulsion de la tête fœtale hors des voies génitales de la parturiente.

ANNEXES

ANNEXE I : Grille d'entretien.....	i
ANNEXE II : Lettre d'information.....	iii
ANNEXE III : Formulaire de consentement.....	v

ANNEXE I : Grille d'entretien

- **Questions générales**

- Quel âge avez-vous ?
- Quelle est votre nationalité ?
- Est-ce votre premier accouchement ?
- Niveau d'éducation :
 - O Niveau Collège
 - O Niveau Lycée
 - O Niveau études supérieures
- Nombre et caractéristiques des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ?

- **Questions spécifiques au sujet**

- **Représentation de la douleur du travail**

Avant cet accouchement, quelle représentation aviez-vous de la douleur du travail ?

Au cours de votre grossesse, quelle(s) information(s) avez-vous reçues concernant la douleur du travail ? Ainsi, que par rapport aux méthodes de soulagement qui peuvent être utilisées ?

- De la part des professionnels de santé
- De la part de votre entourage personnel

Quelles étaient donc vos propres attentes concernant la gestion et le soulagement de la douleur durant le travail à la maternité ?

- **Ressenti de la douleur du travail**

Comment décrieriez-vous la douleur que vous avez ressentie au moment du travail ?

Est-elle comparable à une autre douleur ressentie au cours de votre vie ?

- **Gestion de la douleur du travail**

Quelles techniques, conseils ou moyens vous ont aidé à gérer la douleur ?

Avez-vous ressenti un sentiment de contrôle de cette douleur tout au long du travail ? Si non, à quel moment du travail avez-vous ressenti une perte de contrôle ?

- **Soutien**

Comment avez-vous vécu l'accompagnement dans la gestion de la douleur effectué par l'équipe hospitalière présente ? Ainsi que par votre accompagnant(e) ?

- **Post-partum**

Vos attentes concernant la gestion et le soulagement de cette douleur ont-elles été respectées ?

Selon vous, ce vécu va-t-il influencer votre vie future ? Notamment,

- Votre vision de la douleur
- La relation avec votre bébé
- La relation avec votre accompagnant
- La relation avec les sages-femmes
- Votre seuil de tolérance de la douleur
- Pour une prochaine grossesse/prochain accouchement

Pensez-vous à une piste d'amélioration pour vous aider et aider d'autres femmes à avoir un meilleur vécu de cette douleur ?

ANNEXE II : Lettre d'information

VECU ET PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AU COURS DU TRAVAIL OBSTETRICAL

Investigateurs :

- **xxx** étudiant(e) sage-femme à xx
 - Sous la direction de Madame **xxx, sage-femme diplômée d'état.**
- Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à me contacter par mail xxx

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée "**vécu et prise en charge de la douleur au cours du travail obstétrical.** »

Une étude sur le vécu de la douleur du travail est engagée au sein de la maternité d'Issoire. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame xxx, sage-femme diplômée d'état.

1. Pourquoi cette étude

S'intéresser aux représentations et au vécu de la douleur du travail chez les femmes qui viennent d'accoucher est une manière de libérer la parole sur différents thèmes autour de ce sujet. En effet, en tant qu'étudiante sage-femme j'ai été, plusieurs fois, amenée à accompagner des femmes qui ressentaient des douleurs durant le travail. C'est pourquoi, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, j'ai décidé d'approfondir le vécu de cette douleur et de l'accompagnement que l'on peut vous prodiguer à la maternité, afin de mieux cibler vos attentes et d'y répondre dans les meilleures conditions.

Notre rencontre se déroulera sous la forme d'un partage entre vous et moi sur votre vécu et votre ressenti.

2. L'étude en pratique

Cette étude est réalisée sous forme d'entretiens, guidés par des questions ouvertes préétablies. Chaque femme participante à l'étude fera l'objet d'un entretien avec l'enquêteur. Chaque entretien sera enregistré par dictaphone puis retranscrit par la suite.

Je vous rappelle que je suis tenue au secret professionnel et que cet entretien est entièrement anonyme. Il se déroulera dans votre chambre au sein de la maternité, selon vos disponibilités.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles (si recueillies) seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait (aucune modification de prise en charge).

Conformément au RGPD et à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à **xxx, étudiante sage-femme au sein de l'école de sages-femmes de xxx, également joignable par mail : xxx**

4. Obtention d'informations complémentaires :

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter le responsable principal pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires : **xx**, étudiant(e) sage-femme :

Pour toute question relative à la protection de vos données personnelles : vous pouvez contacter le délégué à la protection des données : **xxx**

ANNEXE III : Formulaire de consentement

VECU ET PRISE EN CHARGE DE
LA DOULEUR AU COURS DU
TRAVAIL OBSTETRICAL

Directeur du mémoire : xxx

Investigateur : xxx,

L'étudiant(e) sage-femme, xxx

Adresse : Ecole de sages-femmes, xxx

M'a proposé de participer à l'étude intitulée : « *vécu et prise en charge de la douleur au cours du travail obstétrical* »

J'ai lu et compris la lettre d'information dont j'ai reçu un exemplaire. J'ai compris les informations écrites et orales qui m'ont été communiquées. L'étudiante sage-femme a répondu à toutes mes questions concernant l'étude. J'ai bien noté que je pourrai à tout moment, poser des questions ou demander des informations complémentaires à l'étudiante sage-femme qui m'a présentée l'étude.

J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette étude. Je suis consciente que ma participation est entièrement libre et volontaire. J'ai compris que les frais spécifiques à l'étude ne seront pas à ma charge.

Je peux à tout moment décider de quitter l'étude sans motiver ma décision et sans qu'elle n'entraîne de conséquences dans la qualité de ma prise en charge et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

J'ai compris que les données collectées à l'occasion de cette recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe de l'étude de l'étudiante (e) sage-femme.

J'accepte le traitement informatisé des données à caractère personnel me concernant dans les conditions prévues par la loi informatique et liberté. J'ai été informée de mon droit d'accès et de rectification des données me concernant par simple demande auprès de l'étudiante sage-femme responsable de l'étude.

J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche, dans les conditions établies par la loi, et telles que précisées dans la lettre d'information qui m'a été remise.

J'ai compris que je n'ai pas le droit de citer quelqu'un nominativement (nom et/ou prénom) afin de garantir l'anonymat de ces personnes.

J'accepte de participer à l'étude intitulée : « *vécu et prise en charge de la douleur au cours du travail obstétrical.* »

-Nom :

Prénoms :

Numéro d'anonymat du (de la) patient(e) : □□□

Je refuse de participer à l'étude intitulée : « *vécu et prise en charge de la douleur au cours du travail obstétrical.* »

Fait en double exemplaire le :

Signature :

RESUME :

Introduction : La douleur du travail se situe parmi l'une des plus douloureuses qu'une femme puisse vivre. L'exploration du vécu de cette douleur est essentielle car elle est un défi physique et psychologique pour les femmes et les couples.

Méthode : L'objectif de l'étude était d'explorer le vécu et la prise en charge de la douleur du travail obstétrical. Une étude de type qualitative à visée descriptive et interprétative a été réalisée dans une maternité de type I de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Neuf femmes ont été interrogées au cours du séjour en post-partum grâce à des entretiens semi-directifs.

Résultats : Les femmes ont une représentation prénatale de la douleur issue d'une transmission orale et de leur expérience personnelle antérieure. Les parturientes ont eu un vécu satisfaisant grâce à la préparation anténatale et aux méthodes d'accompagnements fournies par les sages-femmes. La présence d'une personne de confiance est apparue comme essentielle pour un vécu satisfaisant de la douleur.

Discussion : Les différentes approches concernant les attentes et la gestion de la douleur explorées dans la littérature ont également été retrouvées dans cette étude. D'autre part, de plus amples recherches au sujet de l'influence de la parité, l'âge et l'approche culturelle sur le vécu de la douleur seraient intéressantes à mener.

Conclusion : La préparation anténatale, le soutien des sages-femmes et des personnes accompagnantes participent au vécu satisfaisant de la douleur du travail. Toutefois, la prévention de la souffrance psychologique apparaît fondamentale à la suite d'un vécu difficile de la douleur du travail.

Mots clés : Douleur – Vécu – Prise en charge – Travail obstétrical – Sage-Femme

ABSTRACT :

Background : Labour pain is one of the most severe pains a woman will live in her life. Studying labour pain is crucial as it is a physical and psychological challenge for women and couples.

Methods : The objective of this study was to explore the experience of labour pain. A qualitative study was realized in a type I maternity in the region of Auvergne-Rhône-Alpes. Semi-structured interviews were conducted with nine women between the first and the third day of postpartum period.

Results : Women have a prenatal representation of labour pain from previous personal experience and oral transmission. Parturient women felt satisfied thanks to the antenatal preparation, management methods, advice, care and support provided by the midwives. Moreover, the presence of a trustworthy person was appreciated for the labour pain management.

Discussion : The different approaches to labour pain expectation and management in this study and scientific literature were similar. Furthermore, additional studies about the influence of parity, age and cultural approaches on labour pain experience would be interesting.

Conclusion : The antenatal preparation, the support from midwives and the presence of a trustworthy person contribute to a satisfactory labour pain experience. However, prevention from psychological disorder appears as essential after a difficult labour pain experience.

Keywords : Pain – Experience – Management – Labour – Midwife