ECOLE DE SAGES-FEMMES DE CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

EXPLORER LE CHOIX D'UN ACCOUCHEMENT SANS ANALGESIE PERIDURALE

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Lefort Jeanne

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2020

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

EXPLORER LE CHOIX D'UN ACCOUCHEMENT SANS ANALGESIE PERIDURALE

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Lefort Jeanne

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2020

REMERCIEMENTS

A ma directrice de mémoire, Madame Aurélie Méjean-Lapaire pour m'avoir accompagnée tout au long de ce projet, pour votre aide précieuse, votre disponibilité, vos remarques constructives et votre soutien.

Aux sages-femmes libérales qui m'ont ouvert les portes de leur cabinet afin de rencontrer les femmes interrogées dans ce projet pour votre accueil, vos conseils et votre aide.

Aux femmes interrogées qui m'ont accordé leur temps et leur confiance pour votre disponibilité, vos témoignages et nos échanges extrêmement féconds.

A l'équipe pédagogique de l'école de Clermont-Ferrand pour toutes les connaissances que j'ai pu acquérir grâce à vos enseignements.

A toutes les sages-femmes rencontrées au cours de mes études pour m'avoir transmis votre savoir, vos connaissances de la profession de sage-femme et votre passion.

A toutes les femmes rencontrées en stage pour m'avoir aidée dans mon apprentissage, m'avoir fait confiance, pour toute la richesse de nos échanges et surtout pour m'avoir fait grandir en tant qu'étudiante sage-femme.

A Marie-Françoise pour m'avoir suivie tout au long de mes études, pour vos questions passionnants et votre avis si intéressant.

A mes parents, à Agathe, Pierre, Rémi et Vincent, mes frères et sœurs pour leur présence, leur soutien et le bien-être qu'ils m'apportent.

A tous mes amis,

A celles ayant partagé mes années d'études, Lucie, Ambre, Lyna, Blandine, Lucy, Céline,… pour nos discussions, nos fous-rires, et votre aide précieuse.

A mes colocataires, Coline, Pierre, Justine, Elise, Clémentine, Margaux pour les moments si riches passés ensemble.

A Guillaume pour ton soutien sans faille et la joie partagée.

CITATION

« L'âme dompte aisément la souffrance,

quand sa douleur a des camarades d'épreuves. »

William Shakespeare

LISTE DES ABREVIATIONS

APD : Anesthésie Péridurale

CCSSNC : Contrôle des Centres Supérieurs du Système Nerveux Central

CIANE : Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance

CIDN : Contrôle Inhibiteur Diffus Nociceptif

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

ICM : International Confederation of Midwives

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MEOPA : Mélange Equimolaire Oxygène et Protoxyde d'Azote

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCEA : Patient-Controlled Epidural Analgesia

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

SA : Semaine d'Aménorrhée

TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

SOMMAIRE

REVUE DE LA LITTERATURE

1. La douleur 3
1.1. La physiologie de la douleur 3
1.2. Douleur et accouchement 5

2. Prise en charge de la douleur 12
2.1. Moyens pharmacologiques 12
2.2. Moyens non pharmacologiques 14
2.3. Le soutien continu 16
2.4. La préparation à la naissance et à la parentalité 16
2.5. Les sages-femmes face au choix d'un accouchement sans analgésie péridurale. 16

POPULATION ET METHODE

1. Population 18
2. Méthode : 18

RESULTATS

1. Description générale de l'étude 21
2. Les femmes interrogées, qui sont-elles ? 21
3. Le processus du choix de l'accouchement sans analgésie péridurale 25
4. Les sensations de l'accouchement 32
5. La préparation concrète à vivre un accouchement sans analgésie péridurale 33
6. La vision de l'accouchement sans APD par les femmes interrogées 38
7. Les sages-femmes dans ce projet d'accouchement sans APD 41
8. Ressenti vis-à-vis de cet accouchement à venir 45
9. Ces femmes, comment ont-elles accouché ? 45

DISCUSSION

1. Atteinte des objectifs 47
2. Forces et faiblesse de l'étude 47
3. Discussion des résultats de l'étude 49
4. Projet d'action 60

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

GLOSSAIRE

ANNEXES

INTRODUCTION

Les sensations douloureuses du travail obstétrical et de l'accouchement sont parmi les plus intenses qu'une femme puisse connaitre dans sa vie (1). La douleur de l'accouchement a longtemps été vécue comme une fatalité. Notre société, basée sur des fondements judéo-chrétiens, a intégré la douleur de l'enfantement : *« C'est dans la souffrance que tu mettras des enfants au monde »* Genèse 3,16. On note qu'autrefois les contractions étaient nommées tout simplement les « douleurs » (2).

Le soulagement de la douleur fait partie de la vocation de soignant, comme en témoigne le serment d'Hippocrate, un des textes fondateurs de la déontologie médicale : *« Je ferai tout pour soulager les souffrances »* (3). Cela a été relayé sur le plan législatif par la loi du 4 mars 2002, dite « Loi Kouchner », l'article L1110-5 du code de la santé publique rappelant que *« Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée »* (4).

Depuis les années 1950, l'obstétrique a mis au point des techniques pour soulager la douleur de l'enfantement, l'innovation la plus importante ayant été apportée par l'analgésie péridurale (APD). L'accouchement sous APD s'est développé en parallèle de la technicisation croissante du travail et de l'accouchement, le tout s'inscrivant dans un modèle occidental anti-doloriste. Cette technique permettant de soulager les douleurs de l'accouchement est aujourd'hui largement répandue avec 73% d'utilisation par les parturientes françaises en 2016 (5) avec un taux de satisfaction très élevé (6).

Cependant, certaines femmes formulent la volonté de vivre leur accouchement sans APD. Il semble dès lors intéressant de s'interroger sur les raisons d'un tel choix. Pourquoi choisir de vivre son accouchement sans ce moyen qui permet un grand soulagement de la douleur ? L'objectif principal de notre étude a donc été d'explorer le choix d'un accouchement sans APD. De plus, il semblait intéressant d'étudier les attentes de ces femmes pour leur accouchement, leurs représentations de la douleur et d'identifier les moyens envisagés pour la gérer.

Dans un premier temps, une étude de la littérature a permis d'explorer la physiologie de la douleur au cours du travail obstétrical ainsi que les moyens de soulagement existants. Ensuite, la méthode d'investigation ainsi que les résultats de l'étude ont été décrits. Enfin, la mise en parallèle des résultats avec les données issues de la littérature ont permis une discussion amenant à un projet d'action.

REVUE DE LA LITTERATURE

1. La douleur

1.1. La physiologie de la douleur

1.1.1. Définition de la douleur

La douleur occupe une place très particulière parmi les sensations. En effet, dans l'élaboration d'une perception que nous identifions comme douleur, le cerveau entrelace sensation, émotion et cognition (7). Pour caractériser cette complexité, l'International Association for the Study of Pain[1] (IASP) définit la douleur comme *« une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans les termes d'une telle lésion »* (8).

1.1.2. Deux types de douleur : aiguë et chronique

La douleur aiguë est un processus physiologique remplissant d'abord une fonction d'alarme : avertir le sujet qu'un stimulus « nociceptif » menace son intégrité physique (9). Cela entraîne la mise en jeu de mécanismes de défense visant à sauvegarder cette intégrité. La douleur aiguë a donc un rôle protecteur. Une personne posant sa main sur une plaque chaude va ressentir la douleur et tout de suite retirer sa main pour se protéger de la brûlure. La douleur aiguë permet également d'orienter le diagnostic, de trouver l'étiologie (une douleur au niveau de l'oreille nous fera par exemple penser à une otite, etc.). La finalité biologique est de favoriser la guérison.

Mais comme toute autre fonction de l'organisme, ce système peut subir des dérèglements. Un excès de nociception ou une lésion neurologique sur les voies nociceptives entraîne des modifications plus ou moins réversibles du système nociceptif. Au cours du temps, le symptôme initial « douleur aiguë » se transforme; il peut passer à la chronicité du fait de facteurs neurophysiologiques, psychologiques et sociaux (10). Cette douleur chronique, n'a ni rôle ni d'utilité, c'est une douleur « maladie ».

1.1.3. Les quatre composantes de la douleur

La douleur est une expérience personnelle, intime et c'est une sensation totalement subjective. Elle revêt un caractère pluridimensionnelle, ce n'est pas seulement le corps qui souffre mais l'individu dans son ensemble (7). La douleur est un phénomène complexe. Pour la caractériser, il a été défini quatre composantes : les composantes

[1] *« International Association for the Study of Pain »* : Association internationale d'étude de la douleur

nociceptive, sensori-discriminative, motivo-affective et cognitivo-comportementale (11). La douleur peut être formée d'une ou plusieurs de ces composantes.

La composante nociceptive est liée à la blessure réelle ou potentielle : la personne souffre avec sa chair. Le terme « nociception » vient du latin « nocere » qui signifie « nuire ». Les stimuli nociceptifs ont en commun de menacer l'intégrité du corps. La douleur constitue alors un signal d'alarme. Elle déclenche des réactions qui ont pour finalité de diminuer la cause qui les a suscitées afin d'en limiter les conséquences (7).

La composante sensori-discriminative permet de déterminer le seuil et l'intensité de la douleur. C'est le décodage en termes de sensation, durée, intensité, localisation, qualité (pression, chaud, froid, …) du stimulus (12).

La composante motivo-affective (psychologique et émotionnelle) est la manière dont on ressent la douleur. Elle est influencée par nos acquis, le contexte culturel, familial, l'expérience. Le cortex reçoit les informations sensorielles de la périphérie, il les analyse, les confronte à des expériences passées, à des valeurs culturelles, à l'anxiété présente. C'est un processus mental qui va permettre la perception et la prise de conscience de la sensation ainsi que son interprétation en tant que douleur. C'est cette composante qui confère à la sensation douloureuse sa tonalité désagréable qui peut à l'extrême se manifester par de la souffrance (13). C'est donc la signification que l'on donne à la douleur (7). C'est grâce à cette composante que l'on sait si la personne « souffre » ou si elle « compose » avec la douleur.

La composante cognitivo-comportementale fait référence à la manière dont la personne exprime sa douleur. Le comportement face à une sensation douloureuse sera très différent d'une personne à l'autre (cris, plaintes, positions antalgiques, etc.) (13). Ces manifestations sont influencées par les apprentissages antérieurs, l'environnement familial et culturel (7).

Ces composantes s'influencent mutuellement pour élaborer l'expérience subjective d'une perception douloureuse. La douleur est plus qu'une expérience sensorielle discriminative permettant de connaître l'intensité, la localisation, la durée d'un stimulus nociceptif. Elle se caractérise en outre par un état émotionnel aversif qui pousse à l'action. La douleur est intrinsèquement « désagréable » et possède d'énormes capacités de capter l'attention, d'interférer avec toute activité en cours et de mobiliser nos ressources et stratégies de défense (7).

L'intensité (composante sensori-discriminative) et l'aspect désagréable de la douleur (composante motivo-affective) sont des composantes soutenues par deux voies nerveuses distinctes (14). Une même douleur peut être perçue comme étant très intense mais peu désagréable, ou l'inverse. La douleur associée à un événement heureux, comme la naissance, est souvent plus intense que désagréable (14). Les femmes en travail qui composent avec la douleur diront que ce qu'elles ressentent est très intense, mais qu'elles vont bien. Une femme qui ne sent plus ses contractions grâce à une analgésie péridurale (APD) alors qu'elle avait pour projet de vivre ses contractions, peut être soulagée de l'intensité de la douleur, tout en vivant une sensation émotionnelle désagréable (15).

1.1.4. La naissance d'une sensation douloureuse

D'un point de vue physiologique, la cascade d'événements conduisant à l'intégration des informations douloureuses met en jeu des récepteurs (nocicepteurs), des voies médullaires ascendantes, des relais dans l'encéphale intégrant les informations douloureuses et enfin des sites de projection corticaux (13).

A la périphérie, les stimuli nociceptifs sont traduits en message nerveux par des nocicepteurs constitués par des terminaisons nerveuses libres des fibres sensorielles. Les messages nerveux codant pour une stimulation nociceptive sont véhiculés par des fibres afférentes de petits calibres (13).

Ils rejoignent ensuite la moelle épinière où les fibres vont établir des synapses avec des neurones de relais de la nociception (13). A ce niveau-là, l'information nerveuse est modulée par des réseaux d'interneurones, ainsi que des voies descendantes, qui facilitent ou inhibent la transmission de l'information nociceptive (11).

Enfin, la perception de la douleur va avoir lieu grâce à son intégration corticale. Elle est propre à chacun car les cortex cérébraux associent le message nociceptif à un contexte émotionnel ou affectif (7).

1.2. Douleur et accouchement

1.2.1. Physiologie de la douleur de l'accouchement

La douleur du travail et de l'accouchement est particulière. Contrairement à beaucoup d'autres douleurs, elle n'est pas témoin d'une pathologie sous-jacente mais fait partie d'un processus physiologique normal. Le travail n'est pas pathologique dans le sens où il n'induit pas de lésions corporelles, mais est plutôt un indicateur que le bébé est prêt à naître (16). Cependant, la douleur rencontrée au cours du travail et de

l'accouchement est extrêmement intense. Melzack, dans son échelle d'intensité de la douleur, situe l'accouchement certes au-dessous de la douleur d'une amputation digitale mais en moyenne bien au-dessus de celle d'une fracture (1).

Chez les femmes sur le point d'accoucher, l'expérience de la douleur varie sensiblement. Bien que l'intensité moyenne de la douleur du travail soit élevée, la variabilité des scores de douleur entre les femmes est remarquable. Certaines ne ressentent quasiment aucune douleur, alors que d'autres ressentent une douleur extrêmement pénible. La position de la femme pendant le travail, sa mobilité, ainsi que sa peur et son anxiété ou, au contraire, sa confiance peuvent influencer son expérience de la douleur. Il existe également une grande variabilité entre les femmes dans la répartition spatiale de la douleur (pour certaines elle sera ressentie au niveau de l'abdomen, pour d'autres plutôt sur les côtés, dans le dos) (1).

1.2.1.1. Ce qui se passe dans le corps de la parturiente

On découpe le travail obstétrical en trois grands stades. Le premier stade du travail commence avec les premières contractions régulières et se termine lorsque le col est complètement dilaté. Le deuxième stade du travail commence à dilatation complète et se termine lors de la naissance de l'enfant. On y distingue classiquement une phase de descente de l'enfant dans le bassin et une phase d'expulsion qui débute avec les efforts expulsifs maternels. Le troisième stade du travail correspond à la délivrance, c'est-à-dire l'expulsion du placenta (17). Au cours de ces différents stades, ce ne sera pas les mêmes sensations qui seront ressenties :

Au cours du premier stade du travail, c'est la dilatation du col et la distension du segment inférieur utérin pendant les contractions qui génèrent les sensations douloureuses. L'utérus, en tant que viscère, est relativement insensible ; un important étirement cause non pas une douleur à cet organe, mais une douleur reportée, correspondant aux surfaces du corps reliées aux segments nerveux qui entrent dans la moelle au même niveau que ceux de l'utérus. Ne sachant pas distinguer la provenance des signaux, le cerveau envoie des messages douloureux sur toutes les surfaces correspondant à ces segments nerveux. C'est ce qui explique la sensation intense qui se fait alors sentir dans le bas du ventre et du dos, lors d'une contraction utérine (15).

Ce qui est spécifique au travail de l'accouchement, c'est que les sensations douloureuses vont et viennent. Elles montent en intensité au cours d'une contraction

utérine puis repartent pour laisser place à un temps de calme, et s'enchaînent ainsi. On compare souvent les contractions utérines à des vagues. Elles atteignent un sommet, l'acmé, et redescendent (15). Les contractions utérines augmentent aussi en intensité au cours du travail. Leur répétition et leur augmentation progressive constituent comme un entrainement en vue du stade suivant (2). Aussi la femme aura-t-elle le temps de les apprivoiser petit à petit, de trouver ce qui lui convient pour composer avec la douleur au fur et à mesure. La sage-femme M. Trélaün reprend les dires d'une femme : *« ce qu'il y a de biens avec les contractions, c'est qu'il y en a beaucoup, on a le temps de s'entrainer, d'expérimenter, de recommencer un exercice raté ou de chercher ce qui nous convient le mieux »* (2).

A dilatation complète, lorsque l'enfant fait son chemin dans le bassin, s'ajoutent les douleurs permanentes dues à la distension des structures du petit bassin par la présentation (15).

Lors de l'expulsion, le climax de la douleur est provoqué par la distension de la filière génitale et du périnée et par la pression forte sur les racines des nerfs du bas du dos. La perception de ces sensations est rapide et localisée, surtout dans les régions du périnée et de l'anus (15).

1.2.1.2. Le fonctionnement cérébral

Quand la mère se sent protégée et en sécurité, elle lâche prise, ce qui facilite son travail. Voici comment nous pouvons expliquer cela :

L'accouchement est un processus involontaire gérer par le cerveau primitif. Le cerveau primitif ou cerveau reptilien est commun avec les autres mammifères. Il œuvre sans l'engagement ni de la pensée ni de la volonté. Il est tourné vers nos pulsions. Le processus d'accouchement se déroule d'autant plus facilement que l'autre cerveau, le nouveau cerveau ou néocortex, accepte de se mettre au repos, de lâcher prise. Le néocortex est le cerveau de l'intellect qui gère les pensées, les stratégies, les nouveaux apprentissages. Or les stimulations du néocortex inhiberaient le cerveau reptilien et, de ce fait, rendraient le travail plus difficile. On peut stimuler le néocortex par la lumière, en utilisant un langage logique, en questionnant, ou en se comportant en observateur. Pour enfanter en respectant au mieux le processus physiologique de la naissance, la femme doit mettre son néocortex au repos pour permettre au cerveau reptilien d'agir de façon optimale, en libérant les bonnes hormones (2,18).

1.2.2. La physiologie hormonale du travail et de l'accouchement

Durant le travail et l'accouchement, des hormones sont sécrétées pour la mère et le bébé. Elles ont notamment pour fonction de réguler le travail, de réduire la douleur et de préparer la mère à accueillir son bébé (12).

1.2.2.1. Ocytocine

L'ocytocine est l'hormone de l'amour, de l'attachement et du bien-être. Elle a pour effet d'induire un sentiment de confiance, de calme, de paix, de contentement mais également la curiosité et la recherche de contact. Elle cimente les humains entre eux en favorisant l'amour (15). L'ocytocine joue un grand rôle dans la sexualité. En effet, elle a pour effet comportemental de renforcer l'attachement au partenaire car elle entraîne le besoin d'aimer l'autre.

Elle soulage également la douleur en relativisant les informations reçues par le cerveau, ce qui rend la douleur plus acceptable (2).

Lors de l'accouchement cette hormone est primordiale car elle va induire les contractions et c'est elle qui sera à l'origine du réflexe d'éjection qui aide à la naissance du fœtus (reflexe de Ferguson). Le réflexe d'éjection du fœtus se caractérise par une courte série de contractions utérines incontrôlables, extrêmement fortes aboutissant à la naissance de l'enfant (18).

L'ocytocine joue également un rôle de protection du bébé en réduisant l'activité de ces cellules nerveuses et son besoin en oxygène (15).

Au fur et à mesure du travail, l'ocytocine auto-stimule sa propre production. De ce fait, le taux d'ocytocine augmente, ce qui permet la bonne progression du travail. Il sera très élevé au moment de la naissance et après celle-ci le contact mère-enfant fera monter ce taux encore davantage. Il en découle des contractions utérines efficaces pour faciliter la délivrance et prévenir l'hémorragie du post-partum (19). Elle permet aussi un attachement fort entre la mère et son enfant à la naissance (15).

Ainsi l'ocytocine est-elle essentielle à l'avancée du travail et de l'accouchement. Tout en agissant sur le corps pour entretenir les contractions, elle aide la mère à composer avec la douleur en agissant directement au niveau du cerveau.

1.2.2.2. Endorphines

Les endorphines sont des opioïdes endogènes, ce sont les hormones du plaisir, du soulagement et de la transcendance (15). Ce sont des substances analgésiques sécrétées

dans le cerveau pendant une relation sexuelle, la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. La libération d'endorphines soulage la douleur et altère l'état de conscience de la mère. Après l'accouchement, ces hormones peuvent induire un sentiment de plaisir et d'euphorie (19). Leur sécrétion est favorisée par l'ocytocine et par la prolactine.

1.2.2.3. Catécholamines

L'adrénaline et la noradrénaline appartiennent à la famille des catécholamines, ce sont des hormones de l'excitation et du stress, participant à des réactions de lutte ou de fuite (12). Leur taux physiologique augmente tout au long du travail.

Dans un premier temps cela va inciter la femme à se mettre dans une zone sécuritaire pour son accouchement. Si ce n'est pas le cas, le taux de catécholamines peut grandement augmenter ce qui aura pour effet de bloquer la sécrétion d'ocytocine et donc l'avancée du travail, jusqu'à ce que la femme soit dans de bonnes conditions. Cela est probablement le résultat d'une adaptation évolutive visant à ce que le travail et l'accouchement se produisent dans l'environnement le plus sécuritaire possible (18,19).

Dans un second temps, au contraire, un taux important de catécholamines va stimuler la sécrétion d'ocytocine et donc l'accouchement. Ce taux assez élevé en fin de travail stimule l'attention et l'énergie de la mère et lui procure les ressources dont elle a besoin pour donner naissance à son enfant (19).

Par ailleurs, l'augmentation du taux de catécholamines protège le fœtus contre une baisse du taux d'oxygène. Elle optimise aussi ses fonctions respiratoires et métaboliques et sa capacité à produire de la chaleur afin de le préparer à la vie extra-utérine (12).

Après l'accouchement, leur taux chute rapidement, ce qui renforce le sentiment de bien-être et de plénitude de la mère.

1.2.2.4. La prolactine

Cette hormone stimule la production du lait maternel et favorise la réussite de l'allaitement. Appelée aussi *« hormone maternelle »*, la prolactine optimise les réponses physiologiques et comportementales de la femme pour faciliter l'adaptation de cette dernière à son nouveau rôle (12). Sa sécrétion est favorisée par les endorphines.

Ainsi l'ocytocine, les endorphines les catécholamines et la prolactine stimulent-elles mutuellement leur production et participent-elles ensemble à la régulation de la progression du travail. Tout en favorisant l'avancée du travail dans les meilleures

conditions, ces hormones jouent un rôle dans la gestion de la douleur engendrée. Elles favorisent les adaptations essentielles de la mère et du bébé après la naissance. Le cocktail hormonal rend ainsi le travail efficace, sécuritaire, et joue un rôle de protection pour la mère et l'enfant (12).

1.2.3. Le sens de la douleur de l'accouchement

Grantley Dick Read, obstétricien, partisan de l'accouchement naturel a eu cette réflexion à propos de l'analgésie de la douleur du travail obstétrical : *« On ne permet pas à la femme moderne de faire l'expérience consciente de ses sensations physiques et de leur répercussion émotive, on la prive ainsi des bénéfices donnés pas la conscience de la force de son accouchement »* (20).

Nous avons vu que la douleur avait une utilité, qu'elle était un signal d'alarme pour permettre de réagir et de se protéger. Lors de l'enfantement, la notion de douleur perturbe. Si l'accouchement est un événement physiologique, la douleur semble être un paradoxe (20). Contrairement à d'autres types de douleur, les sensations fortes que la femme vit en travail ne signalent pas une menace, un danger, une maladie ou une anomalie. Mais si les sensations de l'accouchement sont si intenses, n'auraient-elles pas un sens, une utilité ?

Tout d'abord, on peut voir que les sensations de l'accouchement préviennent la femme qu'un événement extraordinaire se prépare dans son corps et l'incitent à se mettre à l'abri pour trouver un environnement sécuritaire et paisible où donner naissance. Elles l'obligent à s'arrêter pour prendre conscience de l'importance de l'événement qui se prépare : la mise au monde d'un être humain (15). La sage-femme Maïtie Trélaün, dans son livre *J'accouche bientôt : que faire de la douleur ?* (2) décrit trois choses que le signal douloureux du travail obstétrical permettrait :

Dans un premier temps, la douleur permettrait de **guider la femme pour qu'elle ouvre les portes et laisse passer son bébé**. En effet trois portes physiques doivent s'ouvrir pour permettre le passage de l'enfant : le col de l'utérus, le bassin et le périnée. Or, s'il l'on demande à une femme qui n'est pas en travail et ne ressent pas de contractions d'ouvrir le col de son utérus, elle en serait bien incapable. Elle ne saurait pas où elle doit s'ouvrir. Mais la douleur peut être un guide qui éclaire l'endroit où la femme doit lâcher. Elle peut également la guider dans les positions à prendre pour que son enfant puisse bien se positionner et progresser dans le bassin. Ainsi une femme sans APD ressentira dans

son corps quelle position est adaptée à un moment donné (2). La liberté de mouvement permettra à la femme de trouver instinctivement des positions plus antalgiques. Aussi se protège-t-elle elle-même de dommages au niveau du bassin, du col de l'utérus, du périnée et aussi des mauvaises positions et de la compression excessive de la tête de l'enfant (20).

Le deuxième sens de la douleur serait de **renforcer la femme dans ses compétences**. Un proverbe dit : *« L'homme est un coffre-fort dont la clef est l'épreuve »*. L'accouchement est une épreuve dans la vie d'une mère qui permettrait de renforcer ses compétences. C'est comme si elle découvrait des parties d'elle-même jusqu'alors inconnues. L'enfantement lui ouvre l'accès à une partie d'elle qu'elle ne soupçonnait pas : une force et surtout une profonde confiance dans ses capacités à accompagner son enfant dans la vie (2). Ce développement de la force personnelle à travers l'expérience de ses propres limites est une évolution nécessaire pour devenir « parent » et pouvoir guider un enfant (20). Une femme qui compose efficacement avec ses contractions, en se servant de ses ressources intérieures, éprouve une grande satisfaction qui renforce son sentiment de compétence et sa confiance à faire face aux défis d'être parent (2). Bien des moments douloureux jalonnent notre vie, mais qui n'a pas constaté dans sa vie qu'un moment douloureux, un moment difficile lui permettait de changer, de voir autrement les choses, de grandir un peu ? C'est comme si chaque moment douloureux était un tremplin pour nous projeter vers l'avant. La douleur serait donc créatrice et non destructrice. C'est en accouchant et en traversant l'intensité de ce moment que la jeune fille devient mère. Ainsi une femme dira-t-elle après son accouchement *« Je me sens depuis profondément femme et mère, j'ai pu mettre mon bébé au monde »* (2).

Et enfin **la douleur préparerait la femme à l'ultime voyage**. La femme, en naissant mère, accepte de mourir à ce qu'elle était avant. L'épreuve n'est pas négligeable puisqu'elle peut nous confronter à la peur de mourir. Son but n'est pas de meurtrir mais d'éprouver pour permettre de grandir (2). Par la naissance de son enfant, la femme est propulsée dans la vie afin qu'elle puisse veiller sur lui. Affronter la douleur crée la peur et l'angoisse. L'endurer pendant tant d'heures durant l'accouchement met à l'épreuve sa force individuelle. Par conséquent, la douleur provoque une véritable crise existentielle. La douleur offre aux femmes une grande opportunité : la possibilité d'évacuer d'anciennes douleurs. L'abandon représente le franchissement des limites personnelles, il est nécessaire car permet la progression du travail obstétrical et active de nouvelles ressources jusqu'ici silencieuses (20).

Les sensations intenses de l'accouchement peuvent donc finalement être aussi une aide pour guider la parturiente sur le chemin de la naissance de son enfant et le chemin de sa naissance en tant que mère**.** Elles peuvent apporter à la femme un sentiment d'*empowerment*, c'est-à-dire renforcer son sentiment de compétence personnel en favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative et le contrôle**.** Aussi a-t-il été proposé de remplacer le paradigme *« d'éliminer la douleur »* par celui de soutenir les femmes afin qu'elles *« composent avec leur douleur »*. Dans tous les cas, il n'est pas question que la mère souffre, car une douleur trop intense qui dure trop longtemps peut affecter la mère et son bébé ainsi que le déroulement du travail (15).

2. Prise en charge de la douleur

Les stratégies de prise en charge de la douleur incluent des interventions non pharmacologiques (destinées à aider les femmes à supporter la douleur) et des interventions pharmacologiques (destinées à soulager la douleur) (21). Il reste important d'adapter les méthodes utilisées aux souhaits, aux besoins et à la situation de la femme.

2.1. Moyens pharmacologiques

2.1.1. L'analgésie péridurale (APD)

Elle est aujourd'hui extrêmement répandue dans la gestion de la douleur du travail et de l'accouchement. Depuis 1994, année durant laquelle Simone Veil a étendu le remboursement par la Sécurité sociale de l'analgésie péridurale à toutes les femmes qui désiraient en bénéficier, sans condition d'indication médicale, on a assisté à une croissance très rapide de son utilisation. En effet l'enquête périnatale de 2016 retrouve 73% d'accouchement sous analgésie péridurale contre 38,4 % en 1995 (5).

Cette technique consiste en l'injection d'un anesthésique local au niveau de l'espace péridural de la moelle, près des nerfs qui transmettent la douleur, permettant ainsi le blocage du système nerveux central. L'APD est couramment utilisée pour soulager la douleur lors de l'accouchement. Aujourd'hui, le dosage de l'APD permet aux femmes de maintenir leur capacité à se déplacer pendant le travail (il existe même des systèmes d'analgésie péridurale déambulatoire) et de participer activement à l'accouchement. En effet on utilise des concentrations plus faibles d'anesthésique local grâce à l'association d'un opiacé (22). Aussi l'analgésie péridurale est très fréquemment utilisée puisqu'elle permet d'obtenir un bloc différentiel qui permet d'éliminer la sensation douloureuse tout en gardant une motricité.

Une méta-analyse réalisée par la Cochrane en 2018 conclut que l'analgésie péridurale peut potentiellement être plus efficace pour réduire la douleur pendant le travail et augmenter la satisfaction maternelle avec le soulagement de la douleur par rapport aux autres formes de soulagement de la douleur n'impliquant pas de blocus régional (opioïdes, acupuncture, MEOPA, etc.) (22).

Aujourd'hui, les patientes ont la possibilité de gérer elles-mêmes les doses d'anesthésiques à administrer pour entretenir la dose initiale. On parle de *Patient Controlled Epidural Analgesia*[2] (PCEA). Les intérêts de cette technique sont multiples : diminution constante des doses totales administrées, moindre degré de bloc-moteur, innocuité de la méthode. Une meilleure adéquation aux besoins analgésiques et une augmentation de la satisfaction globale des patientes sont fréquemment retrouvées (23).

2.1.2. Le bloc honteux interne

Le bloc du nerf honteux interne peut assurer l'analgésie de la phase d'expulsion. L'anesthésie obtenue par bloc des nerfs honteux intéresse une zone de sensibilité cutanée, étendue du clitoris à la marge de l'anus. En plus de l'analgésie de cette région, le bloc supprime la motricité et donc la résistance active des muscles superficiels du périnée (24).

2.1.3. Le protoxyde d'azote (N_2 O) : MEOPA

C'est un gaz anesthésique ancien. Son utilisation se fait par le biais de l'inhalation d'un mélange gazeux équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote. L'acronyme MEOPA (Mélange Equimolaire Oxygène-Protoxyde d'Azote) le désigne. Ce mélange induit une sédation-analgésie avec maintien de la conscience. Son action rapide, sa durée d'action brève après l'arrêt de l'inhalation, sa facilité d'administration et le peu d'effets indésirables en font un agent analgésique de choix (25). Il peut être utilisé seul ou en complément d'une analgésie pharmacologique insuffisante.

2.1.4. Les opiacés : La nalbuphine

La nalbuphine est un stupéfiant faisant partie des analgésiques opioïdes. C'est un agoniste-antagoniste de la morphine dont la puissance en est proche. Elle s'administre par voie intraveineuse ou musculaire et son action débute dans les cinq minutes suivantes et dure environ quatre heures. Son utilisation est réservée au début du travail (chez une femme présentant une dilatation du col inférieure à quatre centimètres) (26).

[2] *Patient Controlled Epidural Analgesia* : Analgésie péridurale contrôlée par la patiente

2.2. Moyens non pharmacologiques

Les mécanismes qui modulent les composantes de la douleur réduisent les stimuli nociceptifs et ainsi altèrent la perception de la douleur. Ils agissent sur les composantes sensori-discriminatives et motivo-affective et permettent à la femme de mieux composer avec la douleur du travail. Les mécanismes neurophysiologiques de modulation se classent en trois catégories : la théorie du portillon, le contrôle inhibiteur diffus nociceptif (CIDN) et le contrôle des centres supérieurs du système nerveux central (12).

2.2.1. La théorie du portillon

Les données établies caractérisent le fait que la moelle épinière n'est pas qu'un simple relais de transmission de l'information douloureuse, mais qu'il y a des contrôles qui s'effectuent à ce niveau. Cela a été modélisé par Melzack et Wall dans leur « Théorie du portillon » (15). Au niveau d'un même relais de la moelle épinière on retrouve à la fois les messages portés par les fibres de petits calibres et ceux portés par les fibres de gros calibres. Les fibres de petits calibres véhiculent la douleur, alors que les fibres de gros calibres transmettent la sensibilité. Or au niveau de la moelle épinière, le message des fibres de gros calibres va primer sur celui des fibres de petits calibres. Le message douloureux se verra diminué dans sa transmission jusqu'aux centres supérieurs. Ainsi, la perception de l'intensité de la douleur sur le site-même de la douleur est réduite. Par exemple, lorsqu'on se fait piquer, les nocicepteurs sont activés et un message douloureux est perçu, mais lorsqu'on frotte à l'endroit de la piqûre, la douleur se voit diminuer au profit de la sensation de frottement. Ainsi une stimulation agréable de la zone douloureuse va-t-elle diminuer la sensation douloureuse.

Diverses techniques stimulent l'activation de ce mécanisme : les massages doux, l'exposition à des vibrations, l'immersion dans l'eau, le mouvement, l'application de chaleur, etc. (12).

2.2.2. Le contrôle des centres inhibiteurs diffus (CIDN)

Le CIDN est activé par une stimulation douloureuse exercée sur un endroit différent de la zone douloureuse originelle. Cette technique consiste à créer une stimulation douloureuse sur un site parfois éloigné de la zone douloureuse. Cela entraine le relâchement d'endorphines. En effet l'organisme cherche à inhiber la douleur de tous les sites, sauf celui qui est sollicité par la nouvelle stimulation douloureuse pour pouvoir se concentrer dessus et analyser ce signal d'alarme. Le relâchement d'endorphines

produit un soulagement qui agit pendant une période qui peut persister parfois bien au-delà de la stimulation (15). Ce mécanisme peut être activé grâce à des massages douloureux, l'acupression, l'acupuncture, l'application de glace, l'injection de papules d'eau stérile ou bien la neurostimulation transcutanée (TENS) (12).

L'injection de papules d'eau stérile consiste à injecter une goutte d'eau stérile à la surface de la peau ce qui va entrainer une sensation douloureuse très intense mais très brève et qui aura pour bénéfice un grand relâchement d'endorphines. La neurostimulation transcutanée consiste à transmettre un courant électrique douloureux (12).

2.2.3. Le contrôle des centres supérieurs du système nerveux central

Le contrôle du système nerveux central transforme la perception de la douleur et il joue un rôle prédominant dans la gestion de la douleur. La transformation de la perception douloureuse se fait grâce à deux phénomènes : une modification du message nerveux et la libération d'endorphines. Dans les centres supérieurs du cerveau, les messages de douleurs établissent des liens directs et indirects avec d'autres régions liées à la mémoire, aux émotions, etc. Par conséquent les images et les messages qui s'y trouvent influencent la manière dont sera perçu l'aspect désagréable de la douleur (15). Ce sont les approches comportementales et cognitives qui activent ce mécanisme : la relaxation, l'hypnose, la méditation, le détournement de l'attention, la structuration de la pensée, le yoga, les techniques de respiration, la musique, le soutien physique et émotionnel, l'administration de placebos, un environnement agréable, etc. (12).

Parmi ces techniques, la structuration de la pensée consiste à recadrer de manière juste ce qu'implique un accouchement. Si pour la femme la contraction est synonyme de peur et d'angoisse, ses sensations lui sembleront très désagréables. Si toutefois la contraction est pour elle un phénomène aussi essentiel que positif et si elle est convaincue que, d'une part, des mécanismes endogènes sont à l'œuvre pour libérer les endorphines qui vont la soulager et que, d'autre part, elle a tout ce qu'il faut pour donner naissance, le caractère désagréable de ses sensations sera grandement diminué (15).

D'après une revue systématique de la Cochrane**,** la plupart des méthodes non pharmacologiques de prise en charge de la douleur sont non-invasives et semblent être inoffensives pour la mère et son fœtus. Toutefois, leur efficacité est incertaine en raison du nombre limité de preuves de bonne qualité. La majorité des preuves concernant les interventions non médicamenteuses pendant le travail se basent uniquement sur une ou

deux études, ces résultats ne sont donc pas généralisables. Cependant l'immersion dans l'eau, la relaxation, l'acupuncture et les massages permettraient d'atténuer la douleur et d'améliorer la satisfaction en termes de soulagement de la douleur (21).

2.3. Le soutien continu*

La présence continue d'un accompagnant auprès de la femme contribue à la rassurer et à la soulager. Le soutien d'une personne proche ou inconnue, ou du personnel médical aura le même effet positif sur la femme enceinte. Des chercheurs ont démontré que le soutien continu*, physique, émotionnel et moral contribue à améliorer la satisfaction de la mère et l'issue de la naissance. En effet le soutien continu* améliore les processus physiologiques survenant durant le travail, avec une augmentation des accouchements par voie basse spontanée, une réduction de la durée du travail et une diminution de l'utilisation d'analgésiques. Cela a également un effet bénéfique sur le nouveau-né avec une bonne adaptation néonatale à la naissance. Le soutien continu* diminue les sentiments négatifs concernant le vécu de l'accouchement, avec une augmentation du sentiment de contrôle et de la confiance de la femme en sa capacité à donner naissance (15,27).

2.4. La préparation à la naissance et à la parentalité

La Haute Autorité de Santé (HAS) a défini les objectifs de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) dans le but de proposer une approche plus humaniste de la naissance. Cette approche favorise la participation active de la femme et du couple dans leur projet de naissance*. La PNP est censée contribuer à renforcer l'estime de soi, la capacité de prise de décision et la capacité d'action de la femme ou du couple (28).

Pour les femmes ayant ce souhait, les séances de PNP peuvent permettre d'aborder la gestion de la douleur du travail obstétrical. Des informations peuvent alors leur être apportées sur les différentes méthodes pharmacologiques et non pharmacologiques.

2.5. Les sages-femmes face au choix d'un accouchement sans analgésie péridurale.

A l'heure actuelle, accoucher dans la douleur peut être perçu comme une incohérence de la part des professionnels de santé puisque cela remet en cause notre vocation à soulager la douleur, relayée sur le plan législatif par la loi du 4 mars 2002, relative au devoir de prise en charge de la douleur (4).

La sage-femme et la parturiente ont pour objectif commun de mener à bien un accouchement. Pour la sage-femme, cela prend son sens en écoutant le choix de la patiente et en l'accompagnant dans ce choix. Mais lorsqu'il s'agit d'accompagner une femme qui ne veut pas d'analgésie péridurale, cela n'est pas toujours facile. En effet, la mission principale d'un professionnel de santé est de garantir la sécurité de la mère et de l'enfant. Or, l'absence d'APD entraîne une gestion différente du risque obstétrical (29). Par exemple, en cas de nécessité de réaliser une césarienne en urgence, l'anesthésiste risque de devoir réaliser une anesthésie générale, ce qui peut constituer une perte de chance et de temps pour la femme (alors qu'il suffit de réinjecter dans le cathéter de péridurale autrement). Également, s'il faut recourir à une extraction instrumentale, elle sera pratiquée, soit sans anesthésie, soit avec du protoxyde d'azote souvent insuffisant, ce qui met l'équipe dans une position inconfortable en raison de la douleur subie par la femme. Enfin, l'accouchement sans APD nécessite une plus grande disponibilité de la sage-femme pour aider la parturiente à gérer sa douleur. Or, dans les conditions de travail actuelles, cela n'est pas toujours possible, c'est d'ailleurs souvent le conjoint qui occupe ce rôle de soutien et d'accompagnement (29).

Un autre obstacle existe, compte tenu du fort taux d'APD (5), à savoir que les étudiantes sages-femmes suivent peu de parturientes qui font le choix d'accoucher sans APD (30).

L'*International Confederation of Midwives*[3] (ICM) recense les compétences essentielles pour la pratique du métier de sage-femme. Parmi elles, on retrouve : « *proposer à la femme d'utiliser des stratégies pour faire face à la douleur du travail […] et la soutenir* » (31). D'après la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada, il est important que tous les professionnels de santé aient une bonne compréhension de la physiologie de la douleur, incluant son soulagement physique et psychologique (12). Cette connaissance et cette compréhension sont utiles non seulement dans l'accompagnement d'une femme n'ayant pas d'APD mais aussi dans l'accompagnement des femmes bénéficiant d'une APD. En effet toutes les parturientes font l'expérience de la douleur au cours du travail obstétrical. De plus, l'accès à diverses approches non pharmacologiques pourrait réduire les interventions obstétricales et augmenter la satisfaction de la mère (32).

[3] « *International Confederation of Midwives » :* Confédération internationale des sages-femmes

POPULATION ET METHODE

L'objectif principal de cette étude était d'explorer le choix de vivre un accouchement sans péridurale. Les objectifs secondaires étaient de connaître les attentes des patientes accouchant sans péridurale, de décrire leur représentation de la douleur et d'identifier les moyens envisagés pour la gérer.

1. Population

1.1. L'échantillon de l'étude

1.1.1. Critères d'inclusion

- Femmes volontaires
- Femmes enceintes à 32 semaines d'aménorrhée ou plus, quelle que soit leur parité
- Femmes ayant une grossesse singleton
- Femmes ayant pour projet d'accoucher sans analgésie péridurale à l'issue de la grossesse en cours
- Femmes suivies dans deux cabinets de sages-femmes libérales de la région Auvergne-Rhône-Alpes avec lesquels nous étions en contact.

1.1.2. Critères d'exclusion

- Femmes ne parlant pas français
- Femmes mineures
- Femmes sous tutelle ou curatelle

2. Méthode :

2.1. Type d'étude

Compte tenu de nos objectifs de recherche, il nous a semblé judicieux de faire une étude qualitative à visée descriptive et interprétative afin d'avoir une approche personnelle de la vision des femmes et de bien comprendre leur démarche par rapport à leur projet d'accouchement. L'intérêt de cette méthode est de permettre aux femmes d'exprimer librement leurs pensées en répondant à des questions ouvertes.

2.2. Le mode de recueil des données

Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés avec des femmes ayant le projet d'accoucher sans analgésie péridurale. Ces entretiens ont été enregistrés par dictaphone puis retranscrits intégralement par écrit. Ils étaient guidés par une grille

d'entretien élaborée à l'aide des données issues de la revue de la littérature (Annexe I). Les thèmes explorés étaient :

- Le contexte du choix d'un accouchement sans analgésie péridurale
- Les raison du choix d'un accouchement sans analgésie péridurale
- La vision des sensations du travail et de l'accouchement
- Les méthodes de soulagement connues
- La préparation à cet accouchement
- La vision de l'accouchement sans péridurale

Les femmes ont été interrogées sur la fin de leur grossesse. En effet au cours de cette période les femmes se projettent davantage sur leur accouchement, celui-ci devenant plus proche. De plus, les séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) se déroulent au cours du troisième trimestre et permettent d'aborder les modalités de l'accouchement.

Dans la mise en place de l'étude, cela a été un souhait de vivre l'expérience de l'entretien en face à face. Ceux-ci ont eu lieu au sein du cabinet libéral dans lequel les femmes étaient suivies au décours d'une consultation de grossesse ou d'une séance de préparation à la naissance et à la parentalité. Au cours des entretiens des notes ont été prises sur les données non verbales qu'exprimaient les femmes interrogées (sourires, gestes avec les mains…) Ces données ont été intégrées à la retranscription écrite des entretiens et ont été prises en compte dans l'analyse des verbatim.

2.3. Le déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée au sein de deux cabinets de sages-femmes libérales de la région Auvergne-Rhône-Alpes au cours des mois de novembre et décembre 2019. Le recrutement des participantes s'est fait par le biais des sages-femmes exerçant dans ces cabinets libéraux. Après autorisation de leurs patientes, les sages-femmes libérales transmettaient à l'enquêtrice les coordonnées des femmes intéressées pour participer à l'étude.

La durée estimée des entretiens étaient de vingt minutes minimum.

2.4. Le mode d'analyse des données

Après retranscription intégrale des entretiens par écrit via le logiciel de traitement de texte Microsoft Word, les verbatim ont été analysés chacun selon une grille d'analyse

verticale individuelle afin d'extraire des thèmes à partir des paroles des femmes interrogées. Puis ils ont été mis en comparaison les uns avec les autres par une analyse horizontale de tout le corpus. Enfin une analyse interprétative nous a fait comparer nos entretiens à la littérature sur le sujet.

2.5. Les aspects éthiques et réglementaires

2.5.1. Avis de comités consultatifs

L'étude a fait l'objet d'une déclaration au délégué à la protection de données du CHU de Clermont-Ferrand et a été validée le 14 novembre 2019.

2.5.2. Information et consentement

Les patientes ont été informées de cette étude par leur sage-femme libérale. Leur accord oral a ainsi été sollicité afin de pouvoir transmettre leurs coordonnées à l'enquêtrice. Ensuite, les femmes ont été contactées par téléphone par l'enquêtrice et ont été informées oralement des objectifs et des modalités de l'étude. Un rendez-vous pour un entretien individuel a alors été fixé avec chacune des femmes ayant accepté de participer. Le jour de l'entretien une lettre d'information écrite leur a été remise et un temps de lecture a été laissé (Annexe II). Enfin leur consentement écrit a été recueilli (Annexe III). Pour la femme que nous avons interrogée par téléphone, la lettre d'informations lui a été transmise par courriel, ainsi que le recueil de son consentement.

2.5.3. Anonymat

Les participantes à l'étude ont été anonymisées dans les retranscriptions. Précisément, une lettre différente de l'alphabet a été attribuée à chaque participante par ordre alphabétique de rencontre (donc la première femme interrogée s'est vue attribuer la lettre A), puis un prénom fictif a été donné à chacune d'elle en reprenant l'initiale correspondante (par exemple Agathe pour la première femme interrogée).
Les enregistrements et leur retranscription ont été stockés dans un fichier informatique sécurisé afin de conserver le secret professionnel.

RESULTATS

Cette partie « résultats » comporte trois parties. Tout d'abord une partie est consacrée à la description générale de l'étude. La seconde correspond à la description de l'échantillon. Puis une dernière partie est consacrée à l'analyse thématique du contenu des entretiens.

Toutes les citations relatées par les femmes sont retranscrites entre guillemets et en italique.

1. Description générale de l'étude

Les sages-femmes libérales qui ont permis le recrutement nous ont donné les coordonnées de sept femmes acceptant de participer à l'étude. Parmi elles, une n'a pas été contactée : elle ne rentrait pas dans les critères d'inclusion puisqu'elle hésitait sur le choix de l'analgésie péridurale (APD). Les six autres ont été contactées et toutes ont été interrogées par la suite.

Tous les entretiens sauf un se sont déroulés au sein du cabinet libéral dans lequel elles effectuaient leur suivi de grossesse, l'entretien se déroulant avant ou après une séance de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) faite avec leur sage-femme. Un seul entretien n'a pas pu se faire en face à face, la femme enceinte n'ayant plus de consultation prévue au moment où elle a été contactée. L'entretien a donc eu lieu par téléphone.

Le temps effectif des entretiens a été beaucoup plus long que prévu, la durée moyenne d'un entretien étant 38 minutes. Le plus court enregistrement faisait 31 minutes et le plus long une heure, soit un total de 229 minutes d'enregistrement audio. Chaque entretien a été retranscrit intégralement, ce qui a nécessité quatre à sept heures de travail par entretien soit un total d'environ 27 heures.

2. Les femmes interrogées, qui sont-elles ?

Les caractéristiques socio-démographiques et les antécédents obstétricaux des femmes interrogées sont présentés dans les deux tableaux qui suivent. Les catégories socio-professionnelles correspondent aux Professions et Catégories Socio-professionnelles (PCS) définies par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) en 2003 (33).

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques des femmes interrogées

Prénom fictif	Nationalité	Age	Catégorie socio-professionnelle
Agathe	Canadienne	30 ans	Etudiante
Blandine	Française	35 ans	Profession intermédiaire
Clara		27 ans	Cadre et profession intellectuelle supérieure
Diane		33 ans	Profession intermédiaire
Emilie		36 ans	Cadre et profession intellectuelle supérieure
Fanny		31 ans	Profession intermédiaire

L'âge moyen est de 32 ans.

Tableau II : Contexte médical des femmes interrogées

Prénom fictif	Terme au moment de l'entretien (SA + jours)	Parité	Précédent accouchement
Agathe	35 + 2	0	
Blandine	37 + 5	1	Voie basse instrumentale sans APD
Clara	36 + 5	0	
Diane	39	2	Césarienne puis accouchement voie basse avec APD
Emilie	35 + 6	0	
Fanny	32 + 4	1	Accouchement voie basse avec APD (n'en souhaitait pas initialement)

Le terme moyen est de 36 semaines d'aménorrhée au moment de l'entretien.

Par la suite, nous avons voulu faire une présentation de chacune des femmes interrogées ainsi que le contexte de chaque entretien.

2.1. Agathe

Nous rencontrons Agathe au sein du cabinet libéral dans lequel elle fait son suivi. C'est pour elle une première grossesse et elle est à 35 semaines d'aménorrhée et deux jours. Agathe est très spontanée dans le partage de son vécu et utilise le tutoiement. Elle est d'origine québécoise et compare la prise en charge des accouchements au Québec et en France. Elle regrette que le suivi global soit difficilement accessible en France : *« clairement, au Québec, je sais que j'aurais choisi une maison de naissance*, quelque chose d'un peu plus facile, tu vois »*. Elle a beaucoup de questions et, à la fin de l'entretien, nous échangeons encore pendant un moment. Elle est surtout inquiète de l'accueil de son projet par les sages-femmes de la maternité et elle se prépare à devoir gérer seule son accouchement par peur de ne pas être accompagnée par l'équipe de salle de naissance.

2.2. Blandine

Lorsque nous avons contacté Blandine, elle n'avait plus de rendez-vous de prévu au cabinet, car elle en est à son dernier mois de grossesse. Elle était extrêmement motivée pour participer à l'étude et a proposé plein de possibilités pour pouvoir réaliser l'entretien. L'entretien en face à face étant compliqué à organiser, un rendez-vous téléphonique a été fixé. Blandine profite d'un moment où son conjoint est allé se promener avec son premier enfant pour faire l'entretien. Elle est donc seule chez elle à ce moment-là. C'est sa deuxième grossesse et elle a déjà accouché sans APD pour son premier enfant. Blandine se révèle très bavarde et est très heureuse d'échanger, en particulier à propos du vécu de son premier accouchement. Elle en garde un très bon souvenir bien qu'il y ait eu besoin d'une ventouse en raison d'une anomalie du rythme cardiaque du bébé. Elle nous confie quand même à la fin qu'elle espère qu'il n'y ait pas besoin d'appeler le médecin cette fois. *« J'espère que jusqu'au bout ça va être bien, que le début ça va être bien et que je vais pouvoir le sortir toute seule, qu'on ne me dira pas "je vais chercher le gynéco !" ».*

2.3. Clara

L'entretien avec Clara se déroule au sein du cabinet libéral dans lequel elle fait son suivi de grossesse. C'est sa première grossesse et elle est à 36 semaines d'aménorrhée et cinq jours. Clara a à cœur de répondre *« correctement »* aux questions, elle s'inquiète parfois d'être *« à côté de la plaque »* dans ses réponses et s'exprime avec un langage très professionnel. Elle était très renseignée et mentionne entre autre des sites canadiens, québécois et le site de la Haute Autorité de Santé. Elle est enjouée et rit spontanément.

Clara nous confie à la fin qu'elle est *« impatiente »* de rencontrer son bébé, *« d'autant plus qu'on ne sait pas si c'est un garçon ou une fille ».*

2.4. Diane

Nous rencontrons Diane au sein du cabinet libéral dans lequel elle est suivie. L'entretien se déroule à la suite d'une séance de préparation à la naissance à laquelle nous avons participé. Elle est alors à 39 semaines d'aménorrhée. L'accouchement de Diane est prévu en plateau technique* avec la sage-femme qui effectue son suivi de grossesse. Avant cette grossesse, elle ne connaissait pas cette possibilité. Elle a rencontré cette sage-femme par hasard. C'est sa troisième grossesse. Pour la première, elle a eu une césarienne pour non engagement de la présentation. Elle a ensuite accouché par voie basse pour son deuxième, sous APD. Pour cette grossesse, elle a essentiellement reçu des informations de sa sage-femme, ce qui lui a permis de changer son regard et d'appréhender l'idée d'un accouchement sans péridurale. Selon elle, la part d'information par les professionnels de santé est primordiale et mais est parfois manquante : *« Si on n'a pas rencontré une sage-femme qui est capable de nous l'expliquer et de nous le dire, on ne sait même pas que ça existe l'accouchement sans péri ! […]. Moi ma sage-femme, elle m'a ouvert les yeux ».*

2.5. Emilie

La rencontre avec Emilie se déroule juste avant une séance de PNP avec sa sage-femme, séance à laquelle nous avons pu assister. C'est sa première grossesse et elle est à 35 semaines d'aménorrhée et six jours. Exerçant une profession dans le milieu de la santé, Emilie est intéressée par l'idée de tester l'accouchement sans APD : *« L''idée de ressentir tout ce qui va se passer dans mon corps, d'essayer de gérer la douleur, c'est des choses qui me parlent par rapport à mon travail quotidien. Et ça m'intéresse bien de voir ça de l'intérieur ».* Elle s'exclame au début de l'entretien : *« Déjà à la base, je pense que mon accouchement idéal c'était limite dans la forêt ! ». S*on projet a évolué au cours de la grossesse : *« Quand on approche, on se dit, non finalement, l'hôpital c'est bien ! (Rire) ».* Elle exprime finalement une certaine ambivalence vis à vis de cet accouchement, étant *« un peu anxieuse mais en même temps rassurée ».*

2.6. Fanny

L'entretien avec Fanny se déroule au tout début de son huitième mois de grossesse. Elle considère d'ailleurs avoir encore du temps pour se préparer. *« Je me dis*

qu'il me reste encore à peu près deux mois. Je vais finir de me préparer au mieux, je vais faire mes petites lectures qui m'aident à me booster ». Elle parle lentement et prend le temps de bien s'exprimer. Elle s'estime confiante et a hâte de vivre cet accouchement. Pour elle, c'est quelque chose d'important à vivre pleinement. *« Je pense qu'un accouchement […] ça nous prépare, ça nous amène à une autre étape de vie, ça fait partie de cette volonté de devenir mère ».* C'est sa deuxième grossesse et elle ressent une certaine frustration vis à vis de son premier accouchement. En effet, après plusieurs heures de travail, elle a finalement opté pour la péridurale. A partir de ce moment-là, elle a dormi et elle n'avait pas ressenti les contractions pour les efforts de poussée. *« Je ne concevais pas un accouchement sans ressentir toutes ces choses ! Et je n'ai rien senti…».* Elle exprime donc une envie de *« rectifier le tir » ; « L'expérience a fait que c'est sûr que je veux essayer de tenir bon cette fois-ci. Enfin que je tiendrai bon ! ».*

Diane et Emilie bénéficient d'un accompagnement global*, leur sage-femme libérale ayant accès à un plateau technique*. Les autres effectuent leur suivi avec une sage-femme libérale qui ne sera pas présente le jour de l'accouchement. Elles accoucheront en maternité avec l'équipe présente en salle de naissance. Dans la suite de notre travail, nous parleront « d'accouchement en maternité » et « d'accouchement en plateau technique* » pour distinguer les deux suivis.

3. Le processus du choix de l'accouchement sans analgésie péridurale

3.1. Influence de l'environnement extérieur

3.1.1. Ce qui va dans le sens du choix de la femme enceinte

Les femmes interrogées nous confient qu'elles ont pu discuter avec leur entourage de leur projet d'accoucher sans APD au cours de leur grossesse ou avant. Deux nous disent qu'elles ont un entourage porteur et qui conforte leur choix, à l'instar d'Agathe qui nous confie : *« en général, autour de moi, c'est vrai que ça accouche un peu plus sans péri ».* Blandine raconte qu'elle a une amie dont l'expérience a eu un impact sur sa vision de l'accouchement sans analgésie péridurale : *« J'en avais discuté avec cette copine qui avait eu ces deux filles bien avant moi […]. Je pense que ça m'aurait peut-être influencée aussi de voir que, elle, ça s'était bien passé, qu'elle a accouché sans péri ».*

Quand on leur pose la question de ce qui a influencé leur choix, deux parlent aussi de l'accouchement de leur maman. Fanny nous dit par exemple : *« moi, ma maman a accouché sans péridurale […]. C'était quelque chose de normal ».*

Ce qui a également influencé Diane dans ce choix c'est le discours de la sage-femme faisant son suivi : *« [elle] m'a expliqué des choses que l'on ne m'avait jamais expliquées auparavant […]. Son analyse à elle, sa pratique, son expérience, ses témoignages… Ce qu'elle pratique, elle, m'a donné envie de penser différemment, de voir différemment ».*

3.1.2. Ce qui va à l'opposé du choix de la femme enceinte

Même si certaines femmes ont eu la chance d'avoir l'adhésion de leur entourage quant à leur projet d'accoucher sans APD, beaucoup ont plutôt un entourage peu encourageant. Il n'y a que Blandine qui nous parle d'une histoire qui va dans le sens de son projet, sans évoquer pour autant des expériences de son entourage qui iraient à l'encontre de ses aspirations. Même Agathe qui disait qu'elle avait un entourage soutenant par rapport à son projet d'accoucher sans analgésie, nous confie les histoires *« moches »* qui se racontent autour d'elle : *« la plupart, c'était sans péri, mais où finalement ça a débouché en césarienne ou ça a duré super longtemps… ».* Emilie la rejoint dans ses propos en disant : « *On a aussi des histoires à coucher dehors ! ».* Les récits qui se racontent autour de Diane révèlent la difficulté à accoucher sans APD : *« J'ai des copines qui ont fait le choix de pas de péri et qui finalement l'ont prise… […]. La plupart, quand ça dépasse un certain temps, elles ont craqué, quoi ! ».*

Clara, elle, n'a pas d'exemple autour d'elle de femmes qui ont fait le choix d'accoucher sans APD : *« Alors des récits sans péridurale, j'en ai eu aucun. Que je réfléchisse… Si ! Mais pas prévu du tout ! C'est des accouchements très rapides. Et, au contraire, ce sont des femmes qui étaient très surprises […]. Et elles l'ont plutôt mal vécu finalement parce que dans leur tête c'était pas du tout envisagé ! »*

L'entourage de Fanny, qui ne voulait pas d'APD à son premier accouchement, ne comprenait déjà pas du tout son choix *: « Les gens, soit ils disaient rien, ils me laissaient faire, soit ils me disaient : "Ohlala mais tu es folle ! Au jour d'aujourd'hui pourquoi ne pas utiliser ces moyens-là ? Pour pas souffrir". Voilà c'était ça : "pour pas souffrir" (rire) ».* Nous retrouvons ce genre de réaction également dans le témoignage de Clara : « *le regard déjà est pas toujours positif. Tu ressens clairement : "Pourquoi veux-tu souffrir ? C'est stupide ! " ».*

Sans parler de l'entourage proche, c'est la vision de la société que ces femmes ressentent. Blandine soulève le fait *« qu'on est dans une société où il ne faut plus que les gens souffrent ».* Parfois l'accouchement sans APD n'est même pas concevable dans

l'esprit des gens. Agathe nous parle d'une femme qui *« ne savait même pas que c'était possible sans péri ! »*. En nous parlant de sa maman qui a pu accoucher avec APD, Clara nous dit : « *Les autres générations avaient tellement vécu leurs accouchements dans la souffrance que, du coup, cette arrivée là c'était quelque chose d'extraordinaire et ils n'envisageaient pas forcément de s'en passer ! ».* Aussi Clara soulève-t-elle la difficulté à affirmer ce choix puisqu'elle nous dit, qu'elle n'a pas fait part de son projet à son entourage.

3.2. Influence personnelle : ce qui dans l'histoire de la femme influence le choix

3.2.1. Influence des accouchements précédents pour les multipares

Pour les trois femmes multipares, ce choix s'inscrit à la suite de leurs accouchements précédents et, pour toutes, leurs expériences ne font que renforcer leur conviction d'accoucher à présent sans APD.

Diane, qui a eu une césarienne puis un accouchement sous APD bien dosée, avoue que ses expériences l'influencent complétement. Concernant son accouchement à venir, elle parle de son souhait de *« vivre la chose encore plus ! »*. Elle ajoute *: « Ce que j'ai vraiment apprécié, à mon deuxième accouchement, c'était de ressentir les choses […]. J'ai trouvé ça génial de vraiment tout ressentir »*. Maintenant, elle souhaite vivre quelque chose d'encore plus fort avec son bébé.

Blandine, quant à elle, est plus confiante grâce à son premier accouchement qu'elle a déjà vécu sans APD : *« Je me dis, il y en a un qui a déjà fait le passage […]. Je me dis qu'il n'y a pas de raison que je n'y arrive pas pour le deuxième ! Là je me dis, c'est sûr, ça va être sans péri, tout va bien se passer quoi. Je suis faite pour ça ! »*.

Pour Fanny, c'est de la frustration et des regrets qui ressortent par rapport à son premier accouchement où elle a finalement opté pour la péridurale au bout d'un long travail : *« J'ai fait que dormir. J'étais spectatrice. J'ai pas eu mon rôle dans cet accouchement ! […]. Je n'ai rien senti »*. Et elle ajoute *: « Je voulais vivre mon accouchement, passer par là pour devenir mère […]. Et quelque part, je dis des fois : "on me l'a enlevé". J'ai pas envie de recommencer ! C'est un petit peu ça qui m'a embêté et j'ai envie de rectifier le tir… »*.

3.2.2. Influence de sa propre naissance

Lorsque nous demandons ce qui a pu influencer le choix, Emilie nous parle de l'histoire de sa naissance : *« l'histoire qui m'a influencée, c'est plus l'histoire de ma*

naissance. Je sais que je suis née par césarienne et je pense que quelque part, il doit y avoir une trace un peu de ça. Des fois, je sens à l'intérieur de moi que ça a été un problème […]. A l'époque, c'était par anesthésie générale et du coup moi j'ai dû sortir du ventre à neuf heures et j'ai dû rencontrer mes parents plus vers quatorze heures. Je pense que c'est un petit souci (rire) ! ».

3.2.3. La gestion de la douleur dans la vie courante

Au cours de la réalisation de nos entretiens, un thème de discussion, non prévu dans la grille d'entretien, est apparu, à savoir la gestion de la douleur dans la vie courante. Plusieurs femmes nous ont raconté qu'elles avaient l'habitude de composer avec, à l'instar de Diane qui nous dit : *« je pense que je suis pas quelqu'un de douillet, j'arrive plutôt à gérer la douleur ».*

Clara et Blandine sont souvent confrontées au fait d'avoir mal dans leur vie. En effet, Clara est migraineuse : *« La douleur, je vis un peu au quotidien avec ».* Elle précise : *« Il y a une solution médicamenteuse quand même ! […]. Mais après prendre des médicaments forts pour les migraines c'est le foie qui peut en pâtir, ou l'estomac. Donc je suis obligée de composer avec ».* Blandine nous raconte comment elle fait pour des soins douloureux comme chez le dentiste : *« Je lui dis toujours : "on essaye sans anesthésie !". Je me mets en espèce d'hypnose, dans ma bulle ».* Blandine utilise alors une méthode sophrologique : *« J'essaye de m'imaginer un endroit où j'aimerais être. L'autre fois j'étais à un concert. J'avais pas de musique dans les oreilles mais je me la suis créée, j'étais partie mais partie ! ».* Blandine évoque également son premier séjour en suite de couche pour son aîné : *« Moi je suis pas quelqu'un qui avale des médicaments, donc si je peux supporter cette douleur, et si cette douleur elle est là, pour mon allaitement, pour autre chose, pour se remettre, je veux pas les avaler toutes les quatre heures. C'est mon choix ! ».*

A l'inverse des trois femmes sus-citées, Agathe n'est pas très tolérante à la douleur : *« Je ne gère pas très bien la douleur dans la vie réelle quoi… ça m'énerve vite… J'aime pas ça, avoir mal ».*

3.3. Place du compagnon dans la décision

Lorsque nous demandons aux femmes la place du compagnon dans le choix d'accoucher sans APD, quatre nous disent qu'il était pour ce choix, une que pour lui ça n'avait pas d'importance, et une nous confie que le papa n'était pas du même avis.

Fanny, Agathe et Blandine admettent que leur conjoint a la même vision des choses : *« C'était naturel aussi pour lui sans péri »* (Agathe). Clara témoigne de son soutien : *« Il est entièrement d'accord avec ma décision »*. Emilie, elle, confie : *« péridurale ou pas, il s'en fiche »*. Seule Diane dénote : *« Il est pas forcément de mon avis. […] Il comprend pas pourquoi je vais "souffrir" alors qu'on peut m'apporter une aide antidouleur »*.

Enfin quatre femmes sur six soulèvent que c'est un choix qui est d'abord le leur. Clara témoigne : *« C'est un choix qui est commun mais sur lequel il m'a laissé carte libre. Il m'a très clairement dit : "C'est pas à moi de la prendre ! C'est toi qui va le vivre, c'est ton choix" »*. Et c'est encore plus marqué dans le discours de Diane : *« Il accepte, il s'adapte, mais c'est moi d'abord (rire) ! »*.

3.4. Le moment du choix

Pour quatre femmes sur six, le souhait d'un accouchement sans APD était déjà dans leur esprit avant même cette grossesse. Emilie avait même une idée encore plus marginale : *« Avant, je disais à mon conjoint : "je vais accoucher à la maison !" »*.

Pour deux femmes, le choix s'est fait au fur et à mesure de la grossesse. Clara explique : *« Vous dire si j'y ai réfléchi avant de tomber enceinte, je pense non… On pense pas à l'accouchement avant… […]. Mais quand même très rapidement, au début de ma grossesse, j'ai commencé à me poser deux-trois questions et à me renseigner un petit peu »*. Pour Diane, les informations apportées par la sage-femme qui la suivait lui ont permis de formuler cette volonté.

3.5. Les motivations du choix

3.5.1. Des femmes faisant référence à la nature

Lorsque nous reprenons les verbatims des entretiens, les mots *« nature »* et *« naturel »* sont cités à plusieurs reprises par quatre femmes. Agathe témoigne : *« J'ai pas eu l'impression de choisir avec ou sans péridurale moi. J'ai l'impression de prendre la voie naturelle, et donc la voie qui va de source au lieu de rajouter une option »*.

Fanny et Blandine citent le fait que la péridurale n'existait pas avant *: « Je pars du principe que si on a toujours fait sans péridurale c'est que la nature est bien faite et qu'on est faites pour ça. »* (Blandine). Emilie nous parle de ne *« pas entraver les processus naturels qu'utilisent les femmes depuis des milliers d'années »*.

3.5.2. Des femmes exprimant la volonté de vivre leur accouchement pleinement

La réflexion de Clara sur son accouchement est partie de récits : *« C'est le fait d'avoir entendu des échos en fait de femmes de mon entourage qui ont accouché avec péridurale et qui m'ont décrit des choses en disant « "Oh bas alors là, c'était trop cool" ; "Moi j'ai pu carrément m'endormir". Et là je me suis dit : "Est-ce que c'est ça un accouchement ? Et est-ce que c'est comme ça que j'ai envie de le vivre ?". Il y avait quelque chose qui me dérangeait en fait. Je trouvais que c'était pas naturel de rien ressentir et d'être détachée en fait quelque part à ce moment-là ».* Elle rajoute *: « c'est la volonté d'être active dans mon accouchement, actrice ».* On retrouve cela dans les propos de Fanny qui avait souffert d'être *« spectatrice »* lors de son premier accouchement : *« J'ai pas eu mon rôle dans cet accouchement ».*

Diane et Fanny nous parlent des sensations qu'elles veulent vivre pleinement : *« Ressentir les choses encore plus, avoir des émotions démultipliées »* (Diane).

Diane se fait également la réflexion que pour vivre cet accouchement comme elle le veut, elle va devoir *« imposer ses choix ».* Fanny dit qu'elle a aussi besoin de cela, de *« savoir tenir face à des médecins », « [s'] affirmer un peu plus en tant que personne, en tant que mère ».*

Elles sont donc trois à exprimer cette volonté de tout ressentir et d'être pleinement présentes, actives dans leur accouchement. Et pour deux cela passe même par une volonté de s'affirmer réellement dans ce choix.

3.5.3. La peur des aiguilles

Sur les six femmes interrogées, une nous parle de la peur des aiguilles, à l'instar de l'aiguille de Tuohy conçue pour procurer un accès précis et fiable à l'espace péridural: *« Et puis la péri… j'aime pas les aiguilles aussi »* (Agathe).

3.5.4. Le post-partum

Diane et Blandine nous parlent de *« l'après accouchement ».* Blandine explique : *« J'avais vu qu'on se remettait quand même mieux d'un accouchement sans péri ».* Elle rejoint Fanny qui regrette les suites immédiates de son premier accouchement, sous APD: *« je voulais me remettre sur pied directement. Je voulais être en pleine forme ».*

3.5.5. Le bébé

Emilie et Diane placent également le bien-être du bébé au cœur de leur choix. Emilie nous parle de sa volonté *« d'essayer d'accueillir le bébé le plus tranquillement possible,… […]. Respecter le rythme de bébé »*.

3.5.6. Un défi

Emilie confie de l'idée de *« tester » : « Ca m'intéresse bien de voir ça de l'intérieur »*. Diane nous parle du *« challenge d'y arriver »*. Et elle précise *« c'est plus vraiment d'y arriver. Ce n'est pas le challenge sportif, j'aime pas me faire violence non plus. Non, c'est plus vraiment pour moi et pour bébé, d'y arriver »*.

3.6. Des femmes ouvertes vis à vis de ce choix

Sur les six femmes participantes à l'étude, quatre nous parlent du fait qu'elles ne sont pas contre la péridurale, et qu'elles la gardent en option si nécessaire. Agathe s'exclame *« Je me donne l'option, si je la veux, je la veux quoi, c'est tout ! Je suis pas fermée ! »*. Blandine se dit : « *J'essaye et puis si c'est pas possible et que je me suis surestimée, eh bien je changerai d'avis mais j'aimerais bien essayer d'accoucher sans péridurale »*. Toutes deux ont prévu d'aller accoucher en maternité où le recours à l'APD est plus fréquent que lors d'un accouchement en plateau technique*.

Il y a également une conscience que l'accouchement n'est pas programmable. Emilie et Blandine nous parlent de l'éventualité d'une césarienne : « *Si après on se dit : "là, il y a un souci, il faut partir en césarienne en urgence pour le bien de bébé ou de maman", je comprends aussi. On peut pas tout prévoir »* (Blandine). Elle précise qu'il est important de *« Pas tout trop planifier, parce qu'après, si on se met trop de choses en tête, on peut être déçu si tout ne se réalise pas comme on avait prévu… »*.

3.7. Remise en question du choix

A la question de ce qui pourrait remettre en question son choix, Diane a elle aussi une réponse où apparait la conscience qu'on ne peut pas savoir comment cet accouchement va se passer : *« Il y a qu'une chose qui pourra me faire douter, c'est s'il y a une complication, quelque chose… Si ça ne se passe pas comme ça devrait se passer en effet, ça remettra beaucoup de choses en question »*.

Clara soulève le fait qu'il peut être difficile de rester sur son choix quand on sait que l'APD est à portée de main : *« C'est le fait d'être dans un cadre médical qui du coup*

fait poser la question. Si j'étais chez moi et que je n'avais pas la possibilité de l'avoir cette péridurale, je ne me poserais pas la question. Et là le fait de savoir, qu'on est dans ce cadre-là… Je pense que lorsqu'on est en train de souffrir, à un moment donné, forcément, on se pose la question... ».

A plusieurs reprises nous retrouvons la notion du temps dans les propos tenus. C'est parfois la durée du travail qui met le doute. Emilie raconte : *« En ce moment, je fais des cauchemars (rire). Là, en ce moment, je vois un truc hyper douloureux qui va durer des heures et où je vais péter un câble ! […]. Ça serait que quelques heures, je dis pas, mais je sais que si ça commence à dépasser 9, 10, 12, 15… ».* Et elle réplique : *« On me dirait " tu en as pour 20h". Tu t'es préparée mentalement, tu sais que tu arrives, tu en as pour 20h... Là, tu ne sais pas... […]. C'est vraiment ça qui me fait peur : je me sens pas capable d'y arriver si c'est trop long ».* C'est ce qui transparait également dans le récit du premier accouchement de Fanny : *« Ça a été très long. Les contractions je les gérais très bien. Mais à la maternité, toutes les heures, à chaque fois qu'on venait m'ausculter, on me demandait : "Est-ce que vous voulez pas la péridurale ?" et, au bout d'un moment, voyant que c'était très long, je me suis dit : "Bah c'est qu'il faut leur faire confiance, et peut-être que je ne vais pas tenir le coup", donc je l'ai prise ».*

4. Les sensations de l'accouchement

4.1. La vision de la sensation des contractions utérines du travail

Lorsque nous demandons aux femmes l'idée qu'elles avaient de la sensation des contractions avant d'avoir des informations dessus ou avant d'avoir accouché pour les multipares, toutes nous disent que c'est difficile de se la représenter. Diane confie : *« Tant qu'on ne le vit pas, on ne peut pas s'imaginer ce qu'il va se passer ».* Et Agathe dit : *« ce qui me fait un peu peur, c'est de pas identifier les contractions de travail ».*

Certaines, comme Fanny, Clara et Emilie, essayent de les associer à une sensation connue, comme un « *mal de ventre de règles »* (Fanny). Emilie a déjà eu des contractions : *« J'en ai déjà senti à la pose du stérilet mais j'imagine que ça n'a pas de commune mesure (rire) ».*

Agathe et Clara place le mot *« douleur ».* Idem pour Blandine : *« dans ma tête, ça allait être une douleur qui allait être la plus douloureuse de toutes les douleurs, de tout ce qu'on peut imaginer […]. Vu le foin qu'on en fait, je me suis dit : "ça doit vraiment vraiment faire mal !" ».*

Il y a également cette idée de sensation de *« vague » ; « qui arrive, qui repart »* selon Fanny ou bien Clara *« quelque chose qui fluctue, qui n'est pas continu… une douleur qui fluctue (réflexion…) qui va peut-être augmenter aussi en intensité… »*. Et elle ajoute *« Contraction : c'est que ça se durcit aussi, des muscles qui se contractent… »*.

4.2. La vision des sensations de l'accouchement

Quand nous demandons à Agathe, qui a prévu d'accoucher en maternité, comment elle se représente les sensations de l'accouchement, elle répond : *« J'ai quand même cette idée d'écartèlement, qui est j'imagine très douloureux. Donc non, c'est assez négatif »*.

Fanny a une réponse très complète : *« J'imagine ces contractions qui vont, qui viennent et puis qui sont de plus en plus rapprochées… Et puis après, on sait que le bébé descend un petit peu, peut-être d'un seul coup, après il y a le passage. Ça ne me fait pas peur, du tout. Mais je sais qu'il va falloir passer par toutes ces étapes en tout cas, qui pourront être de plus en plus fortes, plus intenses. Et puis, au bout d'un moment, ça va se terminer (rire). Ça va être certainement très intense mais il y aura une fin mais voilà, ça va se terminer. Au bout d'un moment ça ne fera plus mal »*.

4.3. Les informations sur les sensations du travail et de l'accouchement

Concernant les informations que les femmes interrogées ont pu avoir, Agathe, qui a déjà eu des contractions, nous dit : *« Le seul indice que j'ai eu, c'est que le ventre était dur »* et c'est ainsi qu'elle a pu les reconnaitre. Blandine parle de la régularité des contractions du travail : *« On redit bien, au début c'est toutes les dix minutes puis toutes les cinq minutes »*. Fanny soulève le fait que ce sont des sensations propres à chaque femme et que c'est difficile de les expliquer : *« chaque femme est différente, chaque femme la gère différemment »*.

Quant à Clara, elle n'a pas tellement cherché d'informations à ce propos : *« je me suis plus focalisée sur la manière de les gérer que sur la sensation en elle-même »*.

5. La préparation concrète à vivre un accouchement sans analgésie péridurale

5.1. La recherche d'informations

5.1.1. Les sources d'informations trouvées par les femmes

Parmi les femmes interrogées, quatre nous parlent d'internet comme source d'informations, à l'instar d'Agathe : *« Je vais chercher beaucoup beaucoup sur internet.*

Je sais pas mais je pense que les femmes qui font sans péri, elles cherchent beaucoup ». Clara précise qu'elle fait attention à avoir des informations fiables comme le site de la Haute Autorité de Santé, qui est également cité par Agathe. Parmi les sources d'informations sur internet, nous retrouvons également des vidéos YouTube, des sites québécois, etc… La source d'information commune aux six femmes est la littérature. On retrouve en premier lieu *Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace* de Julie Bonapace qui est cité par quatre femmes et qui leur a été conseillé par les deux sages-femmes qui les suivaient respectivement. Seules les deux femmes en suivi global n'en parlent pas. Emilie nous parle du livre *Se préparer à l'accouchement en pleine conscience* de Nancy Bardacke. Et Fanny nous fait part aussi de ses lectures : *« Sur l'accouchement sans péridurale, un livre qui évoque plusieurs moyens c'est* Accoucher sans péridurale *d'Aurélie Surmely. Il y a pas mal de témoignages. Après un bouquin qui m'a marquée c'est de Michel Odent,* Le bébé est un mammifère *et là qui évoque tout simplement le besoin d'intimité et d'obscurité et je trouvais ça très très chouette de faire un parallèle […]. Et là, le livre que je suis en train de lire c'est* Accoucher par soi-même *de Laura Kaplan Shanley ».*

5.1.2. Les informations que les femmes recherchent

Les femmes interrogées cherchent notamment des témoignages sur l'accouchement sans APD pour voir *« comment peuvent le vivre d'autres femmes qui l'ont fait »* (Fanny). Agathe et Clara ont aussi regardé des documentaires : *« j'en ai vu un autre qui parlait justement de l'accouchement à domicile […]. Se dire qu'il y a plein d'autres femmes qui ont vécu ça, dans plein de contextes différents […]. Moi ça me rassurait de voir d'autres manières naturelles de faire et de voir ce qui est commun à toutes les femmes, peu importe la culture, ça c'est là-dessus que j'ai envie de m'appuyer »* (Agathe).

Clara a également cherché des études sur la péridurale : *« ce que ça engendre d'un point de vue physique d'avoir une péridurale, sur la gestion de l'absence d'hormones ou la diminution de ces sécrétions d'hormones. Et sur l'enchainement que ça peut avoir : d'entrainer des techniques médicales qui n'auraient peut-être pas eu lieu s'il n'y avait pas eu la péridurale ».*

Dans les livres, ce qui est surtout recherché, ce sont finalement des moyens pour composer avec la douleur le jour de l'accouchement.

5.2. Les informations apportées par les sages-femmes lors des séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP)

Toutes les femmes que nous avons interrogées avaient eu des séances de PNP au cours de leur grossesse. Pour trois d'entre elles, les séances étaient individuelles ou en couple, pour les trois autres, c'était des séances collectives avec une ou deux autres femmes. Les femmes rencontrées n'ont pas parlé de l'entretien prénatal précoce* mais nous savons grâce au contact avec leur sage-femme que, pour la plupart, elles ont pu bénéficier de ce temps d'échange individuel au début de leur grossesse. Certaines en étaient au milieu, d'autres à la fin de leur programme de PNP. Pour toutes sauf Blandine, c'étaient des séances avec essentiellement un apport d'informations théoriques et un peu d'exercices pratiques (positions pour le travail et l'accouchement, relaxation, yoga). Blandine, elle, avait eu des séances théoriques au cours de sa première grossesse, et pour cette grossesse-ci elle a fait des séances de chant prénatal et de piscine, ce qu'elle a beaucoup apprécié.

Diane et Emilie nous parlent de leurs séances de préparation avec leur sage-femme de suivi global. Diane nous dit : *« J'ai choisi sept cours, et revenir sur du basique pour voir un petit peu son point de vue… Son expérience à elle ».* Et Emilie nous donne plus de détails sur le contenu de ces séances : *« On a fait le vortex de l'accouchement, […] les positions, […] le troisième trimestre avec tout ce qui était ocytocine et comment favoriser que le col se ramollisse… […]. Et après c'était la douleur aussi […]. Et il doit me rester la visualisation* ».*

Agathe et Clara soulèvent le fait qu'elles auraient aimé plus de pratiques car elles avaient déjà beaucoup d'informations par elles-mêmes : *« Et j'ai l'impression que j'aurais besoin d'un niveau de plus quoi. Du coup c'est à moi de chercher […]. Pareil le ballon, je m'en suis acheté un aussi quoi parce que ça suffit pas une fois par semaine »* (Agathe) ; *« Ma sage-femme tenait vraiment à ce qu'il y ait une dimension d'informations. Mais on aurait fait des exercices, du yoga ça me serait très bien convenu […]. Et du coup on s'est adapté, on a fait un peu un mixte des deux »* (Clara).

5.3. La réflexion sur le lieu d'accouchement et de suivi de grossesse : part intégrante du projet

La plupart des femmes interrogées dans notre étude ont entrepris une démarche de recherche par rapport à l'offre de soins autour d'elles. C'est le cas d'Agathe, Fanny et

Clara qui ont finalement opté pour un accouchement dans la maternité la plus proche. Fanny nous raconte : *« ça a été une grosse démarche bien évidemment »*. Elle s'est d'abord renseignée sur l'accouchement à domicile : *« Si je faisais ça chez moi : ça serait génial ! Je serais vachement mieux ! Donc je me suis renseignée là-dessus, j'ai vu que ce n'était pas possible… »*. Puis, elle s'est aussi documentée sur l'accouchement en plateau technique* : *« avec ma propre sage-femme qui m'aurait suivi tout du long. Je trouvais ça intéressant mais c'était assez loin, donc les kilomètres m'embêtaient un petit peu »*. Puis elle s'est questionnée par rapport aux différentes maternités autour d'elle. Elle a finalement choisi d'accoucher dans la même maternité que pour son premier enfant (Maternité de type III de la région Auvergne-Rhône-Alpes) : *« c'est quand même la maternité la plus proche. […] C'est niveau pratique »*.

A l'inverse, les deux femmes suivies en plateau technique* ne connaissaient pas cette possibilité avant leur grossesse. Diane a rencontré sa sage-femme suite à des conseils d'amies mais ne savait pas qu'elle faisait du suivi global avant : *« c'était du bouche-à-oreille, on m'avait dit qu'elle était très bien, très à l'écoute, qu'elle n'imposait pas forcément ces choix. Donc je suis arrivée comme ça »*. Quant à Emilie, c'est au début de sa grossesse que la sage-femme qui la suivait alors a évoqué la possibilité d'avoir un suivi global avec un accouchement en plateau technique* avec une autre sage-femme.

Blandine non plus n'a pas fait d'importantes démarches de recherche sur les lieux d'accouchements possibles.

En plus de la recherche du lieu d'accouchement, trois femmes se sont renseignées sur l'offre de soins dans la maternité choisie : *« Il y a une baignoire, ça j'ai posé la question » (*Blandine). Agathe a été rassurée par la sage-femme coordinatrice du service qu'elle a eu au téléphone. Celle-ci lui a apporté des informations quant à l'offre de la maternité qui propose une solution aux femmes ne souhaitant pas l'APD ou le plus tard possible : *« Le fait qu'il y a une salle nature […], avec une baignoire. Donc les choses m'ont paru plutôt favorables. Et puis le fait de parler à la sage-femme en chef, elle avait l'air ouverte aussi donc je me suis dit : "c'est possible !" »*. Clara a pu visiter la maternité, en présence des sages-femmes *: « La salle physio était libre. Elles m'ont dit qu'elle était très peu utilisée…».*

Ainsi, hormis les deux suivies en plateau technique*, toutes les femmes rencontrées se sont renseignées sur ce qui était possible pour leur accouchement, et envisagent un accouchement à [nom de la maternité de type III de la région Auvergne-Rhône-Alpes].

5.4. Le projet de naissance*

Parmi les quatre femmes pour qui l'accouchement est prévu à [nom de la maternité de type III de la région Auvergne-Rhône-Alpes], trois ont rédigé un projet de naissance* au cours de leur grossesse. Ce sont elles qui ont pris l'initiative d'en écrire un, mais des discussions et des échanges constructifs avec leur sage-femme ont néanmoins eu lieu. Elles confient que leur projet ne rentre pas dans les détails : *«parce qu'on ne sait pas comment ça peut se passer »* (Clara) ; *« Dire mes grandes lignes et puis on verra après »* (Fanny). Blandine, quant à elle, n'a pas rédigé en tant que tel un projet de naissance* mais son discours est sans équivoque : *« Je signalerai à mon arrivée : sans péridurale, la baignoire si elle est dispo, et côté gauche ! ».*

Seules les deux femmes en suivi global ne parlent pas du tout de la rédaction d'un projet de naissance* pour leur accouchement. Pour comprendre, nous avons pu interroger à ce propos la sage-femme qui les suit : *« Oui, on en parle ensemble, je leur demande avant, surtout quand je fais la visite prénatale à 37 semaines d'aménorrhée, si je dois toucher le périnée pendant l'expulsion, si elles veulent l'attraper ou si c'est le père, ce qu'il veut voir etc... Elles disent ce qu'elles veulent et attendent de moi à ce moment... mais elles n'écrivent pas […]. Moi je les connais par cœur quand on arrive à la naissance, je sais ce qu'elles veulent, et si je ne sais pas je demande au moment où on y est : « Est-ce que tu veux attraper ton placenta ou veux-tu que je le fasse ? » par exemple... J'ai abordé tout ça en prépa normalement, donc elles ont déjà une idée... ».*

5.5. Ce que ces femmes font par elles-mêmes au cours de leur grossesse pour se préparer à l'accouchement sans APD

Parmi les femmes interrogées, certaines racontent qu'elles font, seules, des exercices au cours de leur grossesse pour se préparer à leur accouchement, à l'instar d'Agathe qui évoque la méditation : « *mais je sais que je vais devoir continuer à travailler un peu ça […]. J'ai essayé un peu l'hypnose aussi […]. J'ai essayé vite fait les massages du périnée, je vais peut-être réessayer, mais c'est pas super agréable […]. Je suis restée deux mois à Montréal cet été et deux fois par semaine j'allais faire du yoga ».* Agathe s'organise de vraies séances d'entrainement pour être prête à vivre un accouchement sans APD : *« C'est comme une boite à outils et j'utiliserai ce que j'ai besoin à ce moment-là. Je pense que tout ça, c'est juste pour m'amener à me conditionner, à prendre la voie du naturel quoi. C'est-à-dire que si je faisais rien, je serais moins confiante au moment J. »*

Pour se préparer à vivre un travail sans analgésie, Clara a trouvé des ressources intéressantes dans le livre de Julie Bonapace, *Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace*. En effet, par cette lecture, elle a pu découvrir des exercices de respiration ainsi qu'une séance de yoga qu'elle *« essaye de faire assez régulièrement »*. Emilie a elle aussi bénéficié des outils d'un livre, à savoir *Se préparer à la naissance en pleine conscience* de Nancy Bardacke. Ce livre contient un CD avec des séances de méditation qu'elle a pu mettre à profit. Elle parle aussi d'un extrait qui l'intéresse : *« il y a un passage qu'il va falloir que je teste, c'est prendre un glaçon dans les mains et le garder une minute, comme le temps de la contraction et de laisser 5 minutes et de le reprendre. Et de voir vraiment comment je fais avec cette douleur pour m'entrainer à l'accepter. Déjà, mon cerveau, il va savoir faire de manière un peu plus automatique : quand je ressens quelque chose de désagréable, comment je peux faire pour le vivre assez correctement »*.

5.6. L'implication des compagnons dans la préparation de l'accouchement sans APD

Toutes les femmes interrogées nous disent que leur compagnon a assisté à au moins une séance de PNP : *« Pour se remettre un petit peu dedans, pour poser les questions qu'il a à poser »* nous confie Fanny. Emilie raconte : *« il a pu venir à celui sur les positions, je l'ai ré-embauché après »*. Le compagnon de Blandine a assisté à une séance de PNP au cours de laquelle il était vraiment impliqué : *« Il m'a prise en photo pour la posture au cas où le jour J on ne sache plus comment il faut se mettre… Il a pris des notes avec des conseils de la sage-femme »*.

Globalement les femmes confient que leur compagnon est *« au taquet et très investi ! »* (Clara).

Parmi les six femmes, trois affirment que c'est surtout elles qui transmettent les informations à leur conjoint, à l'instar de Diane : *« il a pas forcément participé, mais on se fait confiance, je lui explique ce qui s'est dit, ce qu'il se passe »*.

6. La vision de l'accouchement sans APD par les femmes interrogées

6.1. Les moyens envisagés pour gérer la douleur

Pour composer avec les contractions, toutes ont déjà des idées en tête. Tout d'abord, on retrouve la mobilité pendant le travail qui est citée par les six femmes. Blandine nous parle en effet de *« commencer par marcher comme j'avais fait pour le premier, s'appuyer contre un mur. Se servir aussi des ballons, j'avais bien aimé le ballon.*

[…] Et puis je pensais au truc pour se suspendre, ça j'ai jamais essayé ». L'idée de faire des positions différentes revient aussi dans les discours de Fanny et Emilie, à la fois pour se soulager mais aussi pour aider l'avancée du travail. *« Me mettre debout, marcher, me mettre dans telle position pour essayer de laisser descendre le bébé »* (Emilie).

Blandine s'exclame : *« Et puis la baignoire, quoi ! L'eau, l'eau, parce que moi il n'y a que ça qui me soulage… Moi j'ai vraiment un très bon souvenir avec l'eau ! ».*

Clara et Emilie nous parlent du massage, mais aussi de l'acupression consistant en un massage profond de points d'acupuncture spécifiques pour soulager la douleur.

La respiration est citée par quatre femmes comme une aide pour le travail sans analgésie, notamment par Fanny : *« là par exemple, j'en ai un petit peu quelques contractions, et dès que je me mets à bien respirer je sens que ça s'apaise ».* Selon Blandine *: « on sent que, si on essaye de bien respirer […], on arrive à la faire passer et à être soulagée ».* La respiration peut également aider à se dissocier de la douleur. *« Se focaliser déjà sur la respiration. Essayer de rester un maximum dans sa bulle »* confie Clara, tout en étant inquiète par rapport à l'environnement hospitalier. Elle a néanmoins trouvé des solutions : *« Comment rester dans sa bulle quand vous savez que quelqu'un va venir vous examiner très régulièrement, qu'on va vous poser un monitoring ? […]. Là, en visitant, on s'est quand même un peu rassurés là-dessus, parce qu'on nous a dit "il y a moyen de moduler la lumière, vous pouvez écouter de la musique…" ».*

Et puis Clara, Diane et Fanny envisagent de rester le plus possible chez elles avant de se rendre à la maternité : *« le fait de rester dans son environnement, je pense que c'est quand même quelque chose de positif »* confie Diane qui pense que le fait d'arriver le plus tard possible à la maternité limite la possibilité d'avoir recours à la péridurale.

Pour se créer une bulle, le chant peut également être une aide comme nous le dit Blandine : *« Et puis j'essayerai de faire un peu des vocalises […], de faire un peu du grave pour l'utérus ».*

Agathe et Fanny nous parlent du travail qu'elles font sur la douleur : *« cette douleur elle se travaille, elle est très mentale »* dit Fanny, en ajoutant : *« il y a quelque chose à la clef ».* Agathe explique : *« J'essaye de vraiment transformer ça en intensité plutôt qu'en douleur […]. Ce qui m'aide c'est de m'imaginer droguée […], comme si je sortais un peu de mon corps et donc de ne plus penser et donc de ne plus associer ça à la douleur ou à quoi que ce soit, juste de plonger dans mon corps. La méditation c'est beaucoup ça, se concentrer sur les sensations physiques seulement et d'arrêter avant de les évaluer, avant de les juger ».* Aussi y a-t-il beaucoup d'approches cognitives citées

par ces femmes : la relaxation, la méditation, l'hypnose. Blandine, qui a déjà accouché une fois sans APD, nous parle d'une image qui l'aide *: « J'imaginais monter un col super dur, et je me disais "là, ta douleur elle est crescendo parce que tu en as plein les pattes et puis tu es à deux mille mètres, tu es presque arrivée !". Et c'est vrai que lorsque le bébé est arrivé […], je me suis dit : "ça y est, tu es en haut, tu as un super beau point de vue ! C'est fini !" ».* Emilie la rejoint dans ses propos : *« J'ai envie d'essayer pour voir ce que ça donne le jour J : des images du bassin qui s'ouvre, du bébé qui descend […]. Et après je pense aussi, essayer de se visualiser sur des images positives, sourire intérieur […], me connecter à mon bébé et lui parler ».* Et elle ajoute *« Je verrai ce qui fonctionne le mieux ce jour-là, à certain moment peut-être que ce sera un truc, un autre ».*

6.2. Projection de la place de l'accompagnant dans l'accouchement à venir

Tous les compagnons des femmes interrogées seront présents le jour de l'accouchement. Deux femmes nous parlent de l'aide au soulagement de la douleur que le conjoint pourra apporter. Trois femmes envisagent sa présence comme un soutien, deux ne savent pas forcément comment il sera au moment de l'accouchement, et une compte moins sur l'aide de son compagnon que les autres femmes.

Tout d'abord leur présence pourra prendre la forme d'une aide pour soulager la douleur. Clara raconte : *« On a l'huile de massage si jamais monsieur a envie de s'essayer à soulager la douleur de cette manière-là. Et puis, un accompagnement dans les positions. […] On a vu les points d'acupression aussi ».*

Clara, Blandine et Agathe voient dans la présence de leur compagnon un véritable soutien. Clara nous dit : *« Me dire de pas lâcher, me dire qu'il est là, qu'il me soutient, qu'il est à fond, que je vais y arriver ».* Blandine nous confie : *« La sage-femme lui a dit : "Vous serez vraiment le joker de votre femme. Donc si vous sentez qu'elle flanche, faut bien lui dire que des arguments positifs : "tu as déjà accouché sans péri, c'est toi la plus forte ça va le faire !". Et oui voilà, c'est ça que j'ai besoin d'entendre ! ».*

Clara et Blandine comptent aussi sur le soutien de leur compagnon pour préserver leur bulle en salle de naissance : *« Je sais qu'il a la totale liberté pour répondre à ma place »* (Clara). Blandine appréciera l'accompagnement de son conjoint pendant le travail : *« Si en plus on a un bon soutien du papa qui n'est pas passif, qui est vraiment présent. […] Sentir qu'il y a quelqu'un qui va nous raccrocher à cette bulle ».*

Fanny et Emilie nous racontent qu'elles ne savent pas forcément quelle place va prendre leur compagnon : *« Est-ce qu'il va aimer avoir un rôle un peu actif ou pas, ou*

est-ce qu'il va se sentir un peu démuni, pas à sa place ? Je sais pas » s'interroge Emilie. *« Il a envie de m'aider mais, quelque part, il ne sait peut-être pas trop comment »*(Fanny).

Seule Diane ne voit pas la présence de son compagnon comme un soutien : *« Je suis quand même quelqu'un d'assez indépendant, donc de toute façon il sera là, mais ce n'est pas lui à ce moment-là qui va décider des choses. Donc ça peut être un peu frustrant pour lui... ».*

7. Les sages-femmes dans ce projet d'accouchement sans APD

7.1. Les informations apportées par les sages-femmes

Dans le discours des femmes que nous avons interrogées nous retrouvons parfois des remarques par rapport au manque d'informations de la part des sages-femmes.

Diane qui vit sa troisième grossesse était très intéressée par les cours de PNP de la sage-femme qui l'accompagne en suivi global. Elle nous dit : *« J'ai écouté, vu et appris plein de choses, j'avais jamais eu ces informations-là ».* Lorsque nous lui demandons si elle aurait aimé avoir ces informations pour ces grossesses précédentes, elle s'exclame : *« Complétement ! ».* A la fin de l'entretien, nous lui demandons si elle veut rajouter quelque chose, elle nous répond alors : *« Si on n'a pas rencontré une sage-femme qui est capable de nous l'expliquer et de nous le dire, on ne sait même pas que ça existe l'accouchement sans péri ! […]. Je savais même pas que l'on pouvait avoir son projet !».*

Agathe nous dit que ce n'est pas de la part des professionnels de santé qu'elle a eu des informations. A propos de la PNP, elle reconnaît : *« La préparation ça confirme, ça me rassure mais j'apprends plus rien là, quoi. J'ai déjà tout appris ! ».* En effet elle a beaucoup cherché sur internet. Emilie nous dit aussi : *« Pour l'instant dans ce qu'on a vu, moi j'aurais aimé avoir plus d'infos que ça. »* Ces deux femmes nous confient aussi qu'elles auraient aimé être plus préparées et avoir plus de techniques pour gérer la douleur : *« J'ai l'impression que j'aurais besoin d'un niveau de plus »* (Agathe) ; *« Moi j'aurais bien aimé avoir une espèce de coaching mental ou physique. Que je m'entraine à ressentir la douleur et à voir comment je peux la gérer. Là pour l'instant, on a eu une séance où on l'a un peu abordé mais ça me parait peu par rapport à toutes ces heures où il va falloir que je gère (rire) ! »* (Emilie). Concernant Emilie, il lui reste une séance de PNP sur la visualisation*, ce qui pourra lui apporter des clefs pour gérer la douleur. Agathe était elle aussi sur la fin de la PNP mais il lui reste encore quelques séances de préparation classique.

7.2. Un choix pas toujours évident face au personnel hospitalier

Les femmes rencontrées expriment que ce n'est pas toujours facile de faire ce choix et de l'affirmer.

Clara se posait des questions par rapport au projet de naissance* *: « C'est ma sage-femme qui m'en a reparlé et qui m'a dit que pour elle c'était important de le faire, mais que par contre il fallait mettre les formes et être vigilant pour pas que ce soit mal perçu ».* Agathe aussi s'inquiète de savoir comment son projet va être perçu : *« C'est ça que je trouve le plus difficile, c'est de devoir prendre des pincettes pour ne pas me mettre l'équipe à dos ».* Elle nous dit un peu plus tard : *« Moi-même j'ai lu et je m'informe, donc les sages-femmes vont se retrouver avec une patiente qui a quand même certaines informations techniques […]. Et j'aimerais bien qu'on m'encourage là-dedans mais je me dis que je veux pas avoir l'air d'en savoir plus que celles (et c'est pas le cas !) dont c'est le métier ».*

Agathe nous parle aussi de son rendez-vous avec l'anesthésiste, en commençant par dire : *« On m'avait prévenue, on m'avait dit de pas le dire que je ne voulais pas de péri ! ».* Puis elle raconte : *« la feuille là qu'ils nous donnent, c'est juste une vente de la péri, quoi ! […]. Et j'entendais l'anesthésiste avant que j'aille la voir qui disait à une collègue :"Oh bah si elles veulent sans péri, euh... Mais on essaye quand même de leur dire que ça a sauvé plein de femmes !" Mais […] je vois pas le lien avec la mort d'une femme pendant son accouchement, quoi ! ».*

Agathe, Diane et Fanny nous parlent aussi de la peur du manque de soutien de ce projet de la part de l'équipe en salle de naissance. Agathe nous dit : *« Je sais pas si les sages-femmes ne vont pas me laisser tomber ».* Fanny en parlant de son premier accouchement, où toutes les heures, on lui demandait si elle ne souhaitait pas la péridurale nous confie : *« au début, je remettais souvent en cause le fait que ce soit à cause de l'équipe que j'avais eue, qui ne me convenait pas finalement. Ou alors ils n'avaient pas été assez à mon écoute, j'en sais rien ».* Et à la fin de l'entretien elle nous parle d'une nécessité de *« s'affirmer »* face au personnel hospitalier pour cet accouchement à venir : *« Tenir face à des médecins qui peuvent me dire : "oh bah là, il faudrait peut-être la péridurale" et j'ai envie de leur dire "Bah non ! Peut-être que moi je ne la veux pas !" au lieu de me laisser un petit peu faire ».* Diane parle d'expérience de personnes autour d'elle : *« J'ai eu le cas de beaucoup d'amies où malheureusement ouais, elles ont pas été accompagnées pour accoucher sans péri… ».* Son accouchement est

prévu au sein d'un plateau technique* avec la sage-femme qui l'a accompagnée pendant sa grossesse : *« C'est pour ça que je dis à ma sage-femme : "c'est bien beau mais, dans la pratique, il faut que tu sois là, parce que sinon… ça se passera pas comme ça !". Si elle est pas là, ça sera les pieds dans l'étrier de toute façon quoi… ça remettra beaucoup de choses en question ! ».* Et lorsque nous l'interrogeons sur ce que ça signifie pour elle, elle développe *: « C'est une première étape. C'est une première constatation... J'ai une amie qui a fait une prépa plutôt longue et qui voulait accoucher sur le côté, et finalement elle a eu les pieds dans les étriers et ça s'est super mal passé, des points en veux-tu, en voilà, horrible ! Horrible ! Donc non, c'est pas forcément les pieds dans l'étrier qui change tout mais c'est pour expliquer en gros que l'on a pas le choix ce jour-là quoi ! ».* Et Diane conclut : *« Et aussi, ce qui est important, c'est de remettre la place de la sage-femme en avant dans l'accouchement. Elle a un réel rôle à jouer. Un rôle d'accompagnement ».*

7.3. Attentes vis-à-vis de l'équipe en salle de naissance pour l'accouchement

Lorsque nous avons demandé aux femmes ce qu'elles attendaient du personnel de santé au moment de leur accouchement, nous avons eu quatre grandes attentes. Tout d'abord elles aimeraient du respect vis-à-vis de leur projet ; ensuite elles aimeraient être conseillées dans ce projet ; mais elles aimeraient aussi qu'on respecte leur bulle et qu'on ne soit pas forcément toujours avec elle ; et enfin elles attendent aussi que l'équipe médicale soit à même de réagir si une complication devait survenir.

Ce besoin de respect vis-à-vis de leur projet est énoncé par les quatre femmes qui vont accoucher en maternité. Fanny est celle qui exprime le plus l'envie d'écoute : *« Au vu de ma première expérience, j'attends juste plus d'écoute […]. Qu'on me laisse un petit peu choisir. En tout cas, qu'on me consulte en fait. »* Clara exprime cela de cette manière : *« Je voudrais qu'il y ait un dialogue quand même ».* Blandine n'exprime pas réellement d'attente pour cet accouchement mais elle parle de l'histoire de son premier accouchement : *« Par contre le gynéco quand il est venu avec la ventouse, […] il m'a pas dit : "on va profiter de votre prochaine contraction". J'ai trouvé ça dommage. Il a mis ses gants, il a pas cherché à comprendre, il a mis la ventouse. […] J'ai eu l'impression de perdre le contrôle… la dernière étape, qu'il voulait pas la faire avec moi. […] Et là je lui en ai voulu ».*

Quatre femmes soulèvent le besoin d'être conseillées. Parmi elles, Agathe nous parle de son attente de conseils pratiques : *« des positions, des exercices, qu'on dise à*

mon copain où peut-être appuyer pour soulager ». Elle espère aussi une aide de la sage-femme vis-à-vis de ce qu'elle va ressentir : *« face à ma douleur ou face à mon envie de pousser j'ai l'impression qu'elle peut aider à guider mais voilà c'est quand même comment moi je le sens et après elle va me dire "ah voilà si toi tu sens ça, c'est bien de faire ça" ou "ça veut dire ça", c'est comme la traduction finalement ».* Emilie exprime aussi cette idée : *« Moi je la vois vraiment comme un coach, comme une conseillère qui est plus à même de repérer que moi "Tiens, là ça fait un moment que le bébé n'a pas progressé, c'est peut-être bien de changer de position ?". Après je sais pas, je n'ai jamais accouché, peut-être qu'on a des intuitions. Après, elle, c'est son métier ».* Fanny fait part des attentes qu'elle a concernant les sages-femmes qui seront de garde le jour de son accouchement : *« répondre à mes besoins au moment venu : […] un ballon, des serviettes chaudes. Qu'elles m'aident à trouver les bonnes positions aussi peut-être, parce que je me dis que c'est naturel et que j'arriverai à les trouver mais peut-être pas ».* Diane demande aussi une présence de la part de la sage-femme : *« qu'elle s'adapte […], qu'elle soit là pour me remobiliser et me remettre dans le bon axe. Et vraiment au moment de l'accouchement, qu'elle soit là, bien sûr à me conseiller, à me dire ce qui peut me soulager ! ».* Il y a donc l'envie d'une aide pratique mais aussi de paroles encourageantes, comme le dit Agathe : *« juste une sage-femme qui murmure doucement "imaginez, c'est l'enfant, aidez-le à sortir", ça, ça serait juste génial ! ».*

Diane exprime aussi l'envie que la sage-femme qui la suit pendant le travail ne soit pas toujours présente : *« Après qu'elle soit pas forcément sur moi ».* Elle est rejointe dans cette demande par Agathe et Clara : *« S'il y a pas d'autres choses à conseiller juste nous laisser dans notre bulle et de venir déranger le moins possible… »* (Agathe).

Enfin la dernière attente exprimée c'est qu'il y ait une réponse en cas de complications. Clara nous le dit ainsi : *« J'ai totalement confiance dans le personnel médical pour évaluer s'il y a un danger et pour réagir ».* Agathe l'exprime aussi : *« Je demande juste d'être là au cas où il y aurait un problème ».*

Clara résume assez bien toutes ces attentes dans cette phrase *: « Je voudrais qu'il y ait un dialogue quand même. Autant je vais avoir besoin de rester dans ma bulle, autant tant qu'il n'y a pas d'urgence médicale, j'aimerais que les décisions soient prises de manière concertée. Il y a une urgence, il y a une urgence, la question se pose même pas. Mais dans la mesure du possible… C'est ce qu'on a écrit dans le projet : Tout ne sera pas réalisé tel qu'on l'envisage, il y aura des aléas, des choses comme ça. Ça, c'est pas un souci. On est parfaitement conscient que ça ne se planifie pas, ça ne se contrôle pas.*

Mais qu'il y ait de la bienveillance vis-à-vis de notre projet et de notre volonté. » Et elle répète *« de la bienveillance ».*

8. Ressenti vis-à-vis de cet accouchement à venir

Lorsque nous demandons aux femmes comment elles se sentent à l'approche de cet accouchement, le ressenti est plutôt ambivalent mais la part d'envie et de confiance domine.

Seule Agathe qui accouchera hors plateau technique* exprime plus de réserves : *« Bah, pas prête… […] J'ai envie de pouvoir travailler un peu plus pour le moment, parce qu'à chaque fois, j'entends des femmes qui ne savent plus respirer. Quand finalement c'est le travail, elles ont tout oublié… ».*

Emilie se repose sur la présence de la sage-femme qui sera avec elle dans le cadre du plateau technique* : *« Il y un peu de tout, il y a un peu d'anxiété mais il y a un peu d'assurance. Parce que je me dis il y aura quelqu'un avec moi qui est compétent et qui va bien m'entourer, me coacher. Et en même temps je me dis "mais je serai jamais capable de le faire !" ».*

Diane s'exclame : *« Bah plutôt bien ! Plutôt confiante ! Plutôt envie ! ».* Blandine nous confie : *« Je me dis : prend comme ça vient, on verra. Il n'y a pas de raison ».* Clara se sent *« globalement sereine ».* Fanny s'exprime avec joie : *« Très bien ! J'ai hâte ! […]. Et puis j'ai hâte de le vivre en fait. Vraiment hâte de voir comment ça peut se passer ! ».*

9. Ces femmes, comment ont-elles accouché ?

Bien que cela ne rentrait pas dans les objectifs de notre mémoire, nous avons pu avoir des informations sur l'issue de l'accouchement de trois femmes que nous avions interrogées. Cela nous semblait intéressant de partager ces données.

9.1. Diane

La sage-femme qui la suivait nous a donné des nouvelles de son accouchement. Diane accouché accompagnée de sa sage-femme au sein d'un plateau technique*. Elle a finalement opté pour une APD suite à un travail long. L'analgésie péridurale lui a toutefois permis de pouvoir bouger et tout ressentir ainsi qu'elle le désirait.

9.2. Emilie

Grâce au contact avec la sage-femme qui la suivait nous avons pu apprendre qu'Emilie a finalement accouché en plateau technique* suite à un travail très rapide et

violent au cours duquel elle a demandé la péridurale en criant. L'anesthésiste n'étant pas disponible elle a bel et bien accouché sans APD. Mais encore deux mois après, elle reste choquée de cet accouchement

9.3. Blandine

Blandine tenait à donner des nouvelles suite à son accouchement pour que nous puissions avoir un retour *a posteriori*. Aussi lorsqu'elle a accouché quelques jours plus tard a-t-elle envoyé un message disant qu'elle était à la maternité et nous proposait de venir la voir. Nous avons donc pu la rencontrer lors de son séjour. Elle a accouché sans analgésie péridurale d'un petit garçon. L'accouchement a été très rapide. Elle a très bien géré les contractions. Elle nous raconte qu'elle est arrivée souriante à la maternité, son col était alors ouvert à neuf centimètres, et elle a donné naissance à son bébé dans l'heure suivante. Pour gérer les contractions elle s'est servie des points d'acupression dans le dos et sur la main, ainsi que la respiration et ce qu'elle avait appris en séances de chant prénatal en faisant des sons graves. Son mari était présent et lui a servi de repère. Il avait pour mission de lui parler de leur dernière randonnée mais n'en a même pas eu besoin. Blandine conseille aux autres femmes qui veulent vivre un accouchement sans APD de faire des séances de PNP *« parce que le jour de l'accouchement on est vite submergée. C'est important d'avoir répété »*. Elle pense aussi que c'est important de ne pas avoir peur de la douleur : *« il faut se dire que ce n'est pas si long et que ça vaut le coup, qu'elle est utile cette douleur »*. La discussion étant libre durant notre rencontre, nous en sommes arrivées à parler de tout autre chose, en particulier de jardinage et de permaculture. Blandine a même fait une comparaison entre son accouchement et l'agriculture : *« la nature est bien faite, il faut qu'on arrête de vouloir tout dominer mais qu'on cherche à écouter la nature ! »*.

DISCUSSION

1. Atteinte des objectifs

Pour cette étude, six entretiens semi-directifs ont été réalisés afin d'explorer le choix d'un accouchement sans analgésie péridurale (APD). La durée minimale de 20 minutes par entretien a été respectée sans aucun problème.

Grâce à cette étude nous avons pu nous rendre compte que les motivations des femmes à vivre un accouchement sans APD sont plurielles. Les femmes interrogées perçoivent le travail obstétrical comme douloureux mais se préparent à le vivre comme tel. Au cours de leur grossesse, elles ont mené des recherches et ont pu réfléchir à des moyens pour gérer la douleur. Leur attente principale vis-à-vis de l'équipe en salle de naissance est du respect pour de leur projet. Cette discussion va permettre d'analyser nos résultats et de mettre en regard les données recueillies lors de notre étude avec la littérature sur le sujet.

2. Forces et faiblesse de l'étude

2.1. Les forces

Nous avons fait le choix de réaliser une étude qualitative pour explorer ce sujet. Cela nous a permis de comprendre de manière globale la réflexion, les opinions et l'histoire personnelle des femmes rencontrées. Les entretiens semi-dirigés ont été propices à l'expression en détail ce qui gravite autour du choix d'un accouchement sans APD. La mise en place des entretiens a permis aux femmes de s'exprimer librement. En effet, le temps était non limité et la grille d'entretien (Annexe I) n'a été utilisée que pour guider les participantes et avoir une ligne directive lors des interviews. En pratique, les questions étaient ouvertes pour laisser la parole libre et souvent nous rebondissions sur les propos énoncés afin d'avoir l'information la plus exhaustive et authentique possible.

La réalisation de cinq entretiens sur six en face à face fut également une expérience extrêmement riche. La difficulté à ce niveau fut d'être disponible aux horaires où les femmes recrutées avaient un rendez-vous de prévu au cabinet de leur sage-femme libérale. Par rapport à l'entretien qui s'est fait par téléphone, il est évident que les autres, en face à face, ont permis d'explorer et de profiter de la communication non-verbale. Ce fut donc une richesse pour l'étude.

Une autre force de l'étude repose sur le fait que nous avons interrogé les femmes sur leur projet et le vécu de celui-ci au moment même où elles le vivaient. Ainsi le biais de mémorisation a pu être écarté. Aussi le fait d'interroger les femmes au cours de leur grossesse et avant leur accouchement, par une approche qualitative, est-il assez inédit. En

effet la plupart des études portant sur le choix de l'accouchement sans APD et la gestion de la douleur au cours du travail obstétrical se sont déroulées après l'accouchement.

Le recrutement des femmes s'est fait dans deux cabinets de la région Auvergne-Rhône-Alpes, dont un qui dispose de deux sages-femmes faisant du suivi de grossesse pour un accouchement prévu en maternité. Dans l'autre cabinet, les deux sages-femmes font de l'accompagnement global* comprenant, entre autres, le suivi de la grossesse, la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) et l'accompagnement des femmes pour leur accouchement grâce à la mise à disposition du plateau technique* d'une maternité. Cela a permis une diversité dans les projets des femmes et de confronter les informations apportées par différentes sages-femmes.

2.2. Les limites

La première limite de l'étude fut la courte période de recrutement et de réalisation des entretiens, ne permettant pas d'inclure plus de femmes dans l'étude afin de terminer cette recherche dans les temps. Il aurait été intéressant de pouvoir étendre l'étude à d'autres suivis de grossesse, en particulier d'inclure des femmes choisissant d'accoucher en maison de naissance* ou à domicile. De plus, le nombre d'entretiens ne permet pas d'atteindre le principe de saturation des données pour l'ensemble des thèmes étudiés. En revanche, nous ne pensions pas que les femmes seraient aussi loquaces et que le recueil des données serait en conséquence aussi important.

Cela aurait été également intéressant de réaliser les entretiens à l'issue des séances de PNP des femmes, afin qu'elles aient eu à ce moment-là toutes les informations par la sage-femme qui les suivait. Mais cela n'a pas été possible en pratique du fait de l'organisation contraignante des entretiens en face-à- face.

Ayant gardé contact avec la sage-femme libérale qui suivait Emilie et Diane, nous avons pu connaitre l'issue de leur accouchement. Nous avions alors envisagé de demander l'accès aux dossiers ICOS des autres femmes interrogées, pour savoir si leur projet d'accouchement sans APD s'était concrétisé. Cela n'a pas pu se faire en raison du confinement lié au COVID-19. Avec le recul, nous pensons qu'il aurait été extrêmement riche de pouvoir réaliser un second entretien avec ces six femmes en post-partum pour pouvoir connaître leur vécu et leur ressenti vis-à-vis de cet accouchement.

Enfin nous ne pouvons pas exclure de cette étude le biais d'interprétation. En effet il y a une part de subjectivité qui peut être présente tant lors de la réalisation des entretiens qu'au moment de l'analyse de ceux-ci.

3. Discussion des résultats de l'étude

3.1. Discussion des données générales

Les conditions souhaitées pour la réalisation des entretiens ont été respectées pour cinq d'entre eux. Seul un n'a pu être réalisé en face-à-face. Pour tous, la confidentialité a été préservée. Les conditions de recueil des données ont été satisfaisantes.

3.2. Discussion des caractéristiques socio-démographiques et des antécédents obstétricaux

Un certain profil se dégage des caractéristiques des femmes interrogées. Elles sont dans une fourchette d'âge étroite, la plus jeune ayant 27 ans et la plus âgée 36 ans. Nous notons que les catégories « Professions intermédiaires » et « Cadres et professions intellectuelles supérieures » englobent la quasi-totalité des femmes interrogées. La plupart des femmes rencontrées travaillaient plus précisément dans le domaine médico-social. Toutes étaient en couple. Anne Giraud, sage-femme, a publié un article portant sur *« Les profils, attentes et motivations des femmes pour un accouchement naturel ».* Nous retrouvons exactement le même profil parmi les femmes interrogées au sein de son étude, à savoir « *des femmes proches de la trentaine, vivant en couple, exerçant une profession de niveau intermédiaire, majoritairement dans le domaine médico-social* » (34).

Ont été incluses dans notre étude trois multipares et trois primipares. Cette répartition équitable de la parité parmi les femmes rencontrées est due au hasard. Cela n'est pas représentatif de ce que l'on retrouve dans la littérature puisqu'une étude réalisée par le Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance (CIANE) retrouve une majorité de multipares parmi les femmes ne souhaitant pas avoir d'APD (35). Concernant les multipares de notre étude, Diane n'avait pas eu le projet d'accoucher sans APD avant cette grossesse. En revanche, Blandine et Fanny avaient déjà eu ce souhait pour leur précédente grossesse. Seule Blandine avait finalement pu vivre son projet de naissance* sans APD. Nous avons donc une grande diversité de profils au niveau des antécédents obstétricaux des multipares.

3.3. Discussion des résultats

3.3.1. Le processus du choix de l'accouchement sans analgésie péridurale

Lorsque l'on interroge les femmes sur ce qui les a influencées dans ce choix, seules Blandine et Agathe s'appuient sur l'exemple d'amies qui ont vécu délibérément un

accouchement sans APD. La plupart nous disent qu'autour d'elles, les femmes accouchent plutôt avec APD. Cela rejoint les chiffres de l'enquête nationale périnatale de 2016 où l'on retrouvait 73% d'accouchement avec APD (5). Concernant les 27% sans APD, on devine que certaines femmes ont volontairement accouché sans APD, tandis que pour d'autres l'APD n'a pas pu être mise en place en raison par exemple d'une contre-indication, d'un travail rapide ou bien de l'indisponibilité de l'anesthésiste. Au total en 2016, 85.4% des femmes souhaitaient une analgésie péridurale d'après l'enquête nationale périnatale (5). L'accouchement sans analgésie est à contre-courant de la norme actuelle. Pour corroborer nos propos, nous pouvons noter que toutes les femmes interrogées dans notre étude ont formulé ce projet bien avant leur accouchement. C'est donc un choix qui est mûrement réfléchi pour ces femmes, en témoignent leurs lectures très ciblées sur le sujet et la terminologie médicale de certains de leurs propos.

Pour pallier le manque de modèle contemporain connu (sœur, cousine, amie…) d'accouchement sans APD, les femmes cherchent des récits qui vont dans ce sens. Agathe et Fanny nous parlent de l'accouchement sans APD de leur maman. Il y a également une recherche de témoignages vidéo de femmes vivant un tel projet. Cela permet de conforter leur choix et leur capacité à accoucher sans APD. En effet aujourd'hui, il est très facile de trouver des témoignages d'accouchements moins médicalisés. On en retrouve sur YouTube ou bien dans des livres, comme *Intimes naissances* de J. et C. Collonge qui aborde le sujet de l'accouchement à la maison en rassemblant différents témoignages de femmes et de professionnels en lien avec la naissance (20). Le documentaire *« Accoucher autrement »*, sorti au cinéma en janvier 2020 montre quant à lui des témoignages d'accouchements en maison de naissance*, à domicile avec une sage-femme et dans l'espace physiologique* d'une maternité (36).

Dans la littérature nous retrouvons plusieurs profils de femmes qui choisissent d'accoucher sans APD : celles qui recherchent un *« accouchement naturel »,* les femmes qui s'inscrivent dans une logique *« féministe essentialiste »* et celles qui voient en l'accouchement un *« défi sportif »*. C'est trois profils sont décrits dans l'étude *« La péridurale : entre émancipation et norme* » (29). Nous retrouvons clairement ces trois catégories dans notre étude.

Agathe, Blandine, Clara, Emilie et Fanny recherchent un *« accouchement naturel »*. Le mot *« nature »* revient fréquemment dans leurs propos. Elles se reposent aussi sur la capacité des femmes à accoucher : *« on est faites pour ça »* dit Blandine.

Aussi, comme dans l'étude de Verdino, Azcue et Maccagnan, l'accouchement est-il envisagé tel un processus naturel et spontané, qu'il faut laisser faire et pour lequel tout acte médical doit être indispensable et justifié. L'APD n'est pas envisagée comme un prérequis mais comme une option, un plan B. Nous retrouvons également d'autres souhaits qui vont dans ce sens, par exemple Agathe aimerait éviter l'administration d'oxytocine*. Cette volonté de limiter l'utilisation de produits pharmacologiques est également présente dans leur vie courante, en témoigne Blandine qui n'est pas « *quelqu'un qui avale des médicaments »*.

Clara, Diane et Fanny s'inscrivent dans la logique *« féministe essentialiste »* définie dans l'étude sus-citée. L'accouchement pour ces femmes est un évènement rare qu'elles veulent vivre dans sa totalité, en acceptant donc la douleur associée. Une femme de cette étude a déclaré : *« Je ne me voyais pas aller à l'accouchement comme on va chez le coiffeur, emporter des magazines avec moi ou regarder la télé. C'est un peu mort pour un événement aussi important »* (29). Clara partage la même vision lorsqu'elle nous parle des propos de femmes dans son entourage (cf p 30). Elle s'interroge sur la manière dont elle a envie de vivre son accouchement : elle espère être active et pouvoir tout ressentir. Elle ne veut pas être détachée de ce qui se passe dans son corps et dans son *« devenir mère »*. Elle est prête à assumer cette expérience malgré la douleur.

Nous retrouvons dans les propos d'Emilie et de Diane le côté « *défi sportif »*. Dans l'étude, une femme parle d'un *« accomplissement »,* et nous retrouvons cette idée chez Diane qui nous parle de *« challenge d'y arriver ».* Le travail obstétrical peut effectivement être assimilé à une épreuve sportive. En effet, les contractions utérines itératives entrainent un effort musculaire soutenu qui induit des dépenses énergétiques nécessitant de l'endurance. La douleur des contractions peut être également associée à celle des crampes du sportif. Dans le projet d'accouchement sans APD et dans le projet d'exploit sportif, la même volonté de dépasser ses limites est présente.

Les femmes interrogées dans notre étude apportent chacune plusieurs motivations à vivre un accouchement sans APD. Aussi les propos d'une femme ne rentrent-ils pas dans une seule des trois catégories mentionnées précédemment. L'étude sus-citée relève le même fait : « *ce ne sont pas des cases fermées, les motivations des femmes étant souvent plurielles »* (29).

Dans notre étude nous retrouvons d'autres motivations au choix d'un accouchement sans APD : la peur des aiguilles et des bienfaits pour le bébé ou le post-

partum. La barrière placentaire n'étant pas complètement imperméable aux substances médicamenteuses qui sont administrées lors de l'APD, certaines molécules se retrouvent de facto dans l'organisme du nouveau-né. Or, du fait de leur immaturité, ceux-ci ont plus de mal à les éliminer entraînant une accumulation de ces substances (37). Peu d'études se sont penchées sur les effets de l'APD sur les nouveau-nés. Toutefois, une étude relève un retard à la mise au sein chez les bébés dont la mère a eu une APD. Ceci pouvant s'expliquer par une diminution de leur réflexe de succion à la naissance (15,37).

Nous remarquons que tous les papas ont participé à la réflexion de ce projet mais la décision finale est toujours prise par les femmes. C'est un choix personnel, féminin. Il y a une conscience de la part des conjoints que c'est un projet qui engage d'abord la maman : *« Comme il me dit : c'est moi qui vais accoucher »* témoigne Fanny. Nous aborderons par la suite l'implication des compagnons dans un tel projet (cf. p.57).

Quasiment toutes les femmes interrogées restent ouvertes sur la possibilité de finalement demander une APD. Seulement deux ne formulent pas cette option : une va accoucher en maternité et l'autre au sein d'un plateau technique*. Toutes ont un certain lâcher-prise par rapport au déroulement de l'accouchement. *« On peut pas tout prévoir »* (Blandine). Par ailleurs, nous remarquons qu'une grande pression peut se faire ressentir. Fanny aimerait *« passer par là pour devenir mère »*. Le choix d'un accouchement sans APD repose sur une balance entre l'acceptation de vivre son accouchement comme il se présente, et cette volonté très forte de le vivre sans APD. Dès lors, on peut s'interroger sur un risque de sentiment d'échec si le projet n'aboutit pas. Il est donc important d'offrir un temps de parole à la femme après son accouchement pour revenir sur son vécu, ses éventuelles déceptions, afin de finalement retenir le positif de cette expérience.

3.3.2. Les sensations de l'accouchement

Une étude parue en 2014 dans la revue *Midwifery*[4] décrit trois approches concernant l'information en anténatal au sujet de la douleur du travail obstétrical : les approches *« Pragmatic natural*[5] *»*, *« Deliberataly uninformated* [6] *»* et *« Planned pain relief* [7] *»* (38).

[4] *Midwifery* : pratique sage-femme ; maïeutique
[5] *« Pragmatic natural »* : Pragmatique
[6] *« Deliberataly uninformated »* : Délibérément non informée
[7] *« Planned pain relief »* : Soulagement planifié de la douleur

L'approche *« Pragmatique »* rassemble des femmes qui sont convaincues qu'elles pourront accoucher sans intervention pharmacologique si le travail se déroule naturellement et ne dure pas trop longtemps. Pour elles, la douleur du travail sera intense, mais elle sera probablement gérable. Elles voient la naissance comme un défi difficile mais naturel. Dans le même temps, elles apprécient la disponibilité d'une analgésie pharmacologique si nécessaire.

La seconde approche, *« délibérément non informée »*, concerne des femmes qui pensent que recevoir des informations détaillées sur l'accouchement leur fera trop peur.

La troisième est une approche de *« soulagement planifié de la douleur »* où les femmes décident avant l'accouchement qu'elles utiliseront une forme quelconque de soulagement pharmacologique de la douleur.

Nous remarquons que les femmes interrogées dans le cadre de notre étude ne se répartissent pas entre ces trois différentes approches. Nous pouvons logiquement les exclure de l'approche de *« soulagement planifié de la douleur »* puisque qu'aucune d'elles n'a planifié un moyen pharmacologique de soulagement. Cependant nous notons que les femmes interrogées ont malgré tout construit au cours de leur grossesse une boîte à outils de moyens pour composer avec la douleur, et qu'il y a donc une part de planification.

A l'inverse des femmes *« délibérément non informées »*, elles se sont extrêmement renseignées, en allant chercher beaucoup d'informations par elles-mêmes.

Nous pouvons en revanche toutes les inclure dans l'approche *« pragmatique »*. Elles posent facilement le mot *« douleur »* lorsque nous les interrogeons sur les sensations de l'accouchement. Et ce n'est pas tant cette perspective de douleur intense qui leur fait peur mais plutôt la durée du travail. Toutes sont renseignées et se préparent à composer avec cette sensation. L'accouchement est ainsi abordé avec sérénité. Il y a une réelle motivation et un enthousiasme à l'idée de vivre leur accouchement. Pointe également de la curiosité : elles ont hâte de savoir comment cela va se passer et de vivre enfin la rencontre physique avec leur enfant. D'autre part, elles ne sont pas butées et elles expriment le fait de ne pas être contre une APD si c'est justifié médicalement ou si elles atteignent leurs limites.

3.3.3. La préparation concrète à vivre un accouchement sans APD

Les six femmes que nous avons interviewées ont participé à des séances de PNP. Les objectifs des séances de PNP ont été définis par la Haute autorité de Santé (HAS) (28). Parmi ceux-ci nous retrouvons : « *Accompagner la femme ou le couple dans ses*

choix et ses décisions concernant sa santé, la grossesse, les modalités d'accouchement […] » ; « Encourager les échanges et le partage d'expérience à partir des préoccupations des parents avant et après la naissance ». Nous pouvons voir que ces deux objectifs sont totalement atteints par les sages-femmes qui ont suivi les femmes interrogées. D'une part les femmes ont pu discuter de ce projet d'accoucher sans APD avec leur sage-femme. D'autre part le contenu des séances de PNP a pu être adapté en fonction de leurs besoins, en particulier pour les femmes bénéficiant de séances individuelles. Elles nous confient même qu'elles ont rédigé leur projet de naissance* en collaboration avec leur sage-femme. Cette réflexion autour du projet de naissance* est relayée par les objectifs de l'entretien prénatal précoce* : c'est un temps important de la PNP qui permet aux parents de *« favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins d'information, d'éducation, de prévention, de leur projet de naissance* »* (39). Cet entretien devrait être rendu obligatoire en 2020 (40), permettant ainsi à toutes les femmes de réfléchir un minimum à leur projet de naissance*, en concertation avec la personne qui suit la grossesse.

Les conjoints ont pu être intégrés à ces séances de PNP puisque tous ont assisté à au moins un cours.

Certaines femmes soulèvent toutefois qu'elles auraient aimé plus d'informations pratiques sur comment gérer la douleur, et qu'il y a parfois un manque d'information totale et éclairée.

Nous voyons dans notre étude qu'il y a un grand investissement des femmes : démarche pour choisir le lieu d'accouchement, lectures, recherches sur internet, exercices à la maison. Ces femmes sont pro-actives dans leur projet. Le choix d'un accouchement sans APD s'inscrit dans une démarche de préparation physique et psychique. Cela peut prendre la forme d'exercices pratiques : méditation, entrainement à supporter la douleur… Il y a également un travail mental sur leur capacité à accoucher sans APD avec une recherche de témoignage et un travail sur leur représentation de la douleur.

Une étude réalisée en 2016 s'est penchée sur *« La satisfaction des femmes de la prise en charge de la douleur proposée en salle de naissance »* (41). Nous remarquons que les rares femmes qui ont un score de satisfaction bas sont des femmes qui avaient le souhait d'une APD sans l'avoir eu finalement, ou qui n'ont pas trouvé leur APD efficace. Ces femmes ont vécu l'accouchement comme étant « *trop douloureux* » (41). Les femmes qui prévoient de bénéficier d'une APD ne sont pas forcément préparées aux contractions

utérines douloureuses. Elles peuvent avoir plus de difficultés à gérer cette douleur. Le travail de préparation en amont semble donc capital pour un accouchement sans APD.

3.3.4. Imagination : la vision de cet accouchement

Les femmes interrogées nous citent beaucoup de moyens différents qu'elles envisagent pour gérer la douleur. Les moyens énoncés reposent sur les trois mécanismes endogènes de modulation des composantes de la douleur décrits dans notre revue de la littérature (cf p. 14) : *« la théorie du portillon »* , *« le contrôle des centres inhibiteurs diffus »* et *« le contrôle des centres supérieurs du système nerveux central »* (12). Une méta-analyse réalisée en 2014 avait pour objectif de comparer les approches non pharmacologiques de soulagement de la douleur par rapport aux approches pharmacologiques (32). Il en est ressorti que l'utilisation de ces mécanismes endogènes diminuait la probabilité d'APD.

Dans notre étude, les moyens cités mettant en jeu *« la théorie du portillon »* sont : le mouvement (la marche, l'utilisation de ballons, etc), l'immersion dans l'eau ainsi que les massages. Hormis la baignoire qui peut ne pas être disponible (il n'y en a généralement qu'une dans les services de maternité), les autres sont faciles à mettre en œuvre.

Par rapport au *« contrôle des centres inhibiteurs diffus »*, un seul moyen est cité : le massage de tissus profonds (par acupression). Les autres moyens mettant à profit ce mécanisme sont l'acupuncture, l'injection de papules d'eau stérile, la neurostimulation transcutanée (TENS douloureux). Tous ces moyens nécessitent du matériel et l'expertise d'un professionnel de santé. On note qu'aujourd'hui de plus en plus de sages-femmes sont formées à l'acupuncture mais restent peu nombreuses et ne sont pas toujours présentes en salle de naissance. L'acupuncture est citée par la HAS parmi les méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur lors du travail obstétrical (17).

Le mécanisme pour lequel les femmes citent la plus grande diversité de moyens est *« le contrôle des centres supérieurs du système nerveux central »* : la respiration, le chant, la relaxation, la méditation, l'hypnose, l'écoute de musique, le soutien du papa ainsi que le détournement de l'attention (visualisation* d'image positive). Ce sont des moyens simples, faciles à mettre en place et que les femmes ont déjà pu appréhender au cours de leur grossesse.

De plus les moyens cités par les femmes sont envisageables d'après la HAS dans la prise en charge non médicamenteuse de la douleur du travail obstétrical : *« certaines techniques telles que l'immersion, la relaxation, l'acupuncture, les massages ou*

l'hypnose pourraient être efficaces » (17). Il reste à faire des études de grande ampleur pour apporter une validité scientifique à cet avis de la HAS.

Nous remarquons que les femmes ont cité seulement des moyens non pharmacologiques et aucune n'a pensé mettre à profit un moyen pharmacologique autre que l'APD. Cependant trois alternatives médicamenteuses analgésiques à l'APD peuvent être proposées selon la HAS : le Mélange Equimolaire Oxygène et Protoxyde d'Azote (MEOPA), le bloc honteux interne et les opiacés (nalbuphine et tramadol) (17). Nous ne savons pas si les femmes interrogées ont eu cette information par leur sage-femme. Les femmes de notre étude n'ont pas évoqué l'homéopathie qui ne fait pas partie des moyens recommandés actuellement par la HAS pour prendre en charge la douleur du travail (17).

Au regard des moyens envisagés par les femmes pour gérer la douleur, la présence d'un professionnel de santé n'est pas indispensable, contrairement au conjoint qui peut être sollicité pour faire les massages ou les points d'acupression, mettre de la musique, etc. Mais dans l'ensemble, les femmes citent des moyens qu'elles peuvent mettre en place seule : il y a probablement là une volonté d'autonomie de leur part et l'espoir de pouvoir rester seule dans leur bulle pendant les contractions douloureuses. Les femmes accouchant en maternité ont conscience qu'elles ne seront pas les seules en travail et qu'elles ne pourront pas forcément bénéficier d'un soutien continu* de la sage-femme. Cependant le soutien continu* n'englobe pas seulement la présence de la sage-femme. En effet le National Institute for Health and Care Excellence[8] (NICE) définit le soutien continu* (*« one to one care »*) comme la présence et l'accompagnement continu par l'accompagnant choisi par la femme, la sage-femme ou d'autres intervenants durant toute la durée de l'accouchement (42). Il a été mis en évidence par une revue de la littérature de la Cochrane que le soutien continu* pendant le travail permettait une augmentation des accouchements par voie basse spontanés et diminuait le recours à une analgésie telle que l'APD. De plus la satisfaction des femmes s'en voit améliorée. Une meilleure adaptation néonatale à la vie extra-utérine était également observable sans qu'aucun effet délétère n'ait été retrouvé (27). Le soutien continu* fait partie des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) afin d'améliorer les issues obstétricales (43).

La méthode la plus efficace pour aider la femme à composer avec la douleur serait l'association du soutien continu* durant le travail à au moins une autre technique faisant

[8] *National Institute for Health and Care Excellence* : Institut national pour excellence des soins de santé

appel à un mécanisme endogène (cf ceux-ci cités dans notre revue de la littérature p. 14), d'après la société des obstétriciens et gynécologues du Canada (12).

Les moyens cités par les femmes de notre étude sont aussi réalisables à leur domicile, en début de travail. Elles envisagent d'ailleurs de rester le plus longtemps chez elle avant de se rendre à la maternité ou au plateau technique* : elles pensent mettre à profit la mobilisation lors de cette période-là. Ce premier temps du travail obstétrical est important, c'est la phase de latence défini par *« la présence de contractions utérines régulières, associées à des modifications cervicales »* (accord professionnel) (17). D'après une revue systématique de la littérature, la mobilisation est effectivement bénéfique (44). Grâce aux positions verticales (quatre pattes, assise, à genoux, accroupie), la position fœtale, en descendant plus facilement, appuie directement sur le col utérin intensifiant et régulant les contractions utérines ce qui majore la dilatation du col utérin. De plus, la perception de la douleur serait abaissée en position verticale (45). Cela s'expliquerait par une diminution de la compression des vaisseaux abdominaux (44).

Tous les compagnons des femmes interrogées au cours de notre étude seront là au cours de l'accouchement. Ils ont réfléchi avec elles à ce projet d'accoucher sans APD, tout en laissant la décision finale à leur compagne. Tous ont participé à au moins une séance de PNP, et ont pu bénéficier d'autres informations par le biais de leur compagne. Le projet d'accouchement sans APD est donc un projet de couple. La femme a un rôle fort car c'est l'actrice principale mais la présence du conjoint est importante voire primordiale pour certaines femmes dans la réussite de leur projet. Il est là pour épauler, soutenir, sécuriser la femme et éventuellement servir d'intermédiaire entre la femme et l'équipe en salle de naissance.

Michel Odent, obstétricien, fut directeur de la maternité de l'hôpital public de Pithiviers où il a lancé le concept d'accouchement en salles de naissance « comme à la maison ». Il a cette réflexion : *« Au milieu du vingtième siècle, s'est amorcé un phénomène nouveau dans l'histoire de l'humanité. Soudain, beaucoup de femmes ont ressenti comme un besoin la participation du père à la naissance […]. [Cela] coïncide avec la concentration des naissances dans les hôpitaux et va de pair avec l'évolution du rôle de la sage-femme, devenue un membre plus anonyme d'une équipe médicale »* (18).

Finalement c'est un rôle de protection de la maman et du bébé qui lui est confié. Toutefois, sa place peut être difficile à trouver : cela peut être compliqué pour lui de savoir

comment accompagner la maman. Mais le rôle de l'équipe en salle de naissance et aussi de prendre soin de l'accompagnant. Les recommandations de la HAS l'englobent effectivement dans la prise en charge pendant le travail : *« La bientraitance se traduit par la qualité de la relation avec la femme et l'accompagnant »* (17). Si l'accompagnant se sent en sécurité, écouté, respecté, il sera d'autant plus à l'aise pour soutenir la parturiente.

3.3.5. Un soutien des soignants nécessaire en salle de naissance

Les femmes interrogées dans notre étude formulent quatre attentes par rapport à l'équipe en salle de naissance : le respect de leur projet, une aide pratique, le respect de leur intimité et la prise en charge d'éventuelles complications. Une revue systématique de la littérature réalisée en 2002 porte sur *« La douleur et la satisfaction des femmes suite à l'expérience de l'accouchement »* (46). Cette étude soulève que la **s**atisfaction des femmes repose en très grande partie sur quatre facteurs : les attentes personnelles, le niveau de soutien des soignants, la qualité de la relation soignant-patient et la participation à la prise de décision. L'étude conclut que les influences de la douleur, du soulagement de la douleur et des interventions médicales intra-partum sur la satisfaction ultérieure ne sont ni aussi évidentes, ni aussi directes, ni aussi puissantes que les influences des attitudes et des comportements des soignants. Nous pouvons assez facilement établir un parallèle entre les attentes des femmes que nous avons pu interroger avant l'accouchement et la satisfaction des femmes après l'accouchement évaluée dans cette revue de la littérature.

Ce que les femmes recherchent et auraient besoin majoritairement pour leur accouchement c'est que ce moment soit vécu en collaboration avec les professionnels de santé. Cela fait partie des compétences que des sages-femmes d'après l'International Confederation of Midwives[9] (ICM) : *« Collaborer avec les femmes pour élaborer un programme de soins complet qui respecte leurs préférences et leurs décisions »* (31).

La revue de la littérature sus-citée conclut que ce serait dans le cadre d'une relation de soin de qualité, basée notamment sur l'écoute des demandes des femmes, une présence réelle mais discrète, dans le respect de leur intimité que les femmes auraient la meilleure satisfaction de leur accouchement (46). Les recommandations de la HAS en 2017 vont dans ce sens : « *il est recommandé que toutes les femmes puissent bénéficier d'un soutien continu*, individuel et personnalisé, adapté selon leur demande, au cours du travail et*

[9] *International Confederation of Midwives* : La confédération internationale des sages-femmes

de l'accouchement (grade A) » (17). En France il existe la possibilité d'un accompagnement global* de la grossesse au post-partum par la même sage-femme, grâce à la mise en place de plateau technique* au sein des maternités et à la création de maisons de naissance. Dans notre étude, Diane et Emilie ont pu bénéficier d'un accompagnement global* avec un accouchement prévu en plateau technique*. Cela permet une connaissance mutuelle entre la sage-femme et la parturiente lorsque le moment de l'accouchement arrive. Ainsi les soins apportés à ce moment-là peuvent-ils être encore plus personnalisés en fonction des souhaits de la femme puisqu'ils ont pu être discutés en amont. L'accompagnement global* permet de développer une relation de confiance avec la femme enceinte. Cette relation *« implique un rapport de réciprocité, où, chaque femme et sage-femme croit aux capacités de l'autre»* (47). Fanny et Agathe, quant à elles, regrettent de n'avoir pas eu la chance d'un tel suivi à cause de la distance. Une étude publiée en 2019 sur l'accouchement en plateau technique* soulève elle aussi cette réalité. Force est de constater que seul un petit nombre de femmes informées bénéficient de ce type de prise en charge compte tenu de l'offre limitée : peu de sages-femmes libérales et peu d'établissements proposent cette alternative (48).

Neuf maisons de naissance ont été ouvertes en France en décembre 2015. Un rapport vient de sortir suite à leur expérimentation (49). Les résultats sont très encourageants, témoignant d'un niveau de sécurité satisfaisant et d'une très faible fréquence d'intervention avec plus de 90% d'accouchement par voie basse spontanée. La proportion de recours à une analgésie/anesthésie parmi toutes les femmes accompagnées en maisons de naissance au cours du travail était de 16,6%. En 2018, l'accouchement en maison de naissance* a représenté moins de 1% des naissances en France. Mais nous pouvons espérer que ce rapport présage d'un développement de ces structures. Cela pourrait permettre à plus de femmes, dont la grossesse ne présente pas de risque materno-foetal identifié, de bénéficier si elles le souhaitent d'un accompagnement global* de leur grossesse et de leur accouchement, ainsi que d'un accouchement où les interventions techniques sont extrêmement limitées.

Nous pouvons constater qu'actuellement, il y une forte volonté de bien traiter les futurs parents. En témoigne la création du label *« Maternys : bientraitance et transparence »*, par le Collège des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) (50). Ce label a pour objectif de répondre aux attentes des femmes enceintes et de valoriser les établissements qui mettent la bientraitance au centre de leurs préoccupations. Il est porté par une application qui permet aux femmes d'avoir accès à une information

claire et validée par le CNGOF. De plus les femmes sont invitées à répondre à des questionnaires permettant de partager leurs expériences et leurs attentes. Ainsi chaque maternité dispose-t-elle d'un véritable baromètre de la satisfaction de ses patientes. L'objectif étant de tenir compte de la parole des femmes pour améliorer les pratiques, notamment dans les grandes maternités (50).

Les femmes interrogées relatent le besoin d'intimité. Cela s'exprime par le souhait de rester le plus longtemps chez elles mais aussi par la demande du respect de leur bulle. Michel Odent s'est intéressé à cette question du besoin d'intimité au cours de l'accouchement : « *Tous les mammifères se cachent, s'isolent pour mettre au monde leur progéniture. Ils ont besoin d'intimité. Il en est de même pour les êtres humains. Il faut constamment se référer à ce besoin d'intimité »* (18). Des études ont été menées sur les effets de l'environnement sur la naissance des mammifères. Une expérience a montré que lorsque l'on plaçait une souris dans une cage en verre pour son accouchement, créant ainsi le sentiment d'être observée, celui-ci était rendu plus difficile (51).

L'accompagnement d'une femme lors de son accouchement serait donc une question d'équilibre. Un équilibre entre respect de l'intimité et présence, entre autonomie de la femme et vigilance par rapport à une éventuelle complication. Un équilibre entre le « care » et le « cure » c'est-à-dire entre « prendre soin » et « apporter un soin ». Le CIANE souligne cela : *« Il est important que l'accompagnement des professionnels ne se limite pas à l'aspect médical et technique : il est attendu des professionnels qu'ils soient à l'écoute et capables de s'adapter aux besoins diversifiés des femmes et des couples »* (52). Diane résume cela : *« Qu'elle ne soit pas forcément sur moi. Je pense que c'est au moment où je vais en avoir besoin, qu'elle soit présente ».* Cela nécessite une harmonisation entre la sage-femme et la parturiente. La sage-femme devra s'adapter à la femme, répondre en fonction de ses besoins sur le moment, en respectant son intimité, tout en restant d'une vigilance extrême, comme pour tout accouchement.

4. Projet d'action

Tout d'abord, afin qu'elles aient un retour de l'expérience des femmes qu'elles ont suivies, il est envisagé de transmettre notre mémoire aux sages-femmes concernées.

Il ressort de notre étude que les femmes ont parfois ressenti, notamment les multipares, un manque d'accompagnement et d'informations de la part des personnes

effectuant leur suivi ou bien de la part de l'équipe médicale en salle de naissance. Or nous savons que peu d'étudiantes sages-femmes ont pu accompagner une femme au cours d'un accouchement sans APD durant leurs études. Il serait intéressant de continuer à approfondir leur formation théorique dans ce domaine. Nous voyons notamment trois axes qui méritent d'être bien développés dans toutes les écoles de sages-femmes.

Premièrement, des outils pourraient leur être apportés pour accompagner les femmes dans la préparation d'un projet de naissance*. Pourquoi ne pas envisager dès lors la mise en place de jeux de rôle avec plusieurs situations dont une femme souhaitant accoucher sans APD ?

Deuxièmement, il serait profitable d'insister sur la gestion de la douleur au cours du travail obstétrical afin que les futures sages-femmes maîtrisent les outils alternatifs et complémentaires à l'analgésie péridurale. Cette maîtrise de la neurophysiologie et de la gestion de la douleur ainsi que son application en salle de naissance participent en effet à un meilleur vécu de la douleur par les parturientes, qu'elles bénéficient d'une APD ou non. Certaines formations vont dans ce sens, comme la formation Bonapace, et sont déjà mises en place au sein de certaines écoles.

Troisièmement, il semblerait opportun de former les étudiantes à la psychologie des futurs pères, et pas seulement des futures mères, afin qu'elles soient plus à même de les accompagner au cours du travail obstétrical de leur compagne.

Par ailleurs, l'exploration du vécu des sages-femmes dans l'accompagnement du choix d'un accouchement sans analgésie péridurale semble intéressante. Il pourrait être pertinent qu'une étudiante sage-femme l'étudie dans un nouveau mémoire afin de cibler les éventuelles difficultés des sages-femmes dans ce suivi spécifique, le tout s'inscrivant dans une volonté d'identifier les outils à leur apporter.

Enfin, nous avons vu que le soutien continu* de l'accompagnant a un rôle important dans le vécu et la satisfaction de la parturiente, mais que celui-ci peut se sentir démuni. Il semblait dès lors utile de réaliser une affiche à sa destination afin de promouvoir et valoriser son soutien continu*. Cette affiche pourrait lui apporter des clefs pour qu'il soit le plus efficient possible dans l'accompagnement de la femme en travail. Une affiche a donc été réalisée à destination des maternités du Réseau de Santé en Périnatalité d'Auvergne (Annexe IV).

CONCLUSION

Cette étude nous a permis d'explorer le choix d'un accouchement sans analgésie péridurale grâce à la réalisation de six entretiens individuels semi-directifs auprès de femmes enceintes ayant ce projet.

Nous avons pu identifier différentes motivations. Il en ressort principalement la revendication d'un accouchement naturel en faisant confiance à la physiologie. Cela s'associe à une volonté de vivre pleinement l'accouchement, en acceptant les sensations douloureuses. Les femmes veulent être actives, autonomes, se sentir maitresses de leurs décisions et de leur corps, en somme être l'actrice principale de ce moment si important.

Le choix de vivre un accouchement sans analgésie péridurale s'inscrit dans une réelle démarche de préparation physique et psychique au cours de la grossesse.

Les femmes interrogées ont conscience des sensations douloureuses de l'accouchement et se préparent à les apprivoiser. Elles ont des outils en tête pour gérer la douleur, avec en premier lieu la mobilisation ainsi que des techniques de *« contrôle des centres supérieurs du système nerveux central »* (respiration, relaxation, méditation, etc.). De plus, elles pourront compter sur le soutien continu* de leur compagnon.

Les conjoints ont d'ailleurs un rôle important dans ce projet. Ils sont impliqués au cours de la grossesse et ont pu apprendre des techniques pour soulager leur compagne au cours du travail obstétrical. Leur présence le jour de l'accouchement est importante voire primordiale pour certaines femmes afin d'arriver à gérer la douleur.

Les femmes ont plusieurs attentes par rapport à l'équipe en salle de naissance : le respect de leur projet et de leur intimité, une aide pratique et la prise en charge d'éventuelles complications. L'équipe soignante doit donc trouver un juste équilibre entre le respect du projet de naissance* et le respect des bonnes pratiques cliniques. Cet équilibre prend son sens à travers une relation de confiance non hiérarchique entre la parturiente et l'équipe de la salle de naissance. Idéalement, pour les femmes interrogées, les décisions médicales doivent donc être prises en concertation avec la femme, en lui donnant tous les éléments pour faire un choix éclairé.

Il serait intéressant de réaliser une étude plus large et plus longue dans le temps avec la même population que celle utilisée pour ce travail. La réalisation d'entretiens avec les femmes avant et après leur accouchement permettrait de connaitre l'issue de l'accouchement, les moyens utilisés pour gérer la douleur et d'explorer le vécu de l'accouchement. Un des objectifs serait alors d'identifier non seulement les bénéfices de la préparation à la naissance et à la parentalité mais aussi les améliorations possibles pour optimiser les conditions et le vécu d'un accouchement sans analgésie péridurale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Melzack R. Labour pain as a model of acute pain. PAIN [Internet]. 1993 [cité 30 mai 2019];53(2):117. Disponible sur: https://dx.doi.org/10.1016/0304-3959(93)90071-V

2. Trélaün M. J'accouche bientôt. Que faire de la douleur? 2ème éd. Gap: Le souffle d'or; 2012.

3. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le serment d'Hippocrate [Internet]. conseil-national.medecin. 2019 [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate

4. Legifrance. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. 2002-303 mars 4, 2002. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id

5. Blondel B, Coulm B, Bonnet C, Goffinet F, Le Ray C. Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016: Results from the French National Perinatal Surveys. Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction [Internet]. 2017 [cité 8 déc 2018];46(10):701-13. Disponible sur: http://dx.doi.org/10.1016/j.jogoh.2017.09.002

6. Belghiti E, Bahno M, Maneglia R, Cousin MT. Evaluation of epidural analgesia. Analysis of a prospective questionnaire answered by 100 women who delivered with epidural analgesia. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) [Internet]. 1991;20(2):273-8. Disponible sur: https://catalogue-bu.uca.fr/discovery/openurl?institution=33CLERMONT_BCIU&vid=33CLERMONT_BCIU:33CLERMONT_VU1&id=pmid:2071874&sid=Entrez:PubMed

7. Plaghki L, Mouraux A, Le Bars D. Physiologie de la douleur. EMC, Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation [Internet]. 2017 [cité 22 mai 2019];26. Disponible sur: https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/1138282

8. International Association for the Study of Pain (IASP) [Internet]. IASP. [cité 25 mai 2019]. Disponible sur: https://www.iasp-pain.org/index.aspx

9. Guirimand F. Physiologie de la douleur: données récentes. Néphrologie [Internet]. 2014 [cité 25 mai 2019];24(7):401-7. Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Frederic_Guirimand/publication/228599473_Physiologie_de_la_douleur_donnees_recentes/links/09e4150841e2e008f1000000/Physiologie-de-la-douleur-donnees-recentes.pdf

10. Physiologie-de-la-douleur-donnees-recentes.pdf [Internet]. [cité 25 mai 2019]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Frederic_Guirimand/publication/228599473_Physiologie_de_la_douleur_donnees_recentes/links/09e4150841e2e008f1000000/Physiologie-de-la-douleur-donnees-recentes.pdf

11. Marchand S. The phenomenon of pain [Internet]. Seattle: IASP; 2015 [cité 25 mai 2019]. Disponible sur: https://ebooks.iasp-pain.org/the_phenomenon_of_pain/8

12. Bonapace J, Gagné G-P, Chaillet N, Gagnon R, Hébert E, Buckley S. Fondements physiologiques de la douleur pendant le travail et l'accouchement: approche de soulagement basée sur les données probantes. JOGC [Internet]. 2018 [cité 5 janv 2019];40(2):246-66. Disponible sur: https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.11.022

13. Calvino B, Grilo RM. Le contrôle central de la douleur. EMC: Revue du rhumatisme [Internet]. 2006 [cité 25 mai 2019];73(1):10-8. Disponible sur: https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/39555/resultatrecherche/5

14. Price DD, Harkins SW, Baker C. Sensory-affective relationships among different types of clinical and experimental pain. Pain [Internet]. 1 mars 1987 [cité 2 avr 2020];28(3):297-307. Disponible sur: http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959(87)90065-0

15. Bonapace J. Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace. Montréal: Editions de l'homme; 2013.

16. Gibson E. Women's expectations and experiences with labour pain in medical and midwifery models of birth in the United States. Women and Birth [Internet]. 2014 [cité 5 janv 2019];27(3):185-9. Disponible sur: http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2014.05.002

17. Haute Autorité de Santé (HAS). Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [Internet]. has-sante.fr. 2017 [cité 30 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales

18. Odent M. Le bébé est un mammifère. Paris: Editions l'Instant Présent; 2014.

19. Burckley S. Hormonal Physiology of Childbearing:Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care [Internet]. Washington, D.C: Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women & Families; 2015 [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: https://www.nationalpartnership.org/our-work/resources/health-care/maternity/hormonal-physiology-of-childbearing.pdf

20. Collonge J, Collonge C, Dumonteil-Kremer C, et al. Intimes naissances. Choisir d'accoucher à la maison. Paris: La plage; 2008.

21. 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 of Systematic Reviews [Internet]. 2012 [cité 25 mai 2019]; Disponible sur: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub2

22. Anim-Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2018 [cité 10 avr 2019];46(5):701-13. Disponible sur: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4

23. Lopard E. L'analgésie péridurale obstétricale contrôlée par la patiente : en pratique. EMC: Annales françaises d'anesthésie et de réanimation [Internet]. 2006 [cité 2 avr 2020];25(6):593-8. Disponible sur: https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/47637/resultatrecherche/1

24. Haberer J-P, Diemunsch P. Anesthésie obstétricale : méthodes et complications. EMC: Anesthésie-Réanimation [Internet]. 1992 [cité 2 avr 2020];36-595-C-10. Disponible sur: https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/8840/resultatrecherche/1

25. Boulland P, Favier J-C, Villevieille T, Allanic L, Plancade D, Nadaud J, et al. Mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote (MEOPA). Rappels théoriques et modalités pratiques d'utilisation. EMC, Annales françaises d'anesthésie et de réanimation [Internet].

2005 [cité 25 mai 2019];24(10):1305-12. Disponible sur: https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/article/36988/resultatrecherche/1

26. Spahn C. Alternatives à la péridurale pour la prise en charge de la douleur pendant le travail. EMC, Vocation sage-femme [Internet]. 2008 [cité 18 août 2018];7(67):30-3. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/189054/alternatives-a-la-peridurale-pour-la-prise-encharg

27. Bohren MA, Hofmeyr GL, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2017 [cité 1 juin 2019];7(CD003766). Disponible sur: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6

28. Haute Autorité de Santé (HAS). Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) : recommandations professionnelles [Internet]. has-sante.fr. 2005 [cité 20 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf

29. S. Verdino, M. Azcue, S. Maccagnan. La péridurale, entre émancipation et norme. EMC, La revue Sage-femme [Internet]. 2015 [cité 18 août 2018];14(2):45-9. Disponible sur: http://www.em-consulte.com/article/974456/la-peridurale-entre-emancipation-et-norme

30. N. Dutriaux. Recours à la péridurale : les femmes et les sages-femmes ont-elles encore le choix ? EMC, La revue Sage-femme [Internet]. 2016 [cité 18 août 2018]; Disponible sur: http://www.em-consulte.com/article/1027697/recours-a-la-peridurale -les-femmes-et-les-sages-f

31. International Confederation of Midwives (ICM). Essential Competencies for Midwifery Practice [Internet]. internationalmidwives.org. https://www.internationalmidwives.org/; 2019 [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: https://internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html

32. Chaillet N, Belaid L, Crochetière C, Roy L, Gagné G-P, Moutquin JM, et al. Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: a meta-analysis. Birth [Internet]. juin 2014;41(2):122-37. Disponible sur: http://dx.doi.org/10.1111/birt.12103

33. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Professions et catégories socioprofessionnelles PCS 2003 [Internet]. insee.fr. 2003 [cité 13 mars 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/information/2400059

34. Giraud A. Accoucher « naturellement » : profils, attentes et motivations des femmes enceintes. EMC, Vocation sage-femme [Internet]. 21 nov 2015 [cité 18 août 2018];14(117):14-7. Disponible sur: http://dx.doi.org/10.1016/j.vsf.2015.09.003

35. Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance (CIANE). Enquête Accouchement : accompagnement de la douleur [Internet]. ciane.net. 2012 [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: https://ciane.net/publications/enquete-accouchement/

36. Teixeira C. Accoucher autrement [Internet]. 2020 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: http://www.allocine.fr/film/fichefilm_gen_cfilm=276154.html

37. Beilin Y, Bodian CA, Weiser J, Hossain S, Arnold I, Feierman DE, et al. Effect of Labor Epidural Analgesia with and without Fentanyl on Infant Breast-feedingA Prospective, Randomized, Double-blind Study. Anesthesiology [Internet]. 1 déc 2005 [cité 20 mars 2020];103(6):1211-7. Disponible sur: https://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=2240108

38. 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 [Internet]. 1 avr 2014 [cité 19 mars 2020];30(4):432-8. Disponible sur: http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.04.013

39. Haute Autorité de Santé (HAS). Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandation de bonne pratique [Internet]. has-sante.fr. [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_454394/fr/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes

40. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022 [Internet]. solidarites-sante.gouv.fr. 2019 [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/strategie-nationale-de-prevention-et-de-protection-de-l-enfance-2020-2022

41. Ruckebusch V, Forzy G. Satisfaction des femmes de la prise en charge de la douleur proposée en salle de naissance [Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme]. [Lille]: Université catholique de Lille; 2016.

42. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care for healthy women and babies during labour and birth: Clinical guideline [Internet]. nice.org.uk. 2014 [cité 27 mars 2020]. Disponible sur: https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/ifp/chapter/Care-of-women-and-their-babies-during-labour-and-birth

43. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Who recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. Guideline [Internet]. who.int. 2018. Disponible sur: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/

44. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2013 [cité 28 mars 2020];(CD003934). Disponible sur: http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4

45. Melzack R, Bélanger E, Lacroix R. Labor pain: Effect of maternal position on front and back pain. Journal of Pain and Symptom Management [Internet]. 1 nov 1991 [cité 28 mars 2020];6(8):476-80. Disponible sur: http://dx.doi.org/10.1016/0885-3924(91)90003-M

46. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. mai 2002;186(5 Suppl Nature):S160-172.

47. Gagnon R. Au cœur de la pratique sage-femme québécoise : la relation de confiance. EMC, La revue sage-femme [Internet]. 2013 [cité 1 avr 2020];12(5):214-9. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/849135/au-c?ur-de-la-pratique-sage-femme-quebecoise -la-r

48. Vitai E, Nohuz E, Leymarie M-C. Accoucher en plateau technique lors de l'accompagnement global à la naissance. EMC, Vocation sage-femme [Internet]. 2019 [cité 19 mars 2020];18(140):21-4. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/1319032/accoucher-en-plateau-technique-lors-de-l-accompagn

49. Chantry A, Sauvegrain P, Roelens I, Guiget-Auclair C, Goyet S, Vendittelli F. Evaluation des maisons de naissance en France : premiers résultats [Internet]. INSERM. 2019 [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/evaluation-des-maisons-de-naissance-en-france-premiers-resultats-1370

50. Collège des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). MATERNYS : La plateforme dédiée à l'information des femmes enceintes [Internet]. Maternys. 2019 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: https://www.maternys.com/presentation-maternys/

51. Newton N, Foshee D, Newton M. Parturient Mice: Effect of Environment on Labor. Science [Internet]. 25 mars 1966 [cité 20 mars 2020];151(3717):1560-1. Disponible sur: http://dx.doi.org/10.1126/science.151.3717.1560

52. Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance (CIANE). Enquête Accouchement : Quel accompagnement pour les femmes lors de l'accouchement? [Internet]. ciane.net. 2012 [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: https://ciane.net/publications/enquete-accouchement/

53. Association Nationale des Sage-Femme Libérale (ANSFL). Accompagnement global [Internet]. ansfl.org. 2015 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: https://ansfl.org/wp-content/uploads/Accompagnement-global.pdf

54. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les maisons de naissance [Internet]. solidarites-sante.gouv.fr. 2020 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-naissance

55. VIDAL. Oxytocine [Internet]. vidal.fr. 2013 [cité 25 mars 2020]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/substances/4027/oxytocine/

56. Haute Autorité de Santé (HAS). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées : recommandations de bonne pratique [Internet]. has-sante.fr. 2016 [cité 25 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees

GLOSSAIRE

GLOSSAIRE

Les mots accompagnés d'un astérisque (*) dans le texte sont définis ci-dessous.

Accompagnement global : Un seul praticien, la sage-femme libérale, assure la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, propose des séances de préparation à la naissance, surveille et est responsable de l'accouchement, de la naissance, effectue les soins postnataux de la mère et de l'enfant (53).

Entretien prénatal précoce : Entretien individuel ou en couple avec un professionnel de la santé 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 personnalisées.

Espace physiologique : Espace au sein d'une maternité proposant un encadrement et un suivi moins technicisé du travail et de l'accouchement pour les grossesses à bas risque. Cet espace propose généralement différentes possibilités matérielles pour gérer le travail obstétrical sans analgésie : baignoire, ballon, galette, dispositif d'étirement, etc.

Maison de naissance : Structure attenante à une maternité qui, sous la responsabilité exclusive de sages-femmes, accueille les femmes enceintes dans une approche personnalisée du suivi de grossesse jusqu'à leur accouchement, dès lors que celles-ci sont désireuses d'avoir un accouchement physiologique, moins médicalisé et qu'elles ne présentent aucun facteur de risque connu (54).

Oxytocine : Ocytocique de synthèse, de constitution et de propriétés pharmacologiques identiques à celles de l'hormone ocytocique naturelle. L'oxytocine augmente la fréquence et l'intensité des contractions utérines (55).

Plateau technique : Dans le cadre d'un accompagnement global, des sages-femmes libérales peuvent pratiquer l'accouchement des patientes qu'elles ont suivies pendant la grossesse au sein d'une filière physiologique intégrée dans une maternité.

Projet de naissance : Souhaits des parents quant au déroulement de la grossesse et de la naissance de leur enfant. Il inclut l'organisation des soins, le suivi médical, la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités

d’accouchement, les possibilités de suivi pendant la période post natale. Il peut être formalisé par un document écrit rédigé par les futurs parents (56).

Soutien continu : Présence et soutien constant par l’accompagnant choisi par la femme, la sage-femme ou toute autre personne (pas forcément du milieu de la santé) pendant le travail et la naissance.

Visualisation : Perception d’une image créée par la volonté comme une sensation visuelle objective.

ANNEXES

ANNEXE I : Grille d’entretien

ANNEXE II : Lettre d’information

ANNEXE III : Formulaire de consentement

ANNEXE IV : Affiche à destination de l’accompagnant

ANNEXE I : GRILLE D'ENTRETIEN

Questions générales

- Avez-vous déjà des enfants ?
- Si oui : Avez déjà accouché sans péridurale ?
    - Si oui : Etait-ce par choix ? Qu'avez-vous mis en place pendant le travail pour gérer les contractions ? Quels souvenirs gardez-vous de cette expérience ?
    - Si non : Si vous avez eu une péridurale, était-ce ce que vous vouliez ? Quels souvenirs gardez-vous de cette expérience ?

Le choix – Comment avez-vous fait ce choix ?

Vous avez fait un choix d'accoucher sans anesthésie péridurale, j'aimerai comprendre pourquoi et comment vous avez fait ce choix…

- Tout d'abord, quand est-ce que vous avez fait ce choix (pour cette grossesse) ?
    - Etait-ce antérieur à votre grossesse ?
- Est-ce que vous vous rappelez dans quelles circonstances vous avez fait ce choix ?
- Quelle place a pris votre compagnon dans ce choix ? A-t-il pris part à cette décision ?
- Si multipare : Est-ce que l'histoire de votre/vos ancien(s) accouchement(s) a joué un rôle dans votre projet d'accoucher sans péridurale ?
- Est-ce que les personnes de votre entourage vous ont fait part de leur récit d'accouchement ? Est-ce que cela vous incite aujourd'hui à accoucher sans péridurale ?
- Est-ce que vous vous êtes renseignée sur l'offre de soins autour de vous (maternité, clinique, plateau technique, accouchement à domicile, etc) ? Est-ce que cela a influencé votre choix d'accoucher sans péridurale ?
- Finalement, si on devait résumer, qu'est-ce qui vous a vraiment motivé à essayer?
- Vous arrive-t-il de remettre en question ce choix ?
    - Si oui, dans quelles circonstances ? Pourquoi?

La vision des sensations du travail et de l'accouchement – Imagination

- Comment vous imaginez-vous l'accouchement sans péridurale?
- Qu'est-ce que vous pensez que cela va impliquer d'accoucher sans péridurale ?
    - Pour vous / Pour votre compagnon / Pour les professionnels de santé

Les sensations :

- Avant votre (première) grossesse comment imaginiez-vous la sensation des contractions du travail ?
- Et les sensations de la naissance en elle-même?

- Jusqu'à présent, quelles informations avez-eu concernant les contractions, notamment en terme de ressenti ?
    - De la part de votre entourage ? / De la part des professionnels de santé ?
    - Ou bien dans ce que vous avez pu lire ou voir ?
        - Quels impacts ont ces discours et/ou informations ?
- Et aujourd'hui, quelles idées vous faites-vous de la sensation des contractions ?

La préparation – La gestion du travail

- Depuis le début de votre (cette) grossesse, quelles informations avez-vous reçu concernant les moyens qui aident à supporter les contractions pendant le travail ?
    - De la part de votre entourage ?
    - De la part des professionnels de santé ? A quelle occasion ?
- Est-ce que vous vous êtes renseignée par vous-même sur les moyens qui existent pour gérer au mieux les contractions utérines pendant le travail ?
    - Quelles sont vos sources d'informations ? Qu'est-ce que cela vous a apporté ?
- Participez-vous à des séances de Préparation à la naissance et à la parentalité ?
    - Qu'est-ce que cela vous apporte par rapport à votre préparation à l'accouchement proprement dit ?
    - Si multipare : En aviez-vous fait lors de votre (vos) précédente grossesse ?
- Est-ce qu'aujourd'hui vous pensez déjà à des méthodes de soulagement de la douleur que vous envisagez mettre en place lorsque vous aurez des contractions ? Lesquelles ?
- Est-ce qu'il y a des choses que vous mettez en place actuellement pour vous préparer à votre accouchement ?
- Est-ce que votre compagnon sera là pour la naissance ? Est-ce qu'il est impliqué dans la préparation de cet accouchement?
- Qu'attendez-vous du personnel soignant qui sera avec vous pendant le travail quant à la gestion des contractions ?
- A ce jour, comment vous sentez-vous vis-à-vis de votre accouchement à venir et de ce choix de le vivre sans péridurale ?

Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous aimeriez partager à ce sujet ?

Questions générales :

- Pouvez-vous me dire votre âge ? Votre profession ?
- Pouvez-vous me donner la date de début de grossesse ?

ANNEXE II : LETTRE D'INFORMATION

LE CHOIX D'UN ACCOUCHEMENT SANS ANALGESIE PERIDURALE

Investigateurs :
- Lefort Jeanne, étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand
- sous la direction de Madame Méjean-Lapaire Aurélie, sage-femme enseignante
Pour tout renseignement ou information, n'hésitez pas à me contacter par mail

Madame,
Vous avez été invitée à participer à une étude portant sur « Le choix d'un accouchement sans analgésie péridurale".

Cette étude est engagée au sein du cabinet dans lequel vous faites votre suivi de grossesse. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études de Jeanne Lefort. Cette étude est sous la responsabilité de Madame Méjean-Lapaire Aurélie, sage-femme enseignante.

1. Pourquoi cette étude?

Aujourd'hui nous notons une recrudescence du choix de vivre un accouchement sans analgésie péridurale. Cependant au cours de mes stages j'ai assisté à très peu d'accouchements sans analgésie péridurale, et j'ai pu me sentir désemparée dans l'accompagnement des femmes faisant ce choix. C'est pourquoi, dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je souhaite connaitre les motivations et l'expérience des futures mères qui ont le projet d'accoucher sans analgésie.

2. L'étude en pratique

Un entretien individuel sera mené par Jeanne Lefort, l'entretien étant guidé par des questions préétablies. L'entretien sera enregistré par dictaphone puis retranscrit par la suite. Il se déroulera en fin de grossesse, au décours d'une consultation prénatale ou d'une séance de préparation à la naissance et à la parentalité au sein du cabinet dans lequel vous êtes suivie.

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 n° 2018-493 promulguée le 20 juin 2018, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du Délégué à la Protection des Données (DPD) de l'établissement.

1. 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.
Conformément au RGPD et à la récente loi Informatique et Libertés 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 décider 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 Jeanne Lefort

2. Obtention d'informations complémentaires :

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les investigateurs pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :
Jeanne Lefort, étudiante sage-femme :

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

ANNEXE III : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

EXPLORER LE CHOIX D'UN ACCOUCHEMENT SANS ANALGESIE PERIDURALE

Directeur du mémoire : Madame Méjean-Lapaire Aurélie,

Investigateur : Lefort Jeanne,

L'étudiant(e) sage-femme, Lefort Jeanne,

M'a proposé de participer à l'étude intitulée : **"Explorer le choix d'un accouchement sans péridurale."**

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'étudiant(e) sage-femme qui m'a présenté(e) l'étude.

J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette étude. Je suis conscient(e) 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 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 : **"Explorer le choix d'un accouchement sans péridurale"**

- Noms : Prénoms :
- Courriel :
- Numéro de téléphone :

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

☐ **Je refuse** de participer à l'étude intitulée : **"Explorer le choix d'un accouchement sans péridurale"**

Fait (en double exemplaire) à :
Le :

Signatures

Fait en deux exemplaires originaux

Petit guide à destination de l'accompagnant

Comment soutenir une femme en travail ?



La présence continue d'un accompagnant auprès de la femme contribue à la rassurer et la soulager.

Des chercheurs ont démontré que le soutien continu physique, émotionnel et moral contribue à améliorer la satisfaction chez la mère en augmentant son sentiment de contrôle et sa confiance en sa capacité à accoucher. (1)



LES MECANISMES ENDOGENES DE MODULATION DE LA DOULEUR (2)

Réalisé dans le cadre d'un mémoire, Ecole de Sage-Femme de Clermont-Fd. Ecrit par Jeanne Lefort, illustré par Véra. 2020

1. Bohren MA, Hofmeyr GL, Sakala C, et al. Continuous support for women during childbirth. Cochrane database of systematic reviews. 2017
2. Bonapace J, Gagné JP, Challet N, et al. Fondements physiologiques de la douleur pendant le travail et l'accouchement : approche de soulagement basée sur des données probantes. JOGC. 2018

RESUME :

Introduction : Aujourd'hui l'accouchement avec analgésie péridurale est extrêmement répandu mais certaines femmes font le choix de vivre un accouchement sans.

Méthode : L'objectif principal de cette étude était d'explorer le choix de vivre un accouchement sans analgésie péridurale. Une étude qualitative à vidée descriptive et interprétative a eu lieu au sein de deux cabinets libéraux de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de six femmes enceintes.

Résultats : Les femmes interrogées sont extrêmement impliquées au cours de leur grossesse pour se préparer au mieux à vivre un accouchement sans analgésie péridurale. Elles ont conscience de la douleur du travail obstétrical et se préparent à composer avec. Pour beaucoup, le soutien continu de l'accompagnant choisi est extrêmement important.

Discussion : Les différentes motivations d'un accouchement sans analgésie péridurale explorées dans la littérature ont également été retrouvées dans cette étude. Les femmes envisagent différents moyens de gestion de la douleur dont la plupart sont envisageables d'après la Haute Autorité de Santé comme méthodes non pharmacologiques de soulagement.

Conclusion : Le choix d'un accouchement sans analgésie péridurale apparait comme une volonté de vivre pleinement l'accouchement en faisant confiance à la physiologie. La place de l'accompagnant est importante mais pas toujours évidente à trouver. Il serait intéressant de renforcer ses compétences dans l'accompagnement d'une femme composant avec la douleur du travail obstétrical.

Mots-clefs : Analgésie péridurale – Accouchement physiologique – Douleur – Prise en charge – Soutien continu – Sage-femme – Préparation à la Naissance et à la Parentalité

ABSTRACT :

Background : Today, epidural analgesia in labour has become very popular. But some women prefer to avoid it.

Methods : The objective of this study was to explore the choice to give birth without epidural analgesia. A descriptive and interpretative study was realized in two surgeries in Auvergne-Rhone-Alpes. Semi-structured interviews were conducted with six pregnant women.

Results: The meeting women are very involved during pregnancy to be prepared for giving birth without epidural analgesia. They are aware of the labour pain and they prepare themselves to deal with it. For many women, the partner continuous support is very important.

Discussion : The different motivations of the choice to give birth without epidural analgesia in this study and scientific literature are similar. The women imagine different ways to handle with pain. According to the Haute Autorité de Santé, most of them are conceivable as non pharmacological pain relief methods.

Conclusion: The choice to give birth without epidural analgesia is related to the wishes to live totally the labour, with confidence in physiology. The partner help is important but uneasy to set up. It could be interesting to increase his expertise for better involvement.

Keywords : Epidural analgesia – Physiological childbirth – Pain – Management – Continuous support – Midwife – Preparation for birth and parenthood