



HAL
open science

Accouchement sans péridurale : entre motivation initiale et décision finale, étude qualitative sur la base de 14 entretiens semi-dirigés, menée au Centre Hospitalier Universitaire de Besançon
Claire Chays

► **To cite this version:**

Claire Chays. Accouchement sans péridurale : entre motivation initiale et décision finale, étude qualitative sur la base de 14 entretiens semi-dirigés, menée au Centre Hospitalier Universitaire de Besançon. Gynécologie et obstétrique. 2024. <dumas-04650820>

HAL Id: dumas-04650820

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04650820v1>

Submitted on 17 Jul 2024

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

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



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

UFR SCIENCES DE LA SANTE

UNIVERSITE DE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

ANNEE 2024

ACCOUCHEMENT SANS PERIDURALE : ENTRE MOTIVATION INITIALE ET DECISION FINALE

Etude qualitative sur la base de 14 entretiens semi-dirigés, menée au Centre Hospitalier
Universitaire de Besançon

MEMOIRE

Présenté et soutenu
En vue de l'obtention du

Diplôme d'Etat de SAGE-FEMME

Par Claire Chays

Née le 26 avril 2001 à Besançon

Directeur de mémoire : Sophie COT

Co directeur de mémoire : Chloé TISSERAND

Résumé

Introduction Ces dernières années, les enquêtes nationales périnatales ont montré qu'un nombre croissant de femmes souhaitent un accouchement plus "physiologique", voulant éviter le recours à l'analgésie péridurale.

Méthodes L'objectif de ce travail était d'identifier les facteurs influençant la réussite d'un accouchement souhaité sans péridurale. Pour cela, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de 14 femmes dans les 72h suivant leur accouchement, au sein du service des suites de naissances au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Besançon.

Résultats La majorité des femmes ayant accouché sans péridurale étaient des multipares, pour qui la durée du travail est généralement plus courte. Les femmes interrogées avaient également suivi une préparation à l'accouchement classique, complétée par d'autres types de préparation adaptés à leurs besoins spécifiques. La préparation à la naissance permet de renforcer la confiance des femmes et de réduire leurs craintes afin de se sentir prête le jour de l'accouchement. En salle d'accouchement, les femmes ont utilisé différentes stratégies pour gérer la douleur, telles que la mobilité, les respirations, les méthodes non pharmacologiques et l'utilisation de sources de chaleur. Certains facteurs, tels que la parité, sont inchangeables, tandis que d'autres, tels que la durée du travail, peuvent être influencés par la mobilité par exemple. L'anxiété, la confiance en soi et le vécu des précédents accouchements sont également des facteurs importants à prendre en compte. Le soutien de la part des professionnels est indispensable pour ces femmes qui ont besoin de se sentir accompagnées et encouragées dans leur démarche.

Conclusion Notre étude met en avant différents facteurs personnels, obstétricaux et environnementaux permettant pour certains d'être adaptés aux besoins de chaque femme vers la réussite de l'objectif qu'elles s'étaient fixées : accoucher sans péridurale. Le témoignage des participantes nous a permis de mettre en lumière des pistes à destination des femmes qui ont le souhait d'accoucher sans péridurale.

Mots-clés : accouchement sans péridurale, accouchement physiologique, accouchement naturel, préparation à l'accouchement, méthode non pharmacologique, projet de naissance.

Abstract

Introduction In recent years, national perinatal surveys have shown that an increasing number of women wish to have a more 'physiological' birth, avoiding epidural analgesia.

Methods The aim of this study was to identify the factors influencing the success of a desired delivery without an epidural. To this end, semi-directive interviews were conducted with 14 women in the 72 hours following their delivery, in the post-natal department of the University Hospital Centre (CHU) in Besançon.

Results The majority of women who had given birth without an epidural were multiparous women, for whom the duration of labour is generally shorter. The women surveyed had also undergone traditional childbirth preparation, supplemented by other types of preparation adapted to their specific needs. Birth preparation helps to boost women's confidence and reduce their fears, so that they feel ready on the day of the birth. In the delivery room, women used different strategies to manage pain, such as mobility, breathing, non-pharmacological methods and the use of heat sources. Some factors, such as parity, are unchangeable, while others, such as the length of labour, can be influenced by mobility, for example. Anxiety, self-confidence and previous childbirth experiences are also important factors to take into account. Support from professionals is essential for these women, who need to feel accompanied and encouraged in their approach.

Conclusion Our study highlights a number of personal, obstetric and environmental factors that can be adapted to each woman's needs to help her achieve her goal of giving birth without an epidural. The testimonies of the participants have enabled us to highlight a number of approaches for women who wish to give birth without an epidural.

Key words: childbirth without epidural, physiological childbirth, natural childbirth, childbirth preparation, non-pharmacological method, birth plan.

Remerciements

Je remercie,

Monsieur Nicolas MOTTET, Professeur universitaire, praticien hospitalier et chef de pôle, pour l'autorisation de mise en place de notre étude au sein du pôle.

Madame Camille NALLET, gynécologue obstétricienne et praticienne hospitalière pour ses conseils lors des oraux blancs.

Ma directrice de mémoire, Madame Sophie COT, sage-femme de recherche, pour le temps accordé lors de nos rendez-vous, lors des corrections et pour ses précieux conseils avisés qui m'ont permis de me dépasser.

Ma co-directrice et enseignante durant deux années, Madame Chloé TISSERAND pour son accompagnement, sa disponibilité et sa bienveillance.

Madame Marilia GIRAULT, sage-femme et directrice de l'école de sage-femme, continuellement rassurante et bienveillante, présente dès l'élaboration de mon mémoire.

Madame Laetitia DAVID, sage-femme enseignante pour ses aides au sujet de l'étude qualitative.

Madame Stéphanie PARIS, anciennement directrice de l'école de sage-femme et aujourd'hui coordinatrice du pôle mère-femme, pour ses suggestions lors de l'élaboration de mon sujet de mémoire.

Madame Odile ALLEMANDET, pour son aide dans l'élaboration de notre recueil de patientes et son temps accordé sur le logiciel DIAMM.

L'équipe d'anesthésistes pour avoir interrogé les patientes sur leur souhait d'accoucher sans péridurale lors de leur consultation et via le logiciel DIAMM.

Doriane, Clarisse et Séverine mes amies et futures collègues sage-femmes qui ont occupé une place importante dans ma vie durant ces quatre années d'école de sage-femme.

Léanna, Sarah et Lisa mes meilleures amies, ainsi que mes amis de longues dates qui ont toujours été d'un soutien sans faille et une source de réconfort.

Mes parents, mon frère et ma sœur pour leur encouragement, leur amour et leur présence tout au long de mes études et de ma vie, sans qui rien n'aurait été possible.

Antoine, mon pilier au quotidien, qui a été d'un soutien indéfectible, il a su m'apporter force et confiance.

Et enfin, je remercie toutes les patientes qui m'ont accordé leur confiance et du temps, sans qui ce travail n'aurait pas pu voir le jour.

Ainsi que toutes les personnes qui de près ou de loin, m'ont aidée dans la réalisation de ce mémoire.

Introduction

La douleur liée au travail obstétrical et à l'accouchement demeure l'une des plus grandes préoccupations des femmes au cours de leur grossesse (1). Si dans les mœurs, l'accouchement est perçu comme l'acte le plus douloureux qu'un être humain puisse ressentir, cette croyance est affirmée par Ronald Melzack, pionnier de renommée mondiale dans le domaine de la douleur. Il évoque une douleur obstétricale multidimensionnelle, influencée et parfois atténuée notamment par la parité, la préparation à la naissance et à la parentalité, l'état psychologique de la patiente et la durée du travail (2). Cette douleur est issue de deux composantes : viscérale et somatique. Le premier stade du travail uniquement viscéral, composé de contractions utérines entraînant l'effacement et la dilatation du col utérin, et le second stade du travail y ajoutant une origine somatique correspondant à la descente et à l'expulsion du fœtus (1). Husserl E, philosophe et logicien, considère que percevoir la douleur, c'est lui donner un sens pour mieux la contrôler : « toute conscience est conscience de quelque chose ». Plus la douleur sera rejetée, plus elle sera perçue comme douloureuse et inversement. Ainsi la douleur du travail ou de l'expulsion n'est pas seulement une donnée physique; des témoignages de patientes évoquent même l'influence de la lumière, du bruit ou de l'ambiance en salle de naissance sur leur perception et leur gestion de la douleur (3).

La douleur de l'accouchement est le principal levier influençant le vécu de la femme. Elle peut induire un vécu difficile voire parfois traumatique dans le post partum. D'autres facteurs ont une incidence telles que l'expérience personnelle, la relation avec les soignants, les caractéristiques psychologiques et les particularités gynéco-obstétricales (1) (4). Les avancées dans le domaine médical ont permis de développer des techniques visant la gestion de la douleur. En premier lieu, l'utilisation de l'analgésie locorégionale inventée en 1921 par le médecin Fidel Pagés Miravé, est introduite en obstétrique dans les années 80. Plus

communément appelée péridurale, cette invention représente une véritable innovation médicale dont l'objectif est de soulager complètement leur douleur, tout en préservant leur conscience et une partie de leur mobilité (5) (6). Elle consiste en la mise en place d'un cathéter dans l'espace péridural au niveau des vertèbres lombaires, délivrant le produit analgésique pendant toute la durée du travail et jusqu'à la naissance. Le principe de cette analgésie est de stopper l'information douloureuse en bloquant l'influx nerveux provenant de l'utérus, tout en conservant l'activité contractile de ce dernier (1).

L'utilisation de la péridurale n'a jamais cessé d'augmenter au fil des années. Dans l'enquête périnatale de 1995, le taux d'utilisation de la péridurale pendant le travail s'élevait à 48,6%, celle de 2010 il était de 70% alors qu'en 2021 le taux était de 82,7% (5) (6) (7). La péridurale permet de diminuer significativement le recours à une anesthésie générale en cas de nécessité de gestes urgents tels qu'une délivrance artificielle ou lors d'une césarienne code rouge, elle est également la méthode d'analgésie la plus sûre et la plus efficace (8). Le vécu et le confort des patientes au cours du travail et de l'accouchement se sont nettement améliorés (1)(6). Néanmoins, la péridurale est un geste invasif, médicamenteux et technique que peuvent redouter certaines patientes (6) (9).

Dans un monde actuel débordant de progrès scientifiques et de surmédicalisation parfois, de grandes figures de la médecine telles que Michel Odent, chirurgien généraliste et Barbara Grandi, gynécologue, luttent contre une technicisation croissante de la naissance (10). Certaines patientes souhaitent se rapprocher d'un accouchement beaucoup plus « physiologique » en évitant notamment le recours à la médicalisation. D'après la dernière enquête nationale périnatale, parmi les patientes ayant exprimé des demandes écrites ou orales auprès de l'équipe, 52,2% désiraient limiter les actes médicaux. Cette demande nécessite une prise en charge particulière (7). C'est pourquoi les maternités sont de plus en plus nombreuses à être dotées d'espaces physiologiques (composés d'une baignoire, d'une douche, de ballons, de lianes, d'une banquette-lit...). En 2016 40,1% seulement des maternités en disposaient versus 69,3% en 2021 (7). Ces dernières années, le nombre de femmes à vouloir à priori accoucher sans péridurale accroît (14,6% en 2016 et 16,5% en 2021) (7). Une part importante de femmes enceintes (80,3% des primipares et 35,3% des multipares en 2021) suivent des séances de préparation à la naissance, afin de se préparer au mieux à gérer la douleur, à la comprendre et à l'accepter (7). Certaines d'entre elles se servent de ces séances pour appréhender au mieux un accouchement sans péridurale souhaitée. De la même façon, le nombre de patientes ayant rédigé un projet de naissance a triplé entre 2016 et 2021 (7). Ce document répertorie les désirs

des parents concernant les modalités d'accouchement et les prises en charge par les professionnels. Ces souhaits peuvent également être exprimés oralement lors de l'admission à la maternité (11) (12). Cependant, le projet de naissance n'est pas synonyme de souhait d'accouchement sans péridurale.

Selon une étude de l'Inserm, la proportion de patientes ne souhaitant pas de péridurale pour leur accouchement a priori mais qui finissent par y avoir recours augmente considérablement. Elle révèle qu'en 2010, 26% des femmes ont pour projet d'accoucher sans péridurale, mais 52% d'entre-elles y ont finalement recours (6) (13). Bien moins connues, des méthodes alternatives à la péridurale sont utilisées en obstétrique, avant la mise en travail, en cas de contre-indication à la péridurale ou pour les patientes souhaitant s'en passer. La part des femmes ayant eu recours à des méthodes médicamenteuses autres que la péridurale (par perfusion, gaz, injection...) pour gérer la douleur est de 28,9% en 2021. En parallèle, le recours à des méthodes non médicamenteuses seules ou en association avec une analgésie (péridurale, rachianesthésie...) augmente significativement : 14,3% en 2010 contre 49,2% en 2021. Ces méthodes sont principalement le bain, la mobilité, la douche et les massages. D'autres méthodes dites naturelles telles que l'ostéopathie, l'acupuncture, l'acupression et les méthodes de relaxation semblent prouver leur efficacité (14). Selon le dernier rapport d'enquête national périnatal en France, cette évolution s'explique notamment par une demande plus significative des femmes de pouvoir utiliser des méthodes non pharmacologiques. Il semblerait même qu'un « gold standard » avec la combinaison d'une péridurale et de méthodes non pharmacologiques permettrait une meilleure satisfaction des patientes (7).

Sur la période de 2013 à 2022 au CHU de Besançon, le nombre d'accouchement sans péridurale était compris entre 288 et 342 pour un nombre total d'accouchement compris entre 2504 et 2867. Le pourcentage moyen d'accouchement sans péridurale au CHU de Besançon sur les dix dernières années était de 11,3%.

Après avoir trouvé un moyen efficace pour lutter contre la douleur du travail et de l'accouchement avec l'introduction de la péridurale en obstétrique, le vécu des patientes a été nettement amélioré. Cependant, un nombre non négligeable de femmes souhaite limiter considérablement la médicalisation pour leur accouchement. Nous avons tenté de comprendre le cheminement des femmes ayant initialement évoqué le souhait d'accoucher sans péridurale, entre motivation initiale et décision finale. Les motivations dites positives sont à la recherche d'une récompense et rendront la tâche agréable. Elles sont à distinguer des motivations

négatives, engendrant de la peur et du stress ce qui rendra la tâche plus difficile à réaliser (15). La décision finale correspond à la décision ou non d'accoucher avec une péridurale.

A travers cette étude, nous avons souhaité répondre à la question suivante :

Quels sont les facteurs influençant la réussite d'un accouchement souhaité initialement sans péridurale ?

Méthodes

Nous avons réalisé une étude qualitative, prospective, menée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés, au Centre Hospitalier Universitaire de Besançon (CHUB). L'objectif principal de l'étude était d'identifier les facteurs influençant la réussite d'un accouchement souhaité sans péridurale. Les objectifs secondaires étaient de :

- distinguer les différentes motivations des femmes à accoucher sans péridurale.
- décrire le vécu des patientes interrogées et le mettre en lien avec la présence des facteurs identifiés par les objectifs précédents.

Population étudiée

Notre étude était adressée à des patientes primipares et multipares, ayant fait part de leur souhait d'accoucher sans péridurale.

Les critères d'inclusion étaient :

- Patiente majeure
- Grossesse simple
- Accouchement par voie basse
- Patiente ayant donné son accord pour participer à l'entretien

Les critères de non inclusion étaient :

- Les femmes présentant une barrière linguistique ou des difficultés de compréhension
- Les femmes sous tutelle ou curatelle compromettant le consentement libre et éclairé à la participation des patientes ; les patientes sous sauvegarde de justice.
- Les patientes ayant des antécédents psychiatriques connus, présentant des troubles psychiques avérés, sous traitement psychotrope actuel ou suivant un traitement au long cours, ou non traitées mais dont les troubles peuvent interférer avec l'étude, ne sont pas incluses.
- Les indications médicales de péridurale

- Les patientes contre-indiquées à la péridurale

Le recrutement des sujets

L'éligibilité a été réalisée au cours de la consultation d'anesthésie au 8^{ème} mois de grossesse au CHUB. Dans le dossier médical informatisé, une rubrique permettant d'interroger les femmes sur leur souhait d'accoucher sans péridurale a été ajoutée pour la réalisation de l'étude. Les anesthésistes, responsables de cette consultation, ont été informés en amont par mail des modalités de l'étude. Les patientes ayant répondu « Accoucher sans péridurale » à la rubrique « Idéalement quel est le désir de la patiente ? » ont été sollicitées dans l'ordre chronologique pour participer à l'étude.

Avant de débiter chaque entretien, l'investigateur a examiné le dossier des patientes concernées pour vérifier la possible inclusion au sein de l'étude. Les entretiens n'ont pas été effectués ni le jour de naissance, ni le jour du départ soit entre J1 et J3 inclus. Ils se sont déroulés dans le service de Suites de Naissances, dans la chambre de la patiente avec sa seule présence et celle de l'investigateur. Ce dernier a mené l'entretien idéalement après l'allaitement de l'enfant et a proposé de l'emmener en pouponnière le temps de l'échange. Si l'accompagnant était présent, l'investigateur a proposé à la patiente de réaliser l'entretien dans un bureau du service. Il s'est présenté à elle et lui a expliqué le but de son étude et le déroulé de l'entretien. Les participantes ont donné leur consentement oral et écrit au début de l'entretien. La confidentialité était garantie : seul l'investigateur principal connaissait l'identité des participantes et les données ont été anonymisées lors de la retranscription.

La grille d'entretien a été réalisée à partir de la littérature, et est organisée en trois parties traitant de la motivation et la préparation pour un accouchement sans péridurale, de la gestion de la douleur, et du vécu de l'accouchement. Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone afin d'être retranscrits le plus fidèlement possible. L'étude a été faite sans limite de temps et jusqu'à saturation théorique des données. L'objectif était de recueillir une part environ égale d'accouchements avec péridurale et sans péridurale et composée de primipares et de multipares. Les entretiens ont été testés auprès de deux patientes, aucune modification n'ayant été apporté, les deux entretiens ont été inclus dans les résultats.

Les données recueillies par les entretiens

Les résultats ont fait l'objet d'une analyse thématique. Puis, ils ont été analysés, comparés et exploités de façon pertinente.

Dans l'hypothèse que le niveau de confiance en soi puisse avoir une influence sur la décision finale, une grille pour évaluer le niveau de confiance des patientes a été créée par l'investigateur. Les patientes devaient évaluer sur une échelle de 0 à 10 leur niveau de confiance en elle avant l'accouchement. Cette note a permis de classer les patientes dans les différents niveaux de confiance correspondants. Le terme fluctuant correspond à un état de confiance pouvant varier de « mauvais » à « très bon » à l'approche de l'accouchement.

Tableau I. Evaluation verbale numérique du niveau de confiance sur une échelle de 0 à 10.

Niveau de confiance en soi
Très bon [8-10]
Bon [6-8[
Moyen [4-6[
Mauvais < à 4
Fluctuant

Les patientes ont autoévalué le vécu de leur accouchement en choisissant l'item correspondant le mieux à leur ressenti parmi les suivants : « très bon », « bon », « moyen » ou « mauvais ».

Tableau II. Autoévaluation du vécu de l'accouchement.

Vécu
Très bon
Bon
Moyen
Mauvais

Les données recueillies par le logiciel DIAMM « Dossier Informatif Adaptatif pour le Monde Médical »

- La date d'accouchement
- La parité
- L'âge gestationnel
- L'analgésie
- La voie d'accouchement
- La durée du travail
- L'âge de la patiente
- Le poids de l'enfant
- La ou les pathologies pendant la grossesse
- Le nombre d'accouchements sans péridurale et le nombre d'accouchement total de 2012 à 2022 et durant la période de l'étude au CHUB.

Autorisations

Pour réaliser cette étude, nous avons obtenu les autorisations de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) et du chef du Pôle Mère-Femme du CHU de Besançon.

Résultats

L'analyse des résultats a permis de faire ressortir trois thèmes principaux : les motivations, les facteurs influençant la prise de décision et le vécu. L'ensemble des patientes interrogées présentait une grossesse à bas risque et leurs enfants étaient eutrophes.

Descriptif de la population

Quatorze patientes ont été interrogées sur une durée de cinq mois entre février et mai 2023. Les patientes avaient entre 21 et 38 ans. La durée des entretiens variait de 5 minutes à 26 minutes avec une durée moyenne de 15,27 minutes. L'ensemble des entretiens se sont déroulés au CHUB, dans la chambre des patientes.

Tableau III. Caractéristiques obstétricales et analgésiques de la population interrogée.

Patiente	Parité	Age gestationnel (en SA ^(a))	Analgésie	Voie d'accouchement (VBS ^(b) ou VBI ^(c))	Durée de l'entretien (en minute)
A	IIIP	36,1	Aucune	VBS	8,1
B	IIP	38,6	Péridurale	VBI	26,6
C	IIP	40	Péridurale	VBS	12,83
D	IIP	39,3	Péridurale	VBS	21,8
E	IVP	37,3	Aucune	VBS	5,63
F	VIIP	40,6	Aucune	VBS	15,85
G	IP	41	Aucune	VBI	20,48
H	IIP	38,6	Péridurale	VBS	17,23
I	IP	38,1	Péridurale	VBS	14,2
J	IIIP	40,4	Péridurale	VBS	10,01
K	IIP	40,1	Aucune	VBS	14,33
L	IP	39,2	Péridurale	VBS	10,56
M	IIP	39,6	Aucune	VBS	25,73
N	IIP	40,6	Aucune	VBS	10,56

^(a) SA : Semaines d'Aménorrhées

^(b) VBS : Voie Basse Spontanée

^(c) VBI : Voie Basse Instrumentale

Tableau IV. Facteurs pouvant influencer la décision finale.

Patiente	Niveau de confiance en soi	Durée du travail (en heure)	Avancée du travail à la prise de péridurale (en cm)	Analgsie pour les accouchements précédents
A	Très bon	0,93		Aucune
B	Moyen	2,83	5	Péridurale
C	Moyen	5,15	7	Péridurale
D	Fluctuent	12,6	2	Rachianesthésie
E	Très bon	1,08		Aucune et péridurale
F	Très bon	1,63		Péridurale et aucune
G	Fluctuent	3,01		
H	Très bon	4,01	4	Péridurale
I	Moyen	11,4	4	
J	Fluctuent	9,98	3	Péridurale
K	Très bon	1,4		Aucune
L	Moyen	14,48	6	
M	Très bon	3,83		Péridurale
N	Très bon	1,63		Aucune

Tableau V. Autoévaluation du vécu de l'accouchement par la patiente.

Patiente	Vécu
A	Très bon
B	Bon
C	Bon
D	Très bon
E	Très bon
F	Bon
G	Bon
H	Très bon
I	Très bon
J	Bon
K	Très bon
L	Bon
M	Très bon
N	Très bon

A) Les motivations à accoucher sans péridurale

Deux types de motivations ont été mises en évidence, nous distinguerons les motivations « positives » des motivations « négatives ».

a) Les motivations « positives »

La motivation positive principale à vivre un accouchement sans péridurale était le souhait d'avoir un accouchement le plus physiologique possible, c'est-à-dire « naturel » (C, F, J, L, N), « sans médicament » (B,C, K), « sans médicalisation » (D, F, K, M) et parfois « avec le moins d'interventions possible » : « être seule en fait, juste avec mon conjoint pendant le travail, que l'on ne vienne pas nous embêter, qu'il n'y ait pas de tracé » (D).

La deuxième raison motivant les patientes multipares découlait de leurs vécus d'accouchement précédent. Il pouvait s'agir soit d'un vécu favorable d'un accouchement sans péridurale « J'ai déjà fait sans péridurale et j'ai bien aimé alors j'ai essayé de recommencer encore une fois » (E), soit d'un vécu favorable d'un accouchement avec une péridurale « J'avais eu la péridurale mais

du coup le fait que je puisse gérer moi-même au niveau de la dose (...) j'avais pas beaucoup appuyé (...) j'avais quand même assez bien senti, comme j'avais assez bien géré jusqu'à avoir la péridurale, je m'étais dit que pour le deuxième pourquoi pas essayer » (C).

Quelques-unes désiraient rester maîtresse de leur corps et tout sentir ; de la douleur, des contractions, au passage de leur bébé lors de l'expulsion : « Je voulais vraiment être actrice de mon accouchement » (D). L'accouchement sans péridurale attisait la curiosité, le goût de « découvrir les sensations » (D) et pour les plus audacieuses une envie de se dépasser et de « voir de quoi est capable notre corps » (D). La quête pour près de la moitié des patientes était de pouvoir rester mobiles pendant le travail, et être active pour leur nouveau-né en Suites de Naissances. Pour les patientes ayant déjà vécu un accouchement avec et sans péridurale, l'absence d'effets secondaires des produits analgésiques sur le corps est rapportée « on est tellement mieux sans après. Parce que c'est vrai qu'après (la péridurale) pendant 2-3 jours on est un peu vaseux, on a du mal à marcher... là c'est vrai que tout de suite on peut se remettre debout » (F).

b) Les motivations « négatives »

La motivation d'un accouchement sans péridurale découlait parfois d'un choix par défaut et dans la majorité des cas par appréhension de la péridurale.

L'analgésie péridurale est source de nombreuses craintes :

La principale crainte de la péridurale était celle de réactions aux produits médicamenteux, avec notamment des effets secondaires ou indésirables « il y a toujours une petite crainte de se dire comment on peut réagir quand même malgré tout » (C), « après il faut que le corps il élimine tout ça » (B). Près de la moitié des patientes citaient l'impossibilité de rester mobiles et la dépendance à autrui comme causes à leur réticence « dans ma tête c'était péridurale on est couchées, on ne sent plus rien, on ne peut plus bouger toute seule, on est obligée d'appeler tout le temps quand on a besoin » (D).

Nous avons également retrouvé la peur d'une péridurale non fonctionnelle ou trop dosée. « J'avais une image que ça pouvait ne pas bien marcher, et de ne plus rien sentir du tout au moment de la poussée et de me sentir en difficulté à cause de ça. » (G). Enfin, la pose de la péridurale suscitait des angoisses notamment pour les patientes qui déclaraient avoir une phobie des aiguilles et également pour celles ayant peur d'un échec à la pose « ça représente

des risques aussi c'est un acte quand même qui n'est pas anodin aussi » (B). Les patientes ayant eu un mauvais vécu de la péridurale durant l'accouchement précédent s'en sont passées pour l'accouchement présent. Les expériences négatives de l'analgésie péridurale sont d'ordre physique « des mois après j'avais l'impression d'avoir encore une aiguille dans le dos donc du coup je m'étais dit : plus jamais » (F) ou psychologique « j'avais un peu l'impression d'avoir subi la péridurale pendant 24 heures » (J).

B) Les patientes ayant opté pour la péridurale

a) Craintes de l'accouchement sans péridurale

La grande majorité des patientes ayant pris finalement la péridurale avait des craintes quant à l'accouchement sans péridurale. Elles disaient craindre une phase de désespoir, de se sentir mourir et de ne plus se sentir capable « s'il n'y a pas de péridurale et que j'en veux une au dernier moment heu ce sera plus possible » (C). En comparaison, les patientes ayant accouché finalement sans péridurale n'avaient évoqué peu ou pas de crainte de ce type d'accouchement.

b) Facteurs déterminants

Deux principaux facteurs semblent déterminer le choix d'une péridurale : la douleur provoquée par les contractions utérines, et la durée du travail.

Une fois leur décision d'accoucher sans péridurale prise, la plus grande inquiétude des patientes était la douleur. De la douleur des contractions utérines, à celle de la suture en passant par celle de l'expulsion. La douleur a été le plus gros obstacle à franchir : « La douleur, insurmontable, insupportable ouai j'en pouvais plus, vraiment plus. J'ai cru que j'allais mourir » (L), « la douleur était tellement forte et tellement intense » (C).

La durée du travail quant à elle, a semblé être l'élément déclenchant le choix d'une péridurale « quand la sage-femme m'a dit que j'étais dilatée qu'à 3, j'ai dit ha bah ce n'est pas possible je ne vais pas tenir (...) si à l'arrivée à la maternité j'avais très bien géré et que mon col était bien dilaté je n'aurais peut-être pas pris, mais là qu'à 3 et vu l'intensité j'ai dit non non » (C). Plus le travail durait longtemps, plus les patientes décidaient d'une péridurale.

Nous constatons que la durée du travail des patientes n'ayant pas pris la péridurale variait de 0,93 à 3,01 heures avec une moyenne de 1,93 heure alors que celle des patientes

ayant opté pour la péridurale variait de 2,83 à 14,48 heures avec une moyenne de 8,63 heures. En corrélation avec cette durée, la fatigue et la faiblesse engendrée sont également évoquées. « J'arrivais plus j'avais plus de force (...) j'étais trop faible, fatiguée » (H). La durée du travail associée à la douleur semblent donc être des facteurs favorisant majoritairement la décision de pose de péridurale.

Cependant, nous pouvons nous demander si ce n'était pas la prise d'une péridurale qui augmentait le temps de travail. Par exemple, la décision de péridurale s'est prise à 2 cm chez une patiente dont le travail a duré 12,6 heures. Une patiente ayant pris la péridurale à 7cm chez une patiente dont le travail a duré 5,15 heures nous fait démentir. Pour cela il aurait fallu connaître la différence entre l'heure de l'accouchement et leur à la pose de la péridurale.

c) Insistances des sages-femmes

Trois patientes n'ont pas ressenti de soutien de la part des professionnels de santé dans leur projet d'accoucher sans péridurale. L'une ne s'est pas sentie encouragée : « Je ne sais pas si encouragée c'est le mot mais je me suis sentie respectée. L'encouragement ne vient pas particulièrement des professionnels de santé » (M), l'autre s'est sentie négligée « en pré travail ça a été très long, on est arrivés vers 6 heures, on a revu personne avant au moins 8 heures donc c'est vrai qu'on s'est senti un peu seuls » (F). La troisième patiente a ressenti une certaine insistance de la part des sages-femmes quant à la prise de la péridurale : « quand je discutais avec les sages-femmes elles me disaient si vous pouvez la prendre prenez la parce que ça soulage bien (...) je ne l'avais pas forcément demandé, ils m'ont dit : bon on va poser la péridurale » (I).

d) Bénéfices

L'utilisation de la péridurale a permis la découverte de ses bénéfices. Le confort induit par l'analgésie permet de se centrer pleinement sur le moment que le couple est en train de vivre « en même temps la péridurale ça a quand même permis que je sois tranquille au niveau de la douleur et puis que je puisse profiter de tout le reste » (J). La patiente peut se reposer et reprendre des forces « le fait d'avoir eu la péridurale ça nous a permis de dormir hyper régulièrement donc du coup c'est vrai que j'étais pas du tout fatiguée enfin je me sentais en pleine forme (D). La péridurale permet un maintien d'une partie de la mobilité « je suis quand même restée très mobile avec ma péridurale, je m'y attendais vraiment pas (...) je pouvais me redresser toute seule, je pouvais bouger les jambes » (D) autorisant même l'utilisation du ballon

(D). Et pour celles qui souhaitaient avoir des sensations, la péridurale n'a pas eu le rôle d'inhibiteur « j'ai eu les sensations mais sans la douleur » (D).

C) Les patientes ayant accompli leur projet

Différents facteurs participant à l'accomplissement du projet ont été rapportés par les patientes, du vécu de l'accouchement précédent à la place du soutien, en passant par la préparation et la gestion de la douleur.

a) Précédent accouchement sans péridurale

Un accouchement précédent sans péridurale semble être un élément favorisant la réussite du projet. La totalité des patientes ayant eu un accouchement précédent sans péridurale n'a pas eu de péridurale pour l'accouchement actuel. Pour les patientes ayant accouché avec une péridurale précédemment, la préférence est nette (M) : « Ayant vécu les deux, je trouve que je préfère sans » (F), j'avais déjà fait avec et sans, donc j'ai vu la différence (...) sans c'est mieux (E).

b) Préparation à la naissance

La majorité des patientes ayant accouché avec une péridurale avait seulement fait une préparation à la naissance classique/théorique, tandis que la quasi-totalité des patientes ayant accouché sans péridurale avait fait au moins un autre type de préparation pour leur accouchement en complément. Seulement 3 patientes n'ont fait aucune préparation à l'accouchement sans péridurale : une patiente ayant finalement opté pour la péridurale, et deux autres ayant déjà accouché sans péridurale auparavant.

Les cours de préparation à la naissance classiques, théoriques ne semblent pas avoir suffi à la préparation pour un accouchement sans péridurale. Cinq patientes sur les sept ayant accouché sans péridurale ont réalisé en complément : de la préparation par la respiration, par le ballon, par l'hypnose, ou encore le yoga. D'autres méthodes sont utilisées comme la sophrologie, la relaxation, la piscine, le winner flow et les lectures « quand on lit les récits de femmes qui accouchent sans péridurale, ça me donnait vraiment beaucoup envie » (D). Les préparations en hypnose et en respiration semblent avoir été efficaces le jour de l'accouchement « J'avais plus peur, l'hypnose ça m'avait aidé à avoir plus peur » (G). Pour les

autres types de préparations citées précédemment, la satisfaction des patientes n'a pas été franche.

Travailler mentalement a semblé être indispensable soit pour se mettre en condition psychologiquement et physiquement, soit au contraire pour apprendre à lâcher prise. Certaines patientes ont travaillé sur un précédent vécu d'accouchement douloureux « j'ai été suivie par la psychologue de la PMI, c'était aussi pour me préparer psychologiquement à ce deuxième accouchement vu justement le vécu que j'ai eu avec le premier (...) ça m'a aidé aussi à tourner la page et à me dire ça c'est une nouvelle histoire, un nouvel accouchement et ça va pas se passer comme le premier » (B), ou sur une grande appréhension de l'accouchement actuel « j'ai fait aussi du sport, quand j'étais dans les 3-4 mois de grossesse pour que je me motive (...) c'était pour le mental » (N). A l'inverse, certaines patientes ont ressenti le besoin d'être moins dans la réflexion : « c'était plus le lâcher prise moi qui me posait soucis pour l'accouchement (...) débrancher le cerveau c'est pas toujours simple » (K). Quelque soit la méthode choisie en amont de l'accouchement, la préparation, pour être un facteur de réussite du projet, nécessite d'être adaptée à chaque patiente.

Globalement les patientes ayant accouché sans péridurale avaient un meilleur niveau de confiance en elles que les patientes ayant accouché avec. Pour les patientes qui ont accouché sans péridurale, elles avaient toutes un niveau de confiance en elle très bon sauf l'une d'entre elle qui avait une confiance fluctuante à l'approche de l'accouchement. A contrario pour les patientes ayant accouché avec une péridurale, seule l'une d'entre elle avait un très bon niveau de confiance en elle, et pour les autres il était moyen ou fluctuant. Il semble y avoir un lien direct entre la confiance en soi et l'aboutissement du projet. La préparation en amont semble améliorer le niveau de confiance en soi et réduire le stress de l'événement à venir « J'étais plus sereine je pense de savoir qu'elle allait arrivée et que j'étais préparée mieux que la première ou j'avais rien fais » (K).

c) Gestion de la douleur en salle d'accouchement

Nous ne constatons pas de nette différence entre les patientes ayant pris la péridurale et celle s'en étant passé par rapport à leur gestion de la douleur avant et pendant le travail. Néanmoins une légère divergence est visible quant à la mobilisation du corps. En effet les patientes ayant fait le choix de ne pas prendre la péridurale ont toutes eu besoin de se mobiliser, ce qui n'est pas forcément le cas des patientes ayant opté pour la péridurale.

Le besoin d'être mobile était en première ligne avec notamment la marche, le ballon ou encore la danse. « de bouger c'est important » (F), « j'étais debout, du mouvement, tout le temps en mouvement » (G). Seule une minorité de patiente gérait sa douleur sur le côté ou en étant immobile.

L'un des piliers pour une bonne gestion de la douleur a été de se recentrer sur soi-même avec les exercices de respiration notamment « j'essayais de plus profiter de la détente du coup de ce qu'il y avait entre les contractions pour respirer un peu » (K). Quelques patientes évoquent une « bulle » (D, G, K) qu'elles se sont créées avec leur conjoint. « On était complètement déconnectés, heu j'ai même pas vu qu'il s'était passé 24h heures (...) j'ai pas eu la notion du temps (...) c'était notre petite bulle à nous et elles l'ont super bien respectée. » (D). A contrario, rares étaient les patientes ayant eu besoin d'extérioriser en poussant, en criant ou en faisant des vocalises. Plus faiblement, nous avons retrouvé la méthode du détournement d'attention par trois patientes, par exemple avec le peigne dans la main ou en serrant fort la main de leur conjoint.

d) Salle nature

La salle nature paraissait être l'endroit indispensable pour une bonne gestion de la douleur. Elle était synonyme de « cocon » (K) et a été très convoitée par les patientes « J'aurais adoré aller dans la salle nature » (D), « Comme elle était libre on avait tellement peur que ça nous passe sous le nez » (F). Les patientes ayant pu en bénéficier ont opté pour la chaleur avec la douche ou le bain « la douche chaude sur les reins ça soulage bien » (F), ou encore la musique « c'est vraiment la musique qui m'a aidé à me mettre dans ma bulle » (D). Dans l'ensemble les patientes ont préféré la lumière tamisée à la lumière franche ou à l'obscurité, bien qu'au moment où les contractions s'intensifiaient ce critère n'était plus pris en compte « j'en avais rien à faire, je sais même pas si la musique est restée ou si il y avait de la lumière ou pas » (K).

e) Soutien

Nous constatons que le soutien contribue fondamentalement au bon vécu d'accouchement. Le soutien du conjoint et des professionnels de santé de près ou de loin, a été indispensable. Qu'ils soutiennent ou non leur projet d'accoucher sans péridurale, l'importance a été leur respect et leurs encouragements. La quasi-totalité des patientes a géré sa douleur

avec le soutien de son conjoint « il a vraiment été un partenaire pour gérer mes contractions. Sans lui j'aurais pas pu tenir. » (G), « C'était un grand soutien, sa présence était indispensable » (C), « Il hésitait pas à me dire respire bien, il me proposait de la musique, il me proposait à boire enfin il essayait quelques trucs et puis je lui disais : non j'ai pas soif, non j'ai pas etc mais il essayait quoi. En tout cas il était là et c'était l'essentiel » (B).

Ces derniers ont pu leur apporter leur aide notamment avec des massages, du yoga, des postures sur le ballon « avec mon conjoint on a fait des postures de yoga avec le ballon et debout » (G), « dès qu'il y avait des contractions il y avait au moins une sage-femme qui était derrière pour me masser le dos (...) et il y en avait une qui était là, qui m'aidait à respirer, qui essayait de me parler d'autre chose pour ne pas que je sente trop la douleur » (H).

La plupart des patientes mentionnent un personnel soignant bienveillant (B,D,M), agréable (A,F,L), encourageant (E, H,I,K,L,M) et disponible (A,H, I, N) quelle que soit l'activité dans le service « je les ai remerciées parce qu'ils étaient là, ils m'encourageaient, malgré qu'il y avait pas eu le papa, on va dire qu'ils ont pris le rôle du papa » (H) ; « il y avait ces personnes autour de moi qui étaient là pour me donner de l'énergie en plus pour réussir à finir, ça c'était chouette » (M). L'atmosphère était dans l'ensemble rassurante (B,C, L, N) et détendue (D,J).

Seules les patientes ayant accouché sans péridurale ont eu du soutien extérieur à leur environnement familial et à leur conjoint pour leur projet, par exemple de la part d'amis, de leur sage-femme libérale ou encore d'association « l'association Coccinelle (...) c'est un endroit où on entend des histoires réussies d'accouchement sans péridurale qui se sont super bien passés (...) entendre des histoires positives c'est chouette quoi et ça ça augmente beaucoup le niveau de confiance » (M).

L'ensemble des patientes a pu faire part de leur projet d'accoucher sans péridurale aux professionnels de santé qui les entouraient. La plupart ont été soutenant « tout le monde a lu mon projet de naissance et tout le monde l'a respecté et c'était super » (M) sauf à l'égard d'une patiente « On l'a gentiment détruit le jour du déclenchement, une sage-femme qui n'était pas du tout pour l'accouchement sans péridurale et en fait elle a pris mon projet de naissance et elle me l'a lu et elle m'a dit : ça c'est pas possible, ça c'est pas possible » (D).

Le plus souvent, leurs souhaits ont été émis oralement à l'arrivée en salle de naissance.

D) Vécu de l'accouchement

Toutes les patientes ont un bon ou un très bon vécu de leur accouchement. Il n'y a pas de différence entre le vécu des patientes ayant accouché avec une péridurale et celles ayant accouchées sans.

Préparation à l'accouchement et confiance en soi semblent aller de pair pour un bon vécu d'accouchement. En effet, la préparation permet d'acquérir une plus grande sérénité pour franchir cet événement et donc un meilleur vécu « plutôt vachement meilleur que la première où j'y suis allée les mains dans les poches » (K). Les patientes ayant accouché avec une péridurale ne regrettent pas leur choix et certaines envisagent même de choisir une nouvelle fois cette analgésie pour une grossesse suivante « Finalement la péridurale si un jour je re accouche je pense que je la, je la referai quoi » (L). Seule une patiente ayant accouché sans péridurale n'est pas certaine de vouloir revivre cette expérience donnant comme raison la durée à supporter les contractions « Après si je dois re accoucher je suis pas sûre que je le ferais sans péridurale, parce que c'était vraiment long quand même » (G).

E) Axes d'amélioration

Des axes d'amélioration ont été soulevés par les patientes, notamment à propos de l'accompagnement et de l'environnement. Les patientes ont ressenti un manque d'information sur l'accouchement sans péridurale « je pense que j'aurais aimé être mieux accompagnée par rapport à la position (...) peut être d'être plus accompagnée dans ce type d'accouchement (...) on n'a jamais évoqué la poussée réflexe (...) » (G). Des points d'améliorations sont évoqués concernant l'aménagement de la salle nature « la salle nature, je l'ai trouvé un peu encombrée, j'ai trouvé qu'il y avait beaucoup de choses dans cette salle » (G) ; « (La douche) elle n'est pas pratique en salle nature parce qu'il n'y a rien pour tenir alors il faut tenir le jet en même temps (...) on a trouvé qu'en salle nature il n'y avait pas assez de vert » (F). Les salles de travail et de pré travail ont aussi eu des suggestions « j'aurais bien aimé avoir en plus c'est d'avoir plus de choses pour m'agripper un peu en hauteur » (M).

DISCUSSION

Notre étude interroge une thématique dans l'air du temps en obstétrique avec une augmentation du nombre de patientes ne souhaitant pas de péridurale pour leur accouchement.

Ce sujet qui peut attirer la réticence ou la curiosité du corps médical est bien souvent peu approfondi. Notre travail a été de s'intéresser aux motivations de ces patientes d'accoucher sans péridurale.

A notre connaissance cette étude est la première étude française qui traite à la fois les facteurs pouvant influencer la décision d'une péridurale ainsi que les motivations et le vécu des patientes ne souhaitant pas de péridurale au départ. La force de notre étude est d'avoir tenté d'identifier le moment et les conditions pouvant permettre d'atteindre un objectif, qui est dans ce cas précis l'accouchement sans péridurale.

Critiques de l'étude : Forces et limites

L'étude qualitative sous forme d'entretiens semble la plus adaptée pour étudier le vécu des patientes. Le nombre de patientes interrogées est satisfaisant pour une étude qualitative. L'échantillon est constitué à la fois de primipares et de multipares et à part égale de patientes ayant pris ou n'ayant pas pris la péridurale.

Les entretiens nous ont permis de discuter du sujet avec les patientes sans limite de temps et ainsi de percevoir leurs réactions, leurs émotions. L'étude n'a pas utilisé d'outils standardisés pour mesurer le niveau de confiance en soi et le vécu mais nous avons élaboré nos propres outils de mesure.

L'un des biais principaux est l'évaluation du niveau de confiance en soi des patientes à distance de leur décision d'accoucher avec ou sans péridurale. En effet la réponse de la patiente pouvait être influencée par la décision prise lors de l'accouchement. La période du post partum, durant laquelle ont été interrogées les patientes, est une période de vulnérabilité psychologique particulière, pouvant engendrer des biais dans les réponses des patientes. Cependant nous pouvons imaginer que si les entretiens avaient été effectués à plus grande distance de la grossesse et de l'accouchement, il y aurait sans doute eu un biais important de mémorisation. Le logiciel DIAMM a permis d'apporter des informations supplémentaires complétant notre recherche.

Les motivations à accoucher sans péridurale

La motivation est le point clé de l'aboutissement du projet d'accoucher sans péridurale. Selon Albert Bandura (1984), elle doit être positive avec la fixation d'un ou plusieurs objectifs. La seule présence de motivations négatives est vouée à l'échec car l'objectif est plus difficilement atteignable lorsqu'il est choisi par défaut (15). En accord avec cette théorie, nos

résultats montrent que les patientes ayant choisi la péridurale étaient habitées par de nombreuses craintes d'accoucher sans péridurale, ce qui les a menés à l'échec de l'objectif qu'elles s'étaient fixées. Au contraire, les patientes qui ont accouché sans péridurale n'avaient peu ou pas de crainte et se sont fixées un ou plusieurs objectifs pour y parvenir.

D'après les résultats de notre étude, la confiance en soi et en ses capacités est directement reliée à la réussite de l'objectif fixé. En effet on constate que la quasi-totalité des patientes n'ayant pas pris la péridurale avait un niveau de confiance en elles très bon, contrairement aux patientes ayant accouché avec la péridurale pour qui il était globalement moyen ou fluctuant. A l'appui, la théorie de la Self-efficacy (l'auto-efficacité), définie par Bandura, démontre que « la perception de notre niveau de compétences pour réaliser une tâche influence notre façon de l'appréhender et notre capacité à la réussir ». Les personnes qui doutent de leurs capacités sont facilement découragées par l'échec, alors que celles qui ont confiance en leur capacité à atteindre un objectif intensifieront leurs efforts lorsque leurs performances seront insuffisantes et persévéreront jusqu'à ce qu'elles réussissent (15). Ainsi, les patientes ayant confiance en leur capacité d'accoucher sans péridurale n'hésiteront pas à utiliser la préparation à la naissance comme tremplin vers la réussite de leur projet si elles jugent en avoir besoin.

Les patientes de notre étude, dans l'ensemble, ont utilisé la préparation à la naissance pour mettre toutes les chances de leur côté d'atteindre leur objectif. Cependant, ce constat ne se limite pas aux patientes ayant un très bon niveau de confiance en elles. Nous pouvons alors nous demander si de ce fait certaines patientes utilisent la préparation à la naissance pour espérer atteindre un niveau de confiance en elles supérieur. La relation « confiance en soi » et « préparation à la naissance » serait donc d'influence réciproque.

La préparation à la naissance

La préparation à la naissance permettrait à la fois d'augmenter le niveau de confiance en soi durant la grossesse et de réduire la perception douloureuse au cours de l'accouchement, deux leviers essentiels menant à la réussite du projet d'accoucher sans péridurale.

Comme évoqué précédemment, la préparation à la naissance permettrait de renforcer la confiance en soi et procurer une certaine sérénité. Bandura admet que la confiance en soi permet la réussite. C'est par ce biais que nous notons l'implication de la préparation à la naissance dans la réussite du projet d'accoucher sans péridurale (15).

Une étude croate s'accorde avec Melzack pour souligner l'intérêt des cours de préparation à la naissance théoriques et éducatifs visant à diminuer l'anxiété des patientes à l'approche de l'accouchement. De manière analogique, les résultats de notre étude ont montré que la préparation psychologique et physique permettait aux patientes de lâcher prise sur des peurs et des craintes concernant l'accouchement. C'est le cas de la patiente ayant utilisé l'hypnose pendant sa grossesse pour lui permettre de diminuer ses peurs par exemple.

Nous comprenons ici l'importance d'une préparation permettant de se détendre, d'apporter des connaissances et de prendre confiance en soi. Il n'y a pas de gold standard parmi les types de préparation à l'accouchement car la meilleure préparation est celle adaptée à la patiente et à ses besoins. C'est pourquoi nous notons l'absence de prédominance d'un type de préparation à la naissance dans nos résultats, hormis la préparation théorique associée aux exercices de respiration. Ceci s'explique certainement par le fait que ces cours de préparation classiques soient le plus souvent proposés et connus de tous et qu'ils soient pris en charge par la sécurité sociale. De plus, la préparation théorique n'est-elle pas vue comme un passage « obligé » avant de s'orienter vers des types de préparations spécifiques ? L'apport de connaissances théoriques en matière d'accouchement apporterait un certain soutien émotionnel pour les parturientes et réduirait la douleur. Melzack et d'autres auteurs rappellent que « L'incertitude de ce qui nous attend est parfois beaucoup plus difficile à supporter que le travail et l'accouchement eux-mêmes. » (16). Ainsi, l'anxiété et la peur sont directement corrélées à une perception plus intense de la douleur et la préparation à la naissance pourrait adoucir la perception de la sensation douloureuse (16). La préparation à la naissance parfaite serait donc celle qui permettrait d'augmenter le niveau de confiance en soi ? Donc faut-il connaître le niveau de confiance en elle de chaque femme pour adapter au mieux la préparation à chaque patiente ? L'entretien prénatal précoce (EPP) pourrait jouer un rôle clé dans ce dépistage en début de grossesse. Les patientes ayant un très bon niveau de confiance en elle, ont-elles besoin de préparation ?

Mais l'anxiété, la peur et la confiance en soi ne sont pas les seuls à avoir une influence sur ce qui relève d'une véritable épreuve dans l'accouchement sans péridurale : la douleur.

La perception et la gestion de la douleur

Selon A. Margot-Duclot, souffrir dans l'idée d'atteindre un objectif que l'on s'est fixé permet d'appréhender la douleur et de mieux la gérer : « Percevoir la douleur c'est enfin lui donner un sens pour mieux la contrôler » (17). La douleur obstétricale, multidimensionnelle, est

influencée et parfois atténuée notamment par la parité, la préparation à la naissance et à la parentalité, l'état psychologique de la patiente et la durée du travail (2). L'état psychologique des patientes n'a pas été étudié dans notre travail de recherche.

a) Parité

L'évaluation de l'influence de la parité sur la douleur est une limite dans notre étude qui est constituée de seulement trois patientes primipares. Mais ce constat peut faire écho aux résultats dans lesquels nous démontrons qu'un accouchement précédent sans péridurale est une motivation supplémentaire à réitérer l'expérience. Dans les Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, il est mentionné une très forte association entre la primiparité et le fait d'accoucher avec une péridurale initialement non souhaitée (18). Aussi, il est communément admis dans la littérature que la durée du travail d'une patiente primipare est en moyenne plus longue que celle d'une patiente multipare, ceci pouvant expliquer cette association (19).

b) Durée du travail

Notre étude a observé que plus la durée du travail est courte, plus la douleur est « tolérable » et inversement. Comme évoquée précédemment, la parité fait varier la durée du travail, elle a donc aussi une influence sur la perception de la douleur obstétricale.

Si l'on a tiré de notre étude que le travail des patientes sous péridurale étaient en moyenne plus long que le travail des patientes sans péridurale, deux hypothèses sont alors à explorer : la première serait que la péridurale augmente la durée du travail, la seconde serait que l'accouchement sans péridurale réduirait le temps de travail. Ces deux hypothèses semblent détenir une part de vérité liée notamment à la mobilité. Si la péridurale induit l'impossibilité de déambuler, l'accouchement sans péridurale quant à lui fait de la mobilité son allié.

c) Mobilité

La plupart des patientes que nous avons interrogée était en recherche d'une mobilité. Les écrits de L. Ben Regaya et de A. Lawrence ont démontré que durant la phase de latence la déambulation permettait une moindre sensation douloureuse que la station couchée. De plus, la déambulation permet de réduire de manière significative la durée de la phase de latence ainsi que le recours à une péridurale (20) (21). Ainsi, la mobilité influence à la fois la perception de la

douleur et la durée du travail. Selon l'enquête nationale périnatale de 2021, parmi les patientes ayant exprimé des demandes écrites ou orales à leur arrivée en salle d'accouchement, 60,1% étaient désireuses de pouvoir marcher/changer de position (7). Le projet de naissance écrit a été utilisé que très peu de fois dans notre étude, la majorité des patientes ont fait part de leurs souhaits aux professionnels de santé à l'oral à leur arrivée. Ce constat est peu étonnant au regard de la dernière enquête périnatale qui évalue à 10.2% le nombre de patientes ayant fait un projet de naissance en 2021 malgré une augmentation depuis 2016 (7).

d) Le soutien

Le soutien apporté par l'équipe soignante et le conjoint a été une force indispensable à la gestion de la douleur pour les patientes interrogées. Certaines vont même jusqu'à remettre en cause leur capacité à réussir à accoucher si elle n'en avait pas eu. Ces résultats sont en accord avec A. Margot-Duclot pour qui la douleur est subjective et son vécu est influencé par son relationnel notamment. Elle y ajoute la participation du système culturel et social que nous n'avons pas étudié. Nous confirmons ici l'importance de l'entourage personnel de la patiente ainsi que sa relation avec l'équipe médicale pour un meilleur vécu (17).

Si la présence du ou de la partenaire n'est pas un facteur significatif influençant l'intensité de la douleur (16), l'importance d'un soutien diminue de manière significative le recours à un soulagement pharmacologique et améliore le vécu (22). Certaines patientes sont satisfaites par la seule présence de leur partenaire, et d'autres ont besoin de leur implication et de leur aide. Par exemple, une des patientes avaient effectué des cours de préparation à la naissance en yoga avec son conjoint, les a mis en application le jour de l'accouchement, et en était très satisfaite. D'autres, sans formation particulière ont été d'une grande aide en détournant l'attention de leur femme, en les massant et en les encourageant.

La place de l'accompagnant est essentielle dans l'aide à la gestion de la douleur. Les sages-femmes peuvent former ou guider les partenaires pour une participation active de leur part. Il serait pertinent d'explorer le sentiment de compétence des sage-femmes dans ce rôle, car nous pouvons imaginer qu'un accompagnement variable du couple est susceptible d'aboutir à une issue différente du projet.

e) La Salle nature

Les structures hospitalières peuvent sembler inadéquates au caractère physiologique de la grossesse et de l'accouchement et accroître l'anxiété des femmes lors de leur venue. C'est

pourquoi la mise en place de maisons de naissances ou de modèles « d'accouchement naturel » au sein des hôpitaux voient le jour (10). L'objectif étant d'accompagner au mieux les femmes ayant un projet de naissance prédéfini et souhaitant accoucher sans péridurale. Michel Odent est précurseur de l'idée d'une mise en place « d'accouchement naturel » en Europe avec sa « Salle sauvage » : « un espace et une atmosphère où les femmes puissent se laisser aller, perdre le contrôle, s'abandonner complètement au ressenti de leur corps » (10). Puis en 1984 naît l'invention de la « Salle nature » pour répondre au besoin des femmes d'accoucher dans un lieu dé-technicisé où elles se sentent libres d'écouter les instincts de leur corps. La chambre de l'accouchement naturel est une pièce aménagée comme une chambre à coucher classique, avec un lit double, le moins de matériel médical possible, une baignoire, un tabouret hollandais, des coussins et des anneaux. Cette salle était positionnée à l'écart des autres salles d'accouchement afin d'offrir une plus grande intimité au couple. Pas si classique puisqu'elle est actuellement l'auteur de nombreuses représentations pour les femmes, la représentation même de ce qu'est pour elles « l'accouchement physiologique ». Comme relaté dans notre étude, cette salle est perçue par les femmes comme un « cocon », un lieu à part leur permettant de s'inscrire dans une « bulle » avec leur conjoint et leur nouveau-né à venir. La salle nature semble être l'endroit ressource pour accompagner les patientes souhaitant un accouchement sans péridurale.

f) Les méthodes non pharmacologiques

Pour les aider à se mettre dans cette bulle afin de gérer au mieux leur douleur, certaines patientes interrogées se sont appuyées sur la respiration, le yoga, ou encore l'autohypnose. Les patientes concernées sont en faible nombre mais ont montré un réel intérêt pour ces méthodes non pharmacologique de gestion de la douleur. Malgré une faible proportion de patientes concernées, l'ENP de 2021 constate une augmentation du recours à ces méthodes et explique cela par deux hypothèses principales : une proposition plus récurrente de méthodes alternatives à la péridurale par les sages-femmes et/ou une augmentation des demandes des femmes de pouvoir utiliser des méthodes non médicamenteuses (7). Cette dernière hypothèse semble être en lien avec l'augmentation du nombre de femmes souhaitant accoucher sans péridurale et qui recherche à être soulager par d'autres moyens.

Les bienfaits de l'ostéopathie, l'acupuncture, l'acupression et les méthodes de relaxation sont maintenant largement démontrés avec des résultats sur la gestion de la douleur avec notamment un effet sur le stress et l'anxiété (23). Les méthodes de relaxation regroupent les massages, la musique, le yoga, la sophrologie et l'haptonomie. Parmi elles, seule la musique, les

massages et le yoga ont été utilisés par plusieurs patientes de notre étude qui ont été satisfaites de leur utilisation. Ainsi, elles mériteraient d'être proposées d'emblée à toutes les patientes avant même de proposer la péridurale. Elles pourraient suffire à soulager certaines patientes et diminuer ainsi le recours à la péridurale. Pour celles ayant finalement pris la décision d'avoir une péridurale, ces méthodes pourraient être complémentaires et permettre une moindre concentration en produits analgésiques. Il conviendrait dans ce cas que toutes les sage-femmes aient bénéficiées de formations complémentaires en méthode non pharmacologique pour aider les femmes dans leur gestion de la douleur. Ces méthodes alternatives de gestion de la douleur devraient-elles être intégrées et développées dans le référentiel métier des sage-femmes ou appartient-il à chacune d'entre elles de suivre dans le cadre de la formation continue un apprentissage ciblé en fonction de sa sensibilité professionnelle ?

g) La péridurale

Les résultats de notre étude, en accord avec l'HAS, le CNGOF et le CNSF montrent que les femmes ayant accouché avec une péridurale sont dans la grande majorité très ou plutôt satisfaites. Cette analyse en est de même pour les patientes ne souhaitant pas de péridurale a priori et finissaient par en avoir une. Cette satisfaction peut être expliquée par les bénéfices qu'elles y ont trouvés : le possible maintien d'une partie de leur mobilité et de leurs sensations et des avantages tels que pouvoir se reposer, reprendre des forces, profiter pleinement de l'accouchement. Encore faut-il que les produits analgésiques ne soient pas trop dosés, au risque de ne pas obtenir ces bénéfices. La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) en 2006 rapporte que la péridurale à faible concentration d'analgésiques permet de limiter le bloc locorégional en préservant la sensibilité épicroticienne, la motricité et la proprioception. La péridurale ne modifie peu ou pas la durée de la dilatation cervicale dès lors que les anesthésiques sont utilisés à faible concentration (24). Là où des patientes recherchent une possible mobilité, un maintien de sensation et un répit à cette douleur, la péridurale à faible dose pourrait être une bonne alternative pour les satisfaire.

Ces résultats nous amènent à penser que l'association de méthodes non pharmacologiques et d'une péridurale déambulatoire à faible dose, permettant la mobilité, le maintien de sensations et une moindre surveillance, pourrait améliorer le vécu et la satisfaction des patientes.

Perspectives et ouverture

Il aurait été pertinent d'exploiter davantage le vécu des accouchements précédents afin de comparer davantage l'impact du précédent vécu sur l'accouchement actuel. Au contraire, une étude seulement composée de primipares permettrait d'évaluer les facteurs en excluant un précédent vécu d'accouchement sans péridurale ainsi qu'un effet de la parité sur la durée du travail.

Il serait intéressant d'observer les résultats de cette étude avec une population de sportives de haut niveau qui allient motivation, atteinte d'objectifs et préparation au quotidien. De la même manière, il serait pertinent d'étudier une population de malades chroniques qui subissent la douleur continuellement comparativement à une douleur passagère et « choisie » que représente l'accouchement.

CONCLUSION

L'accouchement est un processus naturel et de nombreuses femmes choisissent d'accoucher sans recours à la péridurale. Cette approche non médicamenteuse peut être une expérience profondément valorisante pour les femmes mais relève d'une véritable épreuve là où la péridurale, comme méthode analgésique de première classe, est à portée de main.

L'objectif de l'étude était d'identifier les facteurs influençant la réussite d'un accouchement souhaité sans péridurale.

La motivation constitue le pilier de la réussite vers l'accouchement sans péridurale. Nos résultats ont révélé une interaction de facteurs personnels, environnementaux et obstétricaux qui contribuent à la réussite de l'accouchement sans péridurale. Il s'agit d'une part des facteurs personnels tels que l'anxiété, la confiance en soi et l'expérience, d'autre part des facteurs environnementaux tels que le soutien social, la salle nature et les méthodes non pharmacologiques et enfin, des facteurs obstétricaux que sont la parité et la durée du travail. En comprenant ces données, les professionnels de santé peuvent accompagner ces femmes dans leur désir d'accoucher sans péridurale. La préparation à la naissance permet de renforcer leur confiance en elles et de réduire leurs craintes afin de se sentir prête le jour de l'accouchement. Elle est à adapter aux besoins de chaque femme. Les sources de chaleur, la respiration, le soutien, la mobilité, les méthodes non pharmacologique et le centrage contribuent à une bonne gestion de la douleur en salle d'accouchement.

L'accouchement sans péridurale reste une démarche volontaire et un cheminement propre à chaque femme. Le témoignage des participantes nous a permis de mettre en lumière des pistes à destination des femmes qui ont le souhait d'accoucher sans péridurale, et nous leur proposons pour cela un support visuel (cf Annexe).

Il serait pertinent de s'intéresser au point de vue des professionnels accompagnant ces patientes, afin de recueillir leur vécu et des pistes d'amélioration éventuelles pour un meilleur accompagnement.

BIBLIOGRAPHIE

1. Burg Y, Bonnet MP.
Maintenir une analgésie péridurale de qualité au cours du travail obstétrical (podcast).
Le Praticien en Anesthésie Réanimation. juin 2014 ; 18(3) : 151-7.
2. Merrer J, Cinelli H.
Origines et caractéristiques de la douleur du travail et de l'accouchement.
Sages-Femmes. 1 juill 2020 ; 19(4) : 12-4.
3. Evrard A.
Douleurs de l'accouchement : quand le vécu des femmes rencontre les représentations des soignants.
Périnatalité. 2021 ; 13(3) : 116-21.
4. Chabbert M, Wendland J.
Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : un impact sur les relations précoces mère – bébé ?
Revue de Médecine Périnatale. 2016 ; 8(4) : 199-206.
5. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F.
La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales.
La Revue Sage-Femme. 1 juin 2012 ; 11(3) : 128-43.
6. Quagliariello C, Topçu S.
La péridurale, un non-choix ? Ethnographie des formes de résistance à une innovation « miracle ».
Anthropologie & Santé Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé [Internet]. 23 nov 2021 [cité 24 janv 2022];(23). Disponible sur:
<http://journals.openedition.org/anthropologiesante/9874>
7. Santé Publique France.

Enquête nationale périnatale 2021 [Internet]. 2021 [cité 15 nov 2022]. Disponible sur:
<https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-perinatale-2021>

8. Petitprez K, Guillaume S, Mattuizzi A, Arnal M, Artzner F, Bernard C, et al. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) avec la collaboration du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) et du Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF) – Texte des recommandations (texte court). *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. déc 2020 ; 48(12) : 873-82.
9. Séjourné N, Callahan S. Les motivations des femmes pour accoucher avec ou sans analgésie péridurale. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 févr 2013 ; 42(1) : 56-63.
10. Quagliariello C. L'accouchement naturel contre l'hôpital moderne ? *Anthropologie & Santé Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé* [Internet]. 17 nov 2017 [cité 21 avr 2022] ; (15). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2780>
11. Briex M. Vers un accompagnement plus humain de la grossesse et de l'accouchement. *Spirale*. 21 oct 2016 ; 79(3) : 183-93.
12. Bonnefont S. Bâtir une relation de confiance grâce au projet de naissance. 2022 ; 4.
13. Dutriaux N. Recours à la péridurale : les femmes et les sages-femmes ont-elles encore le choix ? *La Revue Sage-Femme*. févr 2016 ; 15(1) : 1-2.
14. Chantry AA, Boillot E, Dupont C. Efficacité et sécurité des méthodes alternatives à l'analgésie péridurale pendant le travail. *Rev med perinat*. déc 2012 ; 4(4) : 206-13.
15. Bandura A, Cervone D. Differential engagement of self-reactive influences in cognitive motivation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. août 1986 ; 38(1) : 92-113.

16. Havelka Meštrović A, Bilić M, Buhin Lončar L, Mičković V, Lončar Z.
PSYCHOLOGICAL FACTORS IN EXPERIENCE OF PAIN DURING CHILDBIRTH.
Collegium antropologicum. 20 nov 2015 ; 39(3) : 557-65.
17. Margot-Duclot A.
Influence de la culture sur le vécu et le comportement de la douleur ☆ Cultural influences on pain perception and behaviour.
Archives de pédiatrie. 2007 ; 3.
18. Kpéa L, Bonnet MP, Le Ray C, Prunet C, Blondel B.
Accoucher avec une péridurale initialement non souhaitée : situation chez les femmes à bas risque de césarienne en France en 2010.
Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. sept 2014 ; 33 : A352-3.
19. Abalos E, Oladapo OT, Chamillard M, Díaz V, Pasquale J, Bonet M, et al.
Duration of spontaneous labour in 'low-risk' women with 'normal' perinatal outcomes: A systematic review.
European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 1 avr 2018 ; 223 : 123-32.
20. Ben Regaya L, Fatnassi R, Khelifi A, Fékih M, Kebaili S, Soltan K, et al.
Intérêt de la déambulation au cours du travail obstétrical : étude prospective randomisée de 200 cas.
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. déc 2010 ; 39(8) : 656-62.
21. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C.
Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2013 [cité 20 oct 2023];(8). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub3/full>
22. Khresheh R.
Support in the first stage of labour from a female relative: the first step in improving the quality of maternity services.
Midwifery. 1 déc 2010 ; 26(6) : e21-4.
23. David H.
Repenser la naissance : pistes de réflexions pour une prise en charge globale et humaine coordonnée par le pédiatre, de la conception à la période post-natale.
Archives de Pédiatrie. déc 2017 ; 24(12) : 1169-72.
24. Ducloy-Bouthors AS, Keita-Meyer H, Bouvet L, Bonnin M, Morau E.
Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) avec la collaboration du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

(CNGOF) et du Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF) – Bien être maternel et prise en charge médicamenteuse de la douleur.
Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. déc 2020 ; 48(12) : 891-906.

Annexe

Annexe 1 : Affiche à destination des patientes souhaitant un accouchement sans péridurale.

