



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

# MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

réalisé au sein de

l'Université Claude Bernard– Lyon 1

UFR de médecine et maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

---

## SE PREPARER A UN ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE : LES OUTILS DES FEMMES

---

Amandine LOTTO

Née le 01 octobre 1996

Promotion 2016 - 2020

CHARRIER Philippe, sociologue, CNRS de Lyon  
SEVELLE Bérangère, sage-femme formatrice

Directeur de mémoire  
Enseignante

# Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont accompagnée et ont contribué à la réalisation de mémoire :

- **Mr Philippe Charrier**, directeur de mémoire, pour avoir accepté de me guider et me soutenir dans ce travail et pour m'avoir consacré de son temps.
- **Mme Bérangère Sevelle**, sage-femme formatrice et guidante, pour m'avoir accompagné tout au long de mes études et ce mémoire, pour sa disponibilité, pour son écoute et son soutien permanent.
- **Toutes les patientes interrogées** pour avoir pris le temps de me recevoir et d'avoir grandement participé à mon travail.
- **L'équipe pédagogique de l'école de Bourg-en-Bresse**, Nathalie, Myriam, Paola, Françoise, pour ses quatre années d'études, votre soutien et votre écoute ont fait la différence.
- **Mes copines de promotion** pour tous ses souvenirs, ses soirées folles ou de réconfort, et cette bienveillance qui nous caractérise tant : Olivia, Noémie, Manon, Tatiana, Clémence, Marie D, Louise, Lysa, Marie R, Mathilde, Pauline, Marion S, Cécile.
- **A mes enfants du BDE** pour m'avoir fait grandir pendant ce mandat malgré votre grain de folie.
- **A mes amis**, Fanny, Mélanie, Renan, pour votre présence après tant d'années.
- **A ma famille**, pour m'avoir supportée durant ses études et l'écriture de ce mémoire, pour votre soutien infailible, peu importe où vous êtes.

# Liste des abréviations

AAD : Accouchement Assisté à Domicile

APD : Analgésie Péridurale

ASD : Accouchement Sans Douleur

CIANE : Collectif Inter-associatif Autour de la Naissance

CU : Contractions Utérines

EPP : Entretien Prénatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

MDN : Maison de Naissance

MDN PHAM : Maison de Naissance Premières Heures Au Monde à Bourgoin-Jallieu

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

# Sommaire

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>Matériel et méthodes .....</b>	<b>5</b>
<b>Résultats.....</b>	<b>7</b>
<b>I. Echantillon étudié.....</b>	<b>7</b>
<b>II. Données de l'analyse .....</b>	<b>9</b>
Thème 1 : Préparation à la naissance et à la parentalité .....	9
Thème 2 : La douleur .....	14
Thème 3 : Les facteurs environnementaux.....	18
<b>Discussion.....</b>	<b>25</b>
Critique de l'étude : forces, limites et biais .....	25
La douleur : comment peut-elle devenir un allié pour la femme ?.....	26
L'environnement : un élément clé de la réussite d'un accouchement physiologique ?.....	34
L'accouchement naturel : une nouvelle norme ? .....	40
Axes d'amélioration.....	44
<b>Conclusion .....</b>	<b>48</b>
<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>50</b>
<b>Annexes .....</b>	
Annexe 1 : Protocole de recherche, résultats de l'enquête exploratoire .....	
Annexe 2 : Lettre d'informations aux patientes .....	
Annexe 3 : Trame d'entretien .....	

# Introduction

L'accouchement est au cœur d'évolution et de débats. Les douleurs de la naissance questionnent notamment. Elles se sont longtemps imposées comme une fatalité dans la vie des femmes.

Dès l'Antiquité, des moyens se mettent en place pour les atténuer : accompagnement particulier, environnement calme, sédatifs, amulettes, reliques... Puis, à partir de 1847, l'anesthésie obstétricale au chloroforme apparaît. Aussi appelé « l'accouchement à la reine » après son utilisation par la reine Victoria en 1853, cette technique prospère jusqu'au XX<sup>ème</sup> siècle où les femmes préfèrent alors l'anesthésie générale (1).

L'accouchement sans douleur ou ASD vient révolutionner l'obstétrique dans les années 1950. Amorcée en URSS, cette méthode d'analgésie psychoprophylactique s'installe en France grâce au docteur Fernand Lamaze. Elle se base sur le constat que la douleur est d'origine culturelle. L'analgésie peut alors se faire grâce à l'éducation des patientes (2). Ainsi, des séances de préparation se développent afin de porter à la connaissance des femmes ce qu'il se passe dans leur corps lors de l'accouchement et de les préparer physiquement (3). Depuis 1959, huit séances sont remboursées pour chaque grossesse (4). Les femmes prennent alors totalement part à ce moment grâce aux connaissances qu'elles acquièrent (5). Ce mouvement est corrélé à une révolution plus globale de la condition féminine avec l'obtention du droit de vote et du droit au travail.

Dans les années 1970, l'accouchement sans douleur est accusé de vouloir contrôler les femmes et de les culpabiliser en cas d'échec. Les femmes militent alors pour ne plus souffrir lors de l'enfantement et cela passe par la péridurale (3). L'analgésie péridurale (ou APD) est une technique pharmacologique d'anesthésie locorégionale inventée au début du XX<sup>ème</sup> siècle. Après une lente installation au début du siècle, le contexte post-ASD permet l'essor de ce procédé. Les hôpitaux doivent se réorganiser pour répondre à la demande des femmes. En 1994, le remboursement de la péridurale par la sécurité sociale est possible grâce au combat de Simone Veil (6). C'est à partir de là qu'elle connaît une expansion fulgurante.

Malgré une médecine de plus en plus technique, le domaine de la naissance voit émerger le souhait d'un retour vers un accouchement physiologique depuis les années 1990. Les parents aspirent à vivre ce moment plus naturellement (7).

L'accouchement normal se définit selon deux aspects principaux. D'une part, la physiologie se rapporte à la qualification médicale de l'accouchement, c'est-à-dire à bas risque sans complications. D'autre part, cette notion renvoie à la prise en charge médicale notamment en limitant les interventions médicales non nécessaires au bon déroulement de l'accouchement (8). Ces dimensions différentes de la physiologie rendent difficiles une définition unique et universelle de l'accouchement naturel.

Le collectif inter-associatif autour de la naissance (CIANE) en propose une en 2015 : « *un accouchement au cours duquel on préserve le rythme et le déroulement spontanés du travail, de l'expulsion et de la délivrance,*

*notamment en ne recouvrant pas aux interventions suivantes : analgésie péridurale, administration de syntocinon, rupture de la poche des eaux, épisiotomie, extraction instrumentale » (9).*

Selon les recommandations de 2017 de la Haute Autorité de Santé (HAS), « *un accouchement normal débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de faibles risques identifiés au début du travail. Cette situation (quant aux risques évalués en continu) perdure tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément en position du sommet entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée. L'accouchement normal est confirmé par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère. Il permet la mise en place dans un climat serein d'un certain nombre d'attentions favorisant le bien-être maternel et familial et l'attachement parents/enfant » (8). Cette définition exclue ainsi de la physiologie l'analgésie péridurale et l'administration d'oxytocine pour accélérer le travail.*

Dans notre travail, nous allons considérer les termes « accouchement normal ou naturel ou physiologique » comme synonymes.

La préparation à la naissance est le premier recours pour élaborer ce type de projet. Ayant évoluées avec la médicalisation de l'accouchement, les séances s'orientent maintenant vers un accompagnement plus global de la femme et du couple (10). Il est question de « préparation à la naissance et à la parentalité » ou PNP. Ce soutien personnalisé des femmes a été une priorité du plan périnatal de 2005-2007 (11). Selon l'enquête nationale périnatale de 2016, 77.9% des primipares suivent ces séances contre 33.8% des

multipares. Ces chiffres sont en constante augmentation. En Auvergne-Rhône-Alpes, 84.8% des primipares réalisent de la PNP (12).

Afin d'homogénéiser les pratiques, l'HAS a réalisé des recommandations sur la PNP en 2005. La participation active du couple est favorisée en suggérant la réalisation d'un projet de naissance. Il s'agit de « *la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins locale* » (10). Il peut ainsi inclure la préparation à la naissance, les modalités d'accouchements et de suivi, les souhaits pour le post-partum. Les objectifs de ses recommandations sont multiples, notamment d'améliorer les compétences des femmes et des couples en matière de santé, de soutenir à la parentalité et de prévenir les troubles du lien mère-enfant. Pour cela, un entretien prénatal précoce (EPP) est conseillé le plus tôt possible dans la grossesse afin d'évoquer tous ses sujets (10).

Avec notre étude, nous avons aspiré à rechercher les différents outils utilisés par les femmes pour réussir leur projet d'accouchement naturel. L'objectif premier est de comprendre comment les futures mères se préparent à ce nouveau mode d'accouchement. Notre second objectif est de repérer quelles notions sont à privilégier lors des préparations à la naissance afin d'accompagner au mieux ces patientes.

Notre hypothèse initiale de travail a été que les femmes souhaitant ce projet spécifique recherchent des méthodes alternatives de préparation à la naissance. Elles réalisent diverses préparations conjointement dans le but de trouver des ressources pour se sentir capable d'affronter cette épreuve.

# Matériel et méthodes

Notre étude est inscrite dans le domaine de la sociologie, science de l'observation de la société et des phénomènes sociaux. Une méthode qualitative observationnelle basée sur des entretiens semi-directifs est utilisée.

Les patientes incluses dans l'étude sont des primipares ayant accouchées, par choix, sans analgésie péridurale. Sont exclues les multipares, les patientes ayant eu une analgésie péridurale ou ne parlant pas le français.

Afin d'avoir une hétérogénéité de la population, les lieux d'accouchement étaient variés : maternités de tous types, plateau technique, maison de naissance et accouchement à domicile.

Le recrutement des patientes s'est fait selon deux voies. Plusieurs sages-femmes libérales exerçant en plateau technique ou en maison de naissance ont été contactées. Après accord, elles étaient chargées de transmettre une lettre d'information aux patientes cibles. Ce courrier – disponible en annexe 2 - contenait une présentation de l'étude ainsi que nos coordonnées pour que les femmes puissent nous contacter en vue d'effectuer un entretien. Il s'agissait d'une démarche basée sur le volontariat de la patiente. Un rendez-vous physique ou éventuellement téléphonique était ensuite convenu avec l'intéressée.

Le même procédé a été réalisé dans des centres hospitaliers auprès des cadres de service de suite de couches.

Pour construire la trame d'entretien, trois thèmes principaux ont été définis à partir de la bibliographie : la préparation à la naissance et à l'accouchement, la gestion de la douleur, les facteurs environnementaux. Les critères de jugements de l'étude en ont découlé.

La trame permettait d'aborder le déroulement de l'accouchement. Elle comprenait aussi des questions d'approfondissement pour chaque thème. Le lecteur peut en prendre connaissance en annexe 3.

Début septembre 2019, un entretien test a été réalisé pour vérifier la pertinence des questions posées. Il est inclus dans l'étude.

Au début de chaque entretien, le consentement de la patiente a été vérifié, ainsi que l'autorisation d'enregistrer l'entretien avec un dictaphone. Il était aussi précisé que l'anonymat serait respecté.

Chaque entretien a été retranscrit le plus tôt possible dans un fichier Word après réécoute grâce au logiciel d'aide à la retranscription Otranscrib. Une grille de données a permis l'analyse des informations recueillies. Les retranscriptions ont été anonymisées. Chaque patiente a été renommée par une lettre de l'alphabet, de A à M, selon un ordre aléatoire.

Les entretiens ont été arrêtés lorsque nous avons constaté une saturation des données et des informations recueillies.

# Résultats

## I. Echantillon étudié

13 entretiens ont été réalisés dont 11 au domicile des patientes et 2 par téléphone à la demande des interrogées. Ils se sont étalés sur une période du 9 septembre au 4 décembre 2019. Le délai moyen entre la date d'accouchement et celle de l'entretien a été de 38 jours, les extrêmes étant 13 et 114 jours. Les entretiens ont duré entre 42 min et 1h40, la durée moyenne étant d'une heure.

Durant 3 des entretiens, le conjoint s'est immiscé au cours de l'échange et a participé, soit pour compléter les réponses de la patiente, soit pour donner son avis. Ces données ont été analysées de manière secondaire.

Le recrutement a été réalisé dans de multiples structures du secteur public (*cf tableau 1*). La maison de naissance PHAM est une structure autonome.

*Tableau 1 : Répartition du recrutement*

Lieu de naissance		Type de maternité	Nombre de patientes recrutées	
Maison de naissance PHAM	Isère (38)	<b>MDN</b>	4	Mmes : K – A – M - I
Centre Hospitalier de Valence	Drôme (26)	<b>2b</b>	3	Mmes : C – B - L
Centre Hospitalier de Givors	Rhône (69)	<b>1</b>	2	Mmes : G - H
Plateau technique au Centre Hospitalier Pierre Oudot	Isère (38)	<b>2a</b>	1	Mme D
Plateau technique au Centre Hospitalier de Givors	Rhône (69)	<b>1</b>	1	Mme J
Plateau technique aux Hôpitaux Drôme Nord de Romans-sur-Isère	Drôme (26)	<b>2a</b>	1	Mme E
Accouchement assisté à domicile <i>Initialement prévu au plateau technique de Romans-sur-Isère</i>	Drôme (26)	<b>AAD</b>	1	Mme F

Parmi l'échantillon, 11 femmes étaient de nationalité française et 2 de nationalité brésilienne, arrivées en France depuis respectivement 3 et 5 ans.

L'âge médian des patientes interrogées a été de 33 ans. En 2015, l'âge moyen des femmes accouchant de leur premier enfant en France était de 28,5 ans (13). Notre échantillon était ainsi nettement plus âgé que la population générale, notre moyenne étant de 32,8 ans.

Toutes les patientes vivaient en couple. Seules 4 de ces patientes étaient mariées, 9 étaient en concubinage ou pacsés. En 2019, 2 enfants sur 3 naissaient hors mariage en France, tout rang confondu (14). Sur ce point, notre échantillon dénote peu de la situation générale en France.

Les femmes interrogées étaient toutes en activité professionnelle et diplômées du baccalauréat au minimum. 12 ont poursuivi les études au-delà de ce diplôme.

Trois catégories socio-professionnelles ont été représentées dans l'échantillon, avec une prégnance des catégories de classes moyennes voire supérieures. 5 femmes étaient cadres ou appartenaient aux professions intellectuelles supérieures, 7 aux professions intermédiaires et 1 était employée. Il faut également souligner que 4 patientes travaillaient dans le secteur paramédical.

Toutes ces primipares ont accouché voie basse sans extraction instrumentale. Deux d'entre elles ont dû être déclenchées, chacune par un mode différent.

## II. Données de l'analyse

### Thème 1 : Préparation à la naissance et à la parentalité

#### Type de préparation

Toutes les patientes interrogées avaient réalisé une préparation à la naissance et à la parentalité avec une sage-femme.

Huit femmes avaient choisi de combiner cette préparation à une ou plusieurs techniques telles que l'haptonomie, le yoga, la sophrologie ou le chant prénatal. Nous avons enregistré l'usage de méthodes variées mais aucune ne se démarquait des autres.

L'haptonomie a été privilégiée chez quatre parturientes pour permettre d'établir une communication entre l'enfant et le père notamment.

**Mme K** : « C'était important pour moi de pouvoir commencer ce contact là avant même la naissance de l'enfant »

**Mme D** : « C'était bien et moi j'ai beaucoup aimé parce que bah dans notre relation de couple, là j'avais l'impression de pas être toute seule, ça faisait un espace où on pouvait discuter »

Les patientes ayant pratiquées le yoga ou la sophrologie nous ont expliqué avoir privilégié ces méthodes pour soulager les maux de la grossesse mais aussi pour apprendre à contrôler leur respiration le jour de l'accouchement. C'était également le cas pour le chant prénatal qui permettait d'avoir un moment de détente durant la grossesse.

Les méthodes de *Gasquet*<sup>1</sup>, *Mongan*<sup>2</sup> et de *Karine la sage-femme*<sup>3</sup> ont également été évoquées par 2 patientes. Elles se basaient sur des lectures ou des vidéos explicatives comme pour celle de *Karine la sage-femme*.

Enfin, les femmes soulignaient ne pas vouloir multiplier les techniques différentes afin de garder les bénéfices de chacune.

**Mme J :** « *Je n'ai pas fait grand-chose en fait, mais ces peu de choses-là m'ont aidé (rires), c'était incroyable, c'était très bien. »* »

### Préparation corporelle

Des exercices corporels avaient été réalisés par 7 femmes pendant leur grossesse, soit pendant des cours spécifiques (yoga, sophrologie) soit à domicile. Ils avaient surtout pour objectif de soulager les maux de la grossesse : mal de dos, douleurs du bassin... Certains exercices ont été refaits en début de travail pour apaiser les premières contractions.

**Mme G :** « *Ça m'a beaucoup servi pour, peut être avoir plus confiance dans mon corps »* »

**Mme H :** « *Je crois que les 2-3 fois où je les ai faits, c'est que j'avais besoin d'être en lien avec mon bébé, un peu de façon intime et je me souviens lui avoir plus parlé pendant ces petits exercices que d'avoir fait les exercices, c'était plus un moment de connexion avec lui. »* »

---

<sup>1</sup> La méthode De Gasquet ou Approche Posturo Respiratoire (A.P.O.R®) s'organise autour d'un travail corporel : respiration, étirements, périnée en protégeant le dos et les abdominaux.

<sup>2</sup> La méthode Mongan ou HypnoNaissance enseigne des techniques de relaxation et d'autohypnose pour éliminer le « Syndrome Peur-Tension-Douleur ».

<sup>3</sup> Karine la sage-femme, maintenant appelée Quantik Mama réalise une préparation virtuelle sur la physiologie de l'accouchement, orientée vers un aspect spirituel.

## Préparation mentale

Cinq couples avaient rédigé un projet de naissance. Les autres n'en avaient pas ressenti le besoin notamment parce qu'ils connaissaient la sage-femme présente à l'accouchement et pouvaient évoquer directement avec elle leur projet. Cette dernière connaissait donc les souhaits du couple pour la naissance.

**Mme E** : « *Le fait que du coup je passe par les sages-femmes qui, je savais, allaient être présentes, ça m'a pas poussé vraiment à le faire. Par exemple, si j'avais accouché à l'hôpital, j'aurais fait plus sérieusement le projet de naissance.* »

La question d'une préparation mentale ne s'était pas posée pour la majorité de nos patientes. Pour quelques-unes, le souhait d'être mère existait depuis longtemps, les discussions en couple ou entre amies leur permettaient de se projeter dans cette vie.

**Mme H** : « *J'ai l'impression qu'en fait c'est une préparation qui se fait depuis des années. En fait je n'ai pas l'impression que ça se soit fait pendant la grossesse, spécialement je veux dire. Non moi j'ai plus l'impression que c'est quelque chose que je vis depuis très très longtemps.* »

**Mme J** : « *Je profitais du temps de la grossesse, pendant toute la grossesse j'ai cherché des informations, j'ai lu quelques livres, des sites pour justement être au courant d'un peu de tout. [...]. Je crois que c'est ça il faut s'informer avant parce que sinon c'est difficile quand on est déjà maman avec le bébé d'aller trouver les informations, enfin je sais pas tout j'ai encore des questions, je cherche encore des informations mais c'est bien de se préparer ouais avant.* »

Les patientes étaient unanimes sur le fait que la préparation qu'elles ont eu était plus focalisée sur l'accouchement et que sur le post-partum.

**Mme B** : « *T'es obligée de vivre toutes tes émotions par lesquelles tu passes, même si parfois c'est compliqué. [...] Tu peux pas te préparer à ce que c'est d'avoir un enfant en fait* »

En revanche, la majorité doutait sur l'intérêt de plus insister sur cette préparation psychologique puisque chaque trio couple-enfant était différent.

**Mme M** : « *Je pense que c'est lui [le bébé] qui nous apprend à être parents.* »

Dans la continuité de cette préparation mentale, 9 patientes sur 13 ont multiplié les lectures concernant la grossesse et l'accouchement. Elles relevaient l'importance de connaître ce qu'il existait afin de savoir ce qu'elles ne souhaitaient pas pour la naissance de leur enfant, en procédant en quelque sorte par élimination.

**Mme C** : « *Mais pour moi c'était normal de se renseigner autant, c'était mon corps, j'allais accoucher, sortir un bébé de mon corps, je veux pas y aller comme ça.* »

**Mme E** : « *J'avais pris pleins de livres pour savoir un peu pour la grossesse et l'accouchement, à quoi s'attendre.* »

Les livres les plus fréquemment consultés étaient des ouvrages orientés vers la physiologie de l'accouchement et le sens à donner aux douleurs ressenties. Ils comprenaient aussi de multiples témoignages d'accouchement naturel.

**Mme B** : « *Je pense que ça m'a permis quelque part d'appréhender la douleur, de me dire de toute façon la douleur ça fait partie de cette réalité-là, on l'a voulu c'est comme ça* »

Les femmes n'ayant pas ressenties le besoin de lire avaient tout de même recherché des témoignages similaires notamment par internet.

## Evaluation de la préparation à la naissance

Toutes les primipares ont vécu une expérience positive vis-à-vis de leur préparation. Elles se sont senties capables de mener leur projet grâce aux outils utilisés.

**Mme L** : « Je pense avoir été bien préparé, je pense même bien armée. »

**Mme J** : « Je crois que le point principal de cette expérience c'était, ce que j'ai dit, que j'étais bien préparée, même si c'était rien d'extraordinaire, rien de très compliqué, pas une préparation très longue non plus. Mais j'étais en mesure de faire cet accouchement de façon physiologique, totalement naturel, avec mes outils, et c'est tout à fait possible. C'est magique ! »

L'insuffisance de pratique des exercices lors des séances était évoquée. Néanmoins, les connaissances théoriques apportées sur les phases de l'accouchement ont été appréciées par ces femmes, découvrant la maternité pour la première fois.

**Mme M** : « Je m'attendais à de l'entraînement. [...] J'ai eu ce moment où comme on savait pas, on s'est dit il nous manque quelque chose on se sent pas prêt. Et sur le coup, quand t'as accouché, tu te dis non il me manquait rien. »

**Mme H** : « C'était super chouette d'avoir cette connaissance-là de mon corps, et d'avoir ces petits indices que j'étais la première à avoir »

En évoquant une future grossesse, les femmes exprimaient le souhait de connaître de nouvelles méthodes alternatives afin de découvrir un autre moyen de gestion de douleur.

## Thème 2 : La douleur

### Rapport à la douleur

Parmi l'échantillon, huit patientes estimaient avoir déjà eu de fortes douleurs avant l'accouchement, allant des règles douloureuses à des traumatismes importants.

**Mme H :** *[En parlant de son vécu d'une déchirure intercostale] « Ça a été ma douleur de référence. Mais en fait ça a été beaucoup moins douloureux d'accoucher (rires), bon c'est un autre événement aussi. »*

Deux femmes se déclaraient « résistantes à la douleur », et exprimaient une confiance en leur corps pour traverser l'épreuve de l'accouchement.

**Mme G :** *« J'avais confiance de ma capacité à aller au bout, ça c'est sûr, Et me dire, même si je vais avoir ultra mal, je le ferais. Ça je me le disais. »*

**Mme H :** *« Moi je sentais très fort la ressource que j'avais pour pouvoir traverser ça, en fait j'attendais avec impatience de vivre l'expérience et j'avais la curiosité de cette expérience mais je sentais que mon corps pouvait le faire, je sentais que mentalement je pouvais le faire. »*

Plusieurs nous ont confié ne pas appréhender la douleur et même en avoir une vision positive, puisqu'utile à la naissance de leur enfant.

**Mme C :** *« A la base, la douleur elle sert à quelque chose »*

**Mme D :** *« Il y a un espèce de cheminement dans ta tête à te dire, bon ok tu vas avoir mal clairement, mais tu peux le faire, c'est surmontable. Il y a des milliers et des milliers de femmes qui l'ont fait et puis c'est pour accoucher, c'est pas une claque, on te met pas une claque ou on est pas en train de te taper, c'est pour accoucher c'est pour quelque chose, c'est un accouchement une naissance, donc c'est pas pareil. »*

## Vécu de la douleur

Toutes les patientes ont vécu les contractions utérines (CU) comme un passage douloureux voire violent. Trois d'entre elles ont exprimé lors de leur accouchement le souhait d'avoir recours à l'anesthésie péridurale (APD). Cela ne s'est pas réalisé soit parce que le travail était trop avancé, soit en raison de l'indisponibilité de l'équipe. La distinction avec la phase d'expulsion a été soulevée par six femmes, la décrivant plutôt comme une sensation de brûlures.

**Mme K** : « Je m'attendais à avoir mal. [...] Je ne m'attendais pas à ce que ce soit aussi intense, et puis surtout j'ai vraiment l'impression que les douleurs étaient exponentielles jusqu'à la fin. »

**Mme C** : « C'était pas de la souffrance, parce que je peux pas appeler ça de la souffrance, c'était de la douleur mais ça faisait tellement mal que j'avais pas mal, je sais pas comment expliquer »

**Mme M** : « Il y avait des contractions vraiment hardcore, et c'était tellement douloureux que je savais pas comment la gérer. J'avais envie de pleurer mais ça fonctionnait pas non plus, j'arrivais pas non plus à pleurer. »

Certaines nous ont évoqué une altération de leurs repères aussi bien du rapport au temps que celui à l'espace. Pendant le travail, elles ont perdu la notion du temps qui leur paraissait alors plus accéléré qu'en réalité. Les conjoints ayant participé confirment leurs dires. Pendant le travail, plusieurs patientes ont oublié qu'elles étaient au sein de l'hôpital.

**Mme G** : « A ce moment-là, j'avais plus du tout de notion du temps quand on était en salle de naissance. On avait de la musique et j'entendais que, en fait on a laissé la même bande son tout le long parce que voilà, et je me raccrochais quand même à ça à des moments, donc j'entendais que c'était beaucoup la même chanson qui revenait (rires) mais, donc je voyais du temps qui passait. Mais ça me surprenait en fait, parce que moi dans mon rapport au temps, il se passait pas autant de temps »

## Gestion de la douleur

Toutes les patientes nous ont confié l'intérêt de pouvoir mobiliser leur corps et de changer de positions dès qu'elles le souhaitaient afin de trouver la plus antalgique. Cette position pouvait être différente en fonction de chaque phase de travail et de chaque contraction. Les mouvements pouvaient se faire en dansant ou grâce à l'utilisation d'un objet tel le ballon ou des lianes de suspension.

Plusieurs patientes ont déclaré que la fatigue a eu un impact sur leur gestion de la douleur, rendant alors certaines positions peu confortables, notamment celle allongée.

**Mme E** : « *J'étais fatiguée, je rêvais que d'une chose c'était de pouvoir m'allonger, sauf qu'allonger ça me faisait plus mal. »*

Elles essayaient également de se focaliser sur autre chose que cette sensation douloureuse par le biais, de sons graves, de musiques, d'images accompagnant la contraction. Les appuis osseux les aidaient aussi puisqu'ils permettaient de faire attention aux points de contact du corps avec le sol, le mur, le ballon ou quelqu'un.

**Mme A** : « *On avait prévu de danser à l'accouchement. Parce qu'au Brésil, ça se fait, c'est une manière de soulager la douleur et aussi peut être passer le rythme du travail. [...] Juste le fait d'être ensemble, les musiques qu'on aime bien, l'ocytocine était un peu accélérée. »*

**Mme J** : « *J'avais trouvé une manière de vivre mes contractions en fait, j'avais trouvé un souffle et un mouvement qui accompagnait le truc et ça faisait que ça allait quoi, même si c'était très intense j'arrivais à gérer ouais voilà c'est vraiment ça. »*

D'autres formes de détente ont été citées : l'eau, la chaleur avec une bouillotte, des massages sur les zones plus sensibles, le contrôle de la respiration...

L'ensemble des femmes a mentionné l'importance de leur conjoint dans ces moments-là. Ils intervenaient pour les aider à se mobiliser ou à maîtriser leur souffle par exemple. Elles s'étaient plus facilement tournées vers leur compagnon que vers le professionnel qui les accompagnait. La sage-femme pouvait tout de même prendre le relai pour l'accompagner ou l'aider de façon complémentaire au partenaire.

**Mme H** : « Il y a des moments il [son conjoint] me disait qu'il était super heureux de ce qu'il se passait, ça me faisait un bien fou. C'était un bel antidouleur ça aussi ! »

**Mme K** : « C'est bête mais du coup, heureusement qu'elle [la sage-femme] me félicitait presque à chaque contraction gérée, j'avais besoin de cette valorisation de chaque instant, comme un enfant qui a bien réussi son travail quoi. »

**Mme L** : « On sait que c'est dur, on va pas se mentir c'est énormément de préparation en amont, c'est énormément de coaching et tout ça, il faut tomber aussi sur les bonnes personnes. »

Quelques patientes ont évoqué la sensation de maîtrise de leur propre corps malgré les douleurs, leur permettant de rester actrice de leur accouchement comme elles le désiraient.

**Mme K** : « Dès le début de la grossesse, j'ai eu des douleurs, des nausées et j'ai appris à lâcher prise sur ça va se vivre comme ça va se vivre. Donc finalement, j'ai eu besoin de reprendre la main au niveau de l'accouchement mais pendant toute la grossesse j'ai appris à lâcher prise, à me laisser vivre, ça venait comme ça venait. »

La confiance en la nature a été évoquée par toutes les femmes ainsi que l'instinct de certains comportements lors du travail ou de l'expulsion.

**Mme B :** « Il y a un côté très animal quand même, très instinctif. Je sais pas si j'ai eu conscience de tout, mais en tout cas j'avais l'impression d'être dans un autre monde. Je suivais ce que mon corps disait, aucune rationalité, c'était du pur instinct »

**Mme M :** « Tout le monde le fait sortir depuis des millénaires, les animaux ils font ça aussi, je vois pas pourquoi on y arriverait pas. Je trouve ça un peu dommage d'enlever ce côté un peu bestial, naturel qu'on a plus dans notre société d'ailleurs. Le corps est bien fait, il sait tout faire. »

**Mme H :** « C'était assez intense en fait, parce que j'étais à nouveau sur les genoux mais à un moment, tout à coup j'ai senti qu'il fallait que je, enfin je me suis levée d'un bond, j'ai même pas eu le temps de réfléchir, c'était vraiment réflexe et ça c'était impressionnant, et je me suis pas, pas levée mais relevée tout le haut du corps. J'ai eu l'impression d'être happée par le haut et hop il est sorti. »

### **Thème 3 : Les facteurs environnementaux**

#### **Partenaire**

L'idée d'un accouchement naturel provenait majoritairement de la femme. Mais il était tout de même important pour elle d'avoir l'adhésion du conjoint au projet. Les compagnons laissaient à la future mère le choix de décider où elle souhaitait accoucher et comment, mais certains ont malgré tout posé la limite de l'accouchement assisté à domicile.

**Mme C :** « C'était plus mon projet, c'était complètement mon projet. Par contre, il est à 100% là-dedans, mais pour lui c'est plutôt logique, il trouve ça bien. Après, à chaque fois il me disait "c'est ton corps, c'est toi qui décide »

**Mme F :** « J'ai l'impression que si j'avais voulu autre chose, il m'aurait suivi, ça lui allait. »

Cette tendance vers le naturel pouvait aussi être en accord avec le mode de vie du couple, paraissant alors une évidence pour les deux membres du couple.

**Mme M :** « Il était aussi vachement dans l'alternative comme moi, lui c'était clair qu'il voulait un accouchement à la maison ou à la maison de naissance, il veut participer à fond, pendant la grossesse il a toujours été dans le soutien avec moi, on s'est toujours soutenu dans nos projets de toute façon »

Aussi bien pendant la grossesse que l'accouchement, leur soutien était primordial pour les patientes. Dans notre échantillon, tous les futurs pères étaient présents lors de la naissance. Leur présence fut importante mais jamais imposée.

**Mme A :** « Je pense que sa présence était fondamentale pour accoucher vraiment, pour le jour J, c'était vraiment fondamental. S'il n'était pas là, ça serait plus compliqué c'est sûr. »

**Mme H :** « J'ai eu l'impression vraiment d'être en binôme quoi, enfin en trinôme parce qu'il y avait notre fils aussi »

La participation active des partenaires a également été soulignée, d'une part lors des séances de préparation avec la sage-femme et d'autre part lors du travail. Ils étaient alors sollicités lors des changements de positions mais surtout chargés de faire le lien avec l'équipe médicale.

**Mme B :** « C'est lui qui a géré, qui a managé, qui a appelé les professionnels, qui m'a géré, le autour. Moi j'étais vraiment concentrée sur moi, ma douleur, on pouvait me parler honnêtement je suis pas sûre que je comprenais tout ce qu'on me disait. D'où l'importance de ne pas être seule »

Leur place de repère était fondamentale pour les mères qui pouvaient se reposer sur eux pour leur éviter de gérer des éléments périphériques qui

les déconcentraient notamment dans la gestion de la douleur. Elles ont aussi apprécié ressentir leur encouragement afin qu'elles persistent dans leur projet.

**Mme B** : « C'est lui qui a géré, qui a managé, qui a appelé les professionnels, qui m'a géré, le autour. Moi j'étais vraiment concentrée sur moi, ma douleur, on pouvait me parler honnêtement je suis pas sûre que je comprenais tout ce qu'on me disait. D'où l'importance de ne pas être seule »

**Mme K** : « Je l'ai dit comme ça juste après avoir accouché je crois, si j'avais du écrire le rôle que j'aurais aimé que le futur papa ait, j'aurais pas pu écrire autre chose que ce qu'il a fait. »

**Mme J** : « C'était un soutien qui a fait la différence. »

### Lieu d'accouchement

Le lieu d'accouchement a été un réel choix du couple, allant même jusqu'à nécessiter un investissement financier et personnel si l'établissement était plus éloigné géographiquement que d'autres maternités proches du domicile. La réputation « physiologique » de la structure a eu un véritable impact sur cette décision.

**Mme A** : « On n'a pas de voiture et aller à la maison de naissance c'était vraiment un investissement au niveau du temps, même financier parce qu'on se préparait, on prenait des voitures que nos amis nous prêtaient. Mais c'était vraiment un projet de le faire comme ça. »

**Mme H** : « Pour accoucher à Givors, on a dû venir 2 semaines avant à Lyon dans un appart qu'on a gardé pour, c'était un engagement assez fort. »

Le plateau technique a été choisi par quatre des femmes interrogées pour une raison commune : s'assurer d'accoucher avec une personne qu'elles connaissaient et en qui elles avaient confiance.

**Mme F** : « J'ai réalisé que j'accouchais avec des gens que je connaissais pas et ça m'a vachement perturbée [...], une fois qu'on m'a parlé du plateau technique je me suis dis c'est ça que je veux, accoucher avec quelqu'un qu'on connaît. »

L'accouchement à domicile était souvent écarté du choix par le conjoint ou pour ne pas effrayer la famille et les proches. Le fait d'être primipare a également invalidé ce choix.

Le milieu hospitalier a pu effrayer certains couples, à la suite de mauvaises impressions ou de recueils de témoignages, jugés négativement. Les femmes ne l'ayant pas choisi ont eu peur de ne pas être écoutées, accompagnées et soutenues dans leur projet physiologique.

**Mme I** : « J'ai eu une grossesse sereine dans le sens si c'était à la maison de naissance et pas à l'hôpital j'étais sereine et je savais que j'aurais pas trop mal. Alors qu'à l'hôpital, ça aurait été la catastrophe »

Les cinq femmes ayant accouchées au sein d'une structure hospitalière ont reconnu avoir vécu une expérience qui a dissipé leurs craintes, notamment en raison de l'accompagnement de l'équipe soignante.

**Mme B** : « Dans les grandes structures j'avais peur qu'on ne soit pas à l'écoute, au final, à cet hôpital elles ont été au top »

A distance égale, la présence d'un service de néonatalogie avait favorisé le choix de l'hôpital concerné.

### Sage-femme accompagnante

Le choix de la sage-femme pour le suivi de grossesse ou le suivi global était également réfléchi pour les patientes. Plusieurs d'entre-elles avaient

initialement rencontré un professionnel mais n'avaient pas poursuivi avec lui ne se sentant pas en confiance.

**Mme K :** « J'ai trouvé ce point avec elle de, quand elle est là je remets la grossesse entre ses mains, j'ai 100% confiance et tout va bien, c'est elle qui gère, je me laisse faire par ses soins. Je pense que ça c'était très très précieux. »

La sage-femme choisie devait s'intégrer totalement dans le projet physiologique du couple, dans le suivi et la préparation à la naissance.

**Mme J :** « Je savais qu'elle partageait le même principe, et ça me rassurait, c'était suffisant pour me rassurer. »

Les femmes attendaient notamment du professionnel l'apport de connaissances théoriques nécessaires pour une première grossesse et cet accouchement. Mais elles espéraient également un soutien pour les amener au bout de leur projet, notamment lors du travail.

**Mme C :** « Je me suis dit elle est professionnelle, humaine, elle avait tout. [...] Et puis surtout l'accompagnement et la relation humaine, ça s'était vraiment le point positif, je savais que je pouvais poser toutes les questions que je voulais sans jugement. »

**Mme A :** « Je pense qu'on attendait exactement ce qu'elle a fait, que c'était plutôt d'orienter. [...] Ce sont de petits détails, peut-être des choses que les mamans, les mamies disent mais comme on a pas ça en France, elle a occupé aussi ce rôle. »

Toutes les patientes ont aussi fait part de la nécessité de parvenir à un sentiment de confiance avec leur sage-femme. Elles se sentaient en sécurité et avaient le sentiment de pouvoir se laisser guider ce le professionnel. La bienveillance de la relation et l'empathie ont aussi été repérées et appréciées par les femmes.

**Mme L :** « C'est hyper important je trouve le lien qui se crée, et je dirais même encore plus avec des sages-femmes à l'hôpital, parce que mine de rien le temps est court et le lien doit se créer très vite. Ça passe ou ça casse quoi, enfin à mon sens. Et du coup je pense que c'est aussi quelque chose de compliqué à mettre en place, des deux côtés j'ai été trop trop bien surprise, trop génial »

**Mme H :** « Je pense que même si je suis préparée [pour un deuxième accouchement naturel], si je tombe sur une équipe qui elle est pas du tout dans le lâcher prise, j'y arriverais pas. »

### Autres éléments de l'environnement

L'intimité était une attente récurrente des femmes pour leur accouchement. Elle se traduisait par exemple par la volonté d'être dans la pénombre de la salle de naissance, dans un espace confiné.

**Mme H :** « C'était une des choses qui faisait que d'intuition, d'instinct j'avais pas envie d'aller à l'hôpital c'est que je sentais que c'était quelque chose de très intime. [...] Ça a été très très intime, ça a été hyper respecté ça. C'était précieux. »

**Mme M :** « C'était tout mignon, le fait que ce soit petit j'aime bien j'avais besoin d'être très confiné et tout. »

Dix des 12 patientes ayant accouchées en dehors de leur domicile avaient apporté des éléments personnels pour investir le lieu d'accouchement, mais ils n'ont pas toujours été utilisés. Il s'agissait le plus souvent de musique, de nourriture, d'huile de massage ou encore de ballon.

**Mme L :** « Il [son mari] savait très bien que je voulais accoucher avec de la musique et tout, il avait déjà préparé la playlist, il était vraiment aux petits soins. »

Le trajet en voiture du domicile à la structure de naissance a impacté l'organisation et même le déroulement de l'accouchement. Il pouvait s'agir d'anticiper le départ afin d'éviter tout retard lié à d'éventuels ralentissements

sur la route ou pour ne pas vivre des contractions trop violentes dans la voiture. Pour une des patientes, le trajet n'était même plus envisageable et l'accouchement s'était donc déroulé à domicile.

**Mme H :** « *Je commençais à sentir que c'était un peu intense et j'avais pas envie du trajet autrement quoi, mais sinon je serais bien restée encore [à la maison] »*

Enfin, les patientes ont soulevé une certaine influence de leur entourage sur la décision d'accoucher physiologiquement, influence qui généralement évoque des réticences. En effet, elles nous ont fait part de plusieurs remarques ou étonnements de la part de leurs proches nécessitant alors de formuler une justification de leur choix. Quelques-unes nous ont expliqué qu'elles se sont tues une fois le projet connu, justement pour éviter d'avoir à se justifier d'un projet qui leur semblait pourtant naturel et évident.

**Mme C :** « *A un moment donné j'ai arrêté d'en parler autour de moi, parce que je voyais que ça suscitait pas les bonnes réactions et j'avais pas envie d'entendre ça. »*

# Discussion

## Critique de l'étude : forces, limites et biais

Cette étude qualitative présente des biais liés au faible nombre d'entretien. Cependant, les entretiens sont longs et les nombreux thèmes abordés ont permis d'atteindre rapidement une saturation des données.

Même si les lieux sélectionnés ont été ciblés sur la pratique de l'accouchement physiologique, ils restent variés et comprennent tout type d'établissement. Seule la maternité de type 3 n'est pas représentée n'ayant obtenu aucune réponse suite à notre premier contact et à nos multiples relances. L'étude a pu être réalisée dans plusieurs départements de la région.

Comme défini dans les critères d'inclusion, les patientes sélectionnées ont toutes vu leur projet d'accouchement naturel aboutir. Il aurait peut-être été intéressant d'inclure les patientes ayant bénéficié d'une analgésie péridurale malgré leur souhait d'accouchement physiologique, afin d'étudier ce qui les avait empêché d'aboutir leur projet initial.

Le fait de recruter uniquement des primipares est un choix afin de répondre à nos objectifs initiaux. Le projet d'accoucher physiologiquement n'est pas influencé par les expériences passées, mais témoigne d'une réelle volonté de la femme. En effet, chaque accouchement vécu, de façon positive ou non, influence le déroulement du suivant (5).

Un biais de mémoire peut intervenir dans l'étude. Dans l'idée commune, les douleurs s'oublient rapidement (15). Mais à l'inverse, la mémoire des douleurs reste parfois définitive, notamment lorsqu'elles sont très violentes.

Afin d'analyser notre étude, nous évoquerons tout d'abord la douleur et comment la femme peut la contrôler ou lui donner un sens. Puis, l'environnement de la parturiente sera discuté afin de montrer son rôle primordial. La discussion portera ensuite sur l'accouchement naturel, souvent considéré en marge dans la société actuelle. Pour terminer, des axes d'amélioration seront proposés afin d'améliorer la prise en charge des parturientes souhaitant un accouchement naturel.

## **La douleur : comment peut-elle devenir un allié pour la femme ?**

### La douleur, une expérience singulière

Dans notre étude, les patientes ont souligné une distinction primordiale entre douleur et souffrance. Elles nous ont expliqué ne pas avoir souffert malgré les douleurs de l'accouchement. Cette différence a été possible car elles ont su donner un sens à la douleur et ne pas tomber dans le domaine de la souffrance. L'amalgame entre ces deux notions est fréquent dans la bibliographie, le terme « douleur » est évoqué de façon plus courante. Nous allons essayer d'expliquer cette différence.

Toute douleur entraîne une signification, une émotion créant alors une perception et une valeur différente au ressenti (16). Comme l'écrivait David Le Breton, il s'agit est une expérience unique et propre à chacun. La réaction en retour n'est jamais figée. Les individus ne réagissent jamais de la même manière face à une affection identique, et une personne peut modifier ses réactions selon divers facteurs. La condition socio-culturelle, les normes sociales et l'expérience personnelle influent le seuil de sensibilité à la douleur

(17). La représentation de la douleur est donc aussi bien collective que subjective. Par principe, la douleur induit un renoncement partiel à soi mais la situation est encore contrôlable par l'individu. Il s'autorise alors des actes (grimaces, pleurs, etc.) ou des paroles (jurons, plaintes, cris etc.) qui sortent de son comportement habituel. Une autre manière de la gérer est de se mettre en retrait et se replier sur soi. Dans tous les cas, la douleur fait devenir une personne méconnaissable (17). Comme nous l'avons vu dans nos résultats, ce constat est d'autant plus vrai pour les douleurs de l'accouchement, singulières pour chaque parturiente tout en étant différente pour chaque accouchement, et au cours du travail.

Mais la douleur traduit la souffrance. Étymologiquement, souffrir renvoie à une notion de passivité (*sufferre* en latin signifie subir, endurer, supporter). La souffrance est subjective et quantifiable grâce à des échelles de mesure comme l'échelle numérique (EN) ou l'échelle visuelle analogue (EVA) (17). Elle signe le seuil de degré de pénibilité des douleurs. C'est ainsi un critère de non-acceptabilité des douleurs (18). La souffrance est fonction du sens et de l'intensité donné à la douleur. Elle inclut autant la perception de la douleur que les attitudes et les ressources physiques ou morales de l'individu pour y faire face. Une douleur sans souffrance est un sentiment de pénibilité mais qui est encore supportable (16).

Selon l'IASP (Association Internationale pour l'étude de la douleur), la douleur est « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire, réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion* » (19). La douleur a ainsi un aspect polysémique, pluridimensionnel, plurifactoriel avec des composantes aussi

bien neurosensorielles qu'émotionnelles (1). En comprenant maintenant la distinction entre douleur et souffrance, cette définition peut être remise en cause puisqu'elle décrit plutôt la souffrance. En effet, la souffrance signe une lésion physique réelle contrairement à la douleur qui ne retrouve pas systématiquement de lésion organique objectivable.

Pendant l'accouchement, la frontière entre ces deux notions est fragile. Si la femme est angoissée, parce qu'elle a un sentiment d'incompréhension ou de perte de contrôle de la situation par exemple, elle passe alors de la douleur à la souffrance. Cela lui porte alors préjudice, elle ne trouve plus les ressources nécessaires pour gérer ses contractions. Il est possible d'avancer avec la douleur mais pas avec la souffrance (5). L'usage de l'analgésie péridurale permet ainsi le soulagement de la souffrance mais pas des douleurs proprement dites. Le processus physiologique de l'accouchement, responsable des douleurs, continue malgré l'analgésie. Le recours à cette technique s'explique quand les femmes ont dépassé leur seuil de tolérance à la douleur.

Pour éviter ce passage dans la souffrance, l'apprentissage de la gestion de la douleur est primordial afin de l'utiliser comme une alliée pour l'accouchement. Malgré une souffrance physiologique indéniable, savoir répondre de façon appropriée aux douleurs permet à la femme de garder une maîtrise de ses sensations. La souffrance n'est pas contrôlable contrairement à la douleur.

*« La souffrance ne grandit pas, c'est ce qu'on en fait qui peut grandir*

*l'individu » Alexandre Jollien, Le métier de l'homme*

## Une envie de maîtriser son l'accouchement

L'envie de maîtriser son accouchement est une notion mise en évidence par nos résultats. Mais comment est-ce vraiment possible avec le caractère si imprévisible des douleurs de la naissance ?

Les futures mères revendiquent la volonté de vivre pleinement leur accouchement, de sentir toutes les sensations de la naissance de leur enfant. Leur principale crainte est de se retrouver passive pendant la naissance de leur enfant, de perdre le contrôle et ainsi de subir la situation, donc de souffrir. Ce sentiment de dépossession peut être redouté avec l'usage de l'analgésie péridurale (20). Par définition, une anesthésie est une perte de contrôle de soi. La parturiente appréhende que la péridurale enlève une part de maîtrise dans l'expérience de l'accouchement même si c'est pour lui ôter toute forme de souffrance (21). A l'origine très fortement dosée, les femmes n'avaient plus aucune sensation pendant le travail et l'accouchement. Au contraire maintenant, les techniques se sont améliorées dans l'objectif de soulager la patiente de ses contractions tout en conservant certaines sensations, qui peuvent parfois être douloureuses mais indispensables à la naissance de l'enfant, telles que les perceptions de poussées. Mais l'idée que la souffrance favoriserait l'amour maternel est très ancienne et persiste jusqu'à aujourd'hui. La vivre reste aux yeux de certains une source d'amour maternel (20).

De plus, vouloir ressentir les douleurs de l'enfantement est aussi une stratégie de résistance envers la médicalisation excessive de la prise en charge de l'accouchement et notamment de l'analgésie péridurale (6). À

travers nos entretiens, nous pouvons mettre en évidence que l'origine de cette remise en cause médicale est double.

D'une part, les femmes mettent en avant leur statut de femme comme sujet, avec la possibilité de s'exprimer et de faire des choix concernant leur propre corps. En laissant la parturiente autonome sur ses décisions, son rôle de femme et de mère est valorisé. Il en est de même dans le couple puisqu'un équilibre se crée entre l'homme et la femme (2). C'est le corps de la femme qui traverse cette expérience de l'accouchement, les conjoints savent le respecter en la laissant libre de décider comment elle souhaite accoucher.

D'autre part, l'accouchement est envisagé comme un évènement rare et central dans la vie d'une femme, et plus indirectement d'un homme. Le vécu positif de cette expérience est fondamental pour la suite du lien mère-enfant. Les techniques médicales ne doivent pas perturber cet évènement, qui appartient à la femme et plus largement au couple.

Cette situation révèle tout de même des tensions, difficiles à concilier. En effet, dans la gestion de la douleur, il est important de lâcher-prise. Le lâcher-prise nécessaire pour vivre pleinement l'accouchement n'est pas un abandon de soi, abandon qui mènerait à la souffrance. Il s'agit plutôt de l'acceptation des réactions du corps, parfois déstabilisantes, pour leur donner un sens. Par exemple, la fatigue a été soulevée par plusieurs de nos patientes mais elles ont été capables de l'accepter tout en continuant leur gestion de la douleur. Pour avancer dans le projet, il faut intégrer symboliquement les diverses réactions du corps au lieu de chercher à réellement les maîtriser. Cela est possible en donnant un sens aux douleurs ressenties.

## Donner un sens à la douleur

Nous l'avons vu, la douleur introduit une dimension émotionnelle, ce qui implique ainsi la question du sens et de l'interprétation. Quel sens apporter aux douleurs lors de l'accouchement ?

Une préparation à la naissance et à la parentalité adaptée à ce projet d'accouchement apporte aux femmes des techniques pour la gestion de la douleur mais elle essaye surtout de lui apporter un sens (15). Comme nous l'ont exprimé les patientes, connaître les phases de l'accouchement, les possibles réactions du corps, est essentiel pour se constituer une image positive des douleurs. Pour le docteur Lamaze, précurseur de l'accouchement sans douleur, « *c'est parce qu'elles ont peur et qu'elles ne savent pas accoucher que les femmes souffrent au cours d'un phénomène physiologique* » (20). Cette peur doit alors être travaillée pendant la grossesse afin qu'elles n'entravent pas le processus d'accouchement.

Les douleurs sont évidentes et nécessaires pour la naissance d'un enfant mais elles ne doivent pas être jugées comme pénibles (6). La parturiente doit prendre conscience que la douleur est un guide. La manière dont elle va l'interpréter permet à la femme de mobiliser son corps afin de faire progresser le travail. Une vision positive de la douleur est primordiale pour l'accepter et ne pas la vivre comme une fatalité ou la subir (5). La douleur devient alors productive et la femme ne bascule pas dans le domaine de la souffrance, qui nous l'avons vu précédemment, ne lui est pas profitable.

Les primipares interrogées ont exprimé avoir confiance en la nature pour réaliser un accouchement physiologique. Il faut avant tout souligner que

ce caractère naturel possède une part de construction sociale qui pèse sur les femmes faisant d'elles des êtres faites pour enfanter. Que les femmes interrogées puissent percevoir les douleurs ressenties comme naturelles fait naître plusieurs hypothèses.

Premièrement, les parturientes peuvent penser la douleur de l'accouchement comme une obligation de la nature féminine. Leurs ancêtres n'ont pas eu recours aux techniques d'analgésies, il est alors concevable qu'elles vivent la même chose. Le fait de ne pas se sentir seule à traverser cette épreuve apparaît comme un réel soutien dans la gestion du travail (6). La parturiente exprime le fait que l'accouchement est une expérience réalisée depuis la nuit des temps et qu'au même moment sur la Terre une autre femme vit une expérience semblable. C'est l'hypothèse d'une sorte de solidarité féminine à travers l'espace et le temps.

Par ailleurs, des comportements décrits comme « instinctifs » ont été évoqués dans nos entretiens. Nous pouvons alors penser que les femmes font référence à la nature animale de l'être humain. En effet, tous les mammifères sont capables d'accoucher, l'homme étant un mammifère, le corps réagit alors de façon identique pour l'enfantement. Il y a là une solidarité avec d'autres espèces animales.

D'autre part, pendant longtemps, la religion a donné un sens à la souffrance exprimée de l'enfantement en leur conférant un caractère inévitable et rédempteur. A présent, nous sommes dans une société sécularisée, c'est alors aux individus et aux groupes de lui en conférer (15). Les médecins l'ont

fait également en lui donner une explication rationnelle : les douleurs accompagnent des transformations physiologiques intenses.

De plus, comme les mères ont su l'exprimer au cours des entretiens, même si le corps et l'esprit sont éprouvés par ces douleurs, la finitude de l'épreuve aide à les traverser. La naissance d'un enfant renforce l'aspect supportable des contractions de l'accouchement (22). La douleur n'est ainsi pas sans but.

Pour conclure, grâce aux nombreuses avancées médicales, il est maintenant possible de soulager la souffrance vécue pendant le travail. Mais ce soulagement passe aussi par une gestion psychologique de la douleur. Lui donner un sens est indispensable pour essayer de garder le contrôle de ses sensations. Cette maîtrise psychique de la douleur va ainsi être renforcée par les éléments environnementaux de la parturiente.

## L'environnement : un élément clé de la réussite d'un accouchement physiologique ?

L'environnement va jouer un rôle essentiel sur le vécu et la perception de la douleur par la parturiente.

Dans notre étude, lorsque les femmes ont été interrogées sur la gestion des contractions, des outils identifiés comme facteurs productifs de la douleur sont évoqués. Il a été cité un milieu familial avec des personnes connues, une ambiance particulière et l'utilisation de divers moyens antalgiques naturels (eau, massage, mouvements). Tous ces facteurs favorisent un sentiment de détente et de confiance, afin de mieux vivre la douleur.

Au contraire, la douleur va être augmentée par le froid, la solitude, la contrainte, une ambiance étrangère, toute sursimulation du néocortex ou tout jugement ressenti (5). Ces éléments peuvent être responsables d'un passage vers la souffrance.

Les patientes interrogées sont nombreuses à évoquer la recherche d'intimité lors de la naissance. Ce contexte recherché permet d'extérioriser la douleur ressentie, améliorant ainsi son vécu. Exprimer sa douleur n'est pas évident pour toutes, la plainte ne peut se faire que si la femme est en confiance et en sécurité (23). Il est donc nécessaire de veiller à la qualité de l'environnement de la parturiente, aussi bien matériel que psychologique (15). Les couples choisissant un projet d'accouchement assisté à domicile (AAD) privilégient alors cette notion d'intimité. Les femmes se sentent plus en confiance dans leur environnement personnel.

Cette ambiance de sécurité concerne tant le lieu d'accouchement, que le partenaire mais aussi le(s) professionnel(s) de santé qui sont là pour accompagner la parturiente.

### Le père : une nouvelle place au sein de la naissance

Depuis la fin du XX<sup>ème</sup> siècle, l'accouchement sort du domaine uniquement féminin afin d'intégrer les hommes. La place donnée au père ne cesse de grandir. Leur présence en salle de naissance est devenue un phénomène courant (24).

L'investissement du partenaire pendant la grossesse dépend du choix de chacun mais aussi des conjointes. En effet, comme elles nous l'ont exprimé dans les entretiens, elles n'attendent pas toutes la même chose de leur part. Dans notre étude, nous avons eu des conjoints très présents et investis aussi bien pendant la grossesse que l'accouchement. Même s'il ne peut vivre la grossesse que par procuration, le père a fait le choix d'utiliser les 9 mois pour se préparer à cet évènement.

Le partenaire devient vraiment actif tout au long de la grossesse. Il participe aux divers rendez-vous de la grossesse ainsi qu'aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Pendant le travail, il va être un soutien pour la future mère. De plus en plus de pères souhaitent même participer à la naissance de leur enfant en coupant le cordon ou en effectuant l'accouchement avec la sage-femme.

Ce phénomène est notamment présent dans les classes sociales moyennes ou supérieures. En effet, cet investissement nécessite aussi bien du temps, de la culture et de l'argent (24). Avoir la possibilité de se libérer de son travail pour assister aux cours de préparation n'est pas forcément accessible à tous.

L'accouchement naturel est une aventure de couple et peut paraître plus difficile si la femme est seule à en être convaincue. La patiente a tout de même besoin de l'aval du compagnon pour avancer dans son projet. Il peut arriver que les parturientes minimisent leur propre rôle pendant la grossesse et l'accouchement au détriment d'une gratitude envers le père (24). Il faut éviter qu'une dépendance envers le père se développe. Le couple doit fonctionner comme un noyau, une équipe sans hiérarchie.

Pour assurer l'environnement adéquat à un accouchement physiologique, il semble donc nécessaire d'avoir un conjoint qui entre dans cette nouvelle norme sociale. Le père doit être très présent, en lien avec le nouveau-né avant même sa naissance et impliqué dans toutes les étapes de la grossesse, aussi bien la préparation à la naissance que l'accouchement. Actuellement, il est probable que ce modèle ne concerne encore qu'une minorité des conjoints, qui ont des profils sociologiques très particuliers. Ce qui signifie que le développement de l'accouchement physiologique nécessite aussi cette transformation des pères. Mais pour cela, certaines représentations sociales doivent être complètement intégrées. La naissance ne concerne pas uniquement les femmes, l'homme a tout autant sa place, c'est un couple qui accueille l'enfant.

Dans les expériences d'accouchement naturel qui nous ont été décrites, il apparaît clair qu'il s'agit aussi d'une expérience de couple, où il est important de préciser le rôle du partenaire, ceci étant valable tout autant dans un couple homosexuel qu'hétérosexuel.

### Le professionnel accompagnant

Le partenaire est une personne proche et connue pour la parturiente, expliquant facilement son sentiment de sécurité auprès de lui. Mais, elle sera également accompagnée d'un professionnel de santé avec qui elle devra alors construire une relation de qualité. Dans notre étude, nous percevons qu'il a une place tout à fait notable dans le projet du couple.

Le projet d'accouchement naturel nécessite l'adhésion de l'équipe médicale (21). Cette adhésion peut être uniquement professionnelle. Même si la sage-femme ne consent pas personnellement à ce projet, il est important de conserver un comportement professionnel et de mettre à distance ses opinions pour éventuellement s'intégrer à ce projet.

Accoucher dans la douleur est parfois perçu comme une incohérence par certains professionnels de santé car cela remet en cause leur vocation de soulager la souffrance (21). L'ajustement nécessaire est alors plus difficile et certains fuient ces situations. L'expression de la douleur peut être violente mais il faut guider la femme avec bienveillance et sans jugement.

Il est impossible d'accompagner la physiologie selon une prise en charge type. L'accompagnement d'une femme sans analgésie suppose un

moindre usage des techniques standardisées et une disponibilité temporelle (1). La sage-femme doit lui proposer de multiples solutions afin que la parturiente utilise celle qui lui convient le plus. Toute l'équipe médicale doit savoir laisser libre choix à la parturiente de ce point de vue. Chaque mot est important et peut influencer la patiente sur ses volontés.

Même s'il est complexe, cet ajustement professionnel est possible grâce à la polyvalence de la sage-femme. Les protocoles de l'établissement doivent toujours être respectés tout en les accordant aux souhaits du couple. Cette compétence s'acquiert pendant les études mais surtout avec l'expérience. En plus de s'ajuster au projet de la femme, il faut également s'adapter aux variations de ses demandes. En effet, une parturiente est libre de changer d'avis tout au long de son travail et notre devoir est de répondre, dans la mesure du possible, à ses requêtes.

Comme nous l'avons remarqué dans nos entretiens, la patiente attend un véritable travail de partenariat et de confiance avec la sage-femme. C'est pourquoi il est important pour ces femmes de trouver LA bonne professionnelle pour le suivi de la grossesse, la préparation ou même l'accouchement. Il est fondamental que cet accompagnement ne se limite pas uniquement à l'aspect médical et technique. Les professionnels constituent un réel soutien. Disponibles et à l'écoute, ils doivent savoir être présents, rassurants tout en respectant l'intimité nécessaire au couple (25). Le travail de la sage-femme met ainsi en jeu aussi bien les compétences du *care* (sollicitude, soin) que du *cure* (dimension curative et médicale) (6).

Dans une structure hospitalière, ce lien doit se créer rapidement. La patiente ne connaît pas les sages-femmes, et elle peut rencontrer plusieurs équipes différentes dans sa prise en charge. Au contraire, dans l'accompagnement global, la sage-femme réalise le suivi de la grossesse, la préparation à la naissance, l'accouchement et le suivi en post-partum. Les patientes ayant choisies ce type d'accompagnement ont témoigné de la création d'un lien très fort avec le professionnel de santé. Il devient alors une personne proche et moins étrangère, renforçant ainsi le sentiment de sécurité et de confiance.

En synthèse, quel que soit l'accompagnement choisie pendant la grossesse, se sentir soutenue par le professionnel de santé et son partenaire permet à la femme de rester dans l'environnement sécuritaire dont elle a besoin.

## L'accouchement naturel : une nouvelle norme ?

### La norme actuelle

Dans notre société, avec les progrès médicaux et notamment l'émergence de l'analgésie, la douleur a perdu toute signification morale ou culturelle. Elle est un non-sens absolu, une torture (17). Cette vision antidoloriste a pour effet une diminution progressive du seuil de perception de la douleur, nous rendant alors plus sensible au moindre niveau de souffrance. La tendance est alors de la fuir plutôt que l'accepter ou l'affronter (5).

En revanche, dans certaines circonstances, la souffrance semble plus acceptable. L'exemple de la pratique du sport à outrance ou de la mode des tatouages rappelle ainsi que l'intensité de la douleur est influencée par le sens qu'on lui donne. Dans ces cas-là, les personnes ont choisi d'affronter ces douleurs. Concernant la naissance, même si la grossesse était souhaitée, l'accouchement est un passage obligé pour rencontrer son enfant. La femme doit l'accepter et choisir de quelle manière elle souhaite le vivre.

La loi Kouchner de 2002 stipule ainsi que le soulagement de la douleur est un droit fondamental pour chacun et une obligation pour tout professionnels de santé. « *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* » (26).

Comme nous l'avons vu précédemment, depuis les années 1970, l'analgésie péridurale est devenue la nouvelle norme pour l'accouchement. Pour répondre à la demande accrue des femmes, l'hôpital s'est réorganisé pour rendre disponible des anesthésistes (6). En 1981, seulement 3,9% des

naissances se faisaient grâce à cette méthode, contre 82,2% en 2016 (12). Un rendez-vous avec l'anesthésiste est rendu obligatoire au cours du 8<sup>ème</sup> mois de grossesse, même si la patiente ne souhaite pas d'analgésie péridurale. Il est nécessaire pour informer des risques de l'anesthésie si elle doit être réalisée en cas d'urgence.

Les femmes souhaitant accoucher sans analgésie péridurale et donc affronter les douleurs de l'accouchement recherchent une mise à distance des normes actuelles, omniprésentes au sein des maternités hospitalières (6). Elles peuvent se sentir en marge de cette société anti-doloriste. Comme certaines patientes nous l'ont évoqué, l'entourage ne comprend pas toujours l'envie de vivre son accouchement autrement. Il leur semble totalement irrationnel d'affronter la souffrance alors qu'il existe des moyens pour la soulager tout en vivant ce moment. Nous entendons fréquemment des remarques telles que « La péridurale existe, pourquoi s'en priver et souffrir ? ». Ces pensées montrent qu'il n'est pas évident pour tout le monde de donner un sens aux douleurs.

Même si la demande s'étend, l'accouchement physiologique concerne encore une minorité de couples. Seulement 7% des primipares ne veulent pas d'APD à l'arrivée en maternité (27). Il serait intéressant de comprendre comment la femme construit son souhait de péridurale ou non.

Ce choix est-il réellement fait en toute autonomie par la patiente ? En effet, la péridurale semble plutôt s'imposer puisqu'elle est la norme actuelle à l'hôpital. Les femmes qui deviennent mères aujourd'hui se sont construit avec

l'image d'un accouchement sans souffrance. Elles ne l'imaginent pas autrement qu'en étant totalement soulagée de toutes les contractions.

Dans notre étude, les primipares nous l'ont bien souligné, elles ont dû mener une réflexion, avant ou pendant la grossesse, afin de construire ce projet d'accouchement plus alternatif.

### Se questionner

Il est plus simple de consentir à la norme que de la questionner (1) mais pour réaliser un accouchement naturel, il faut avoir eu la possibilité de s'interroger sur la naissance de son enfant.

Ce choix suppose tout d'abord d'avoir cherché des informations sur les différents types d'accouchement, les possibilités offertes dans les maternités ou les alternatives possibles. Cet accès à l'information est plus aisé dans les catégories socioprofessionnelles moyennes ou supérieures (18), comme c'est le cas de notre échantillon. Les patientes interrogées ont beaucoup lu afin de créer ce projet naturel. Pleinement convaincues par leur projet, elles ont aussi choisi une préparation à la naissance adaptée pour l'appréhender au mieux.

Après discussion avec le professionnel de santé, elles avaient pleine conscience de leur souhait. La volonté de ces professionnels rentre également en compte dans le choix (28). Comme vu précédemment, certains peuvent avoir des réticences ou se sentir désemparés pour accompagner ce type de projet (29). Ce soutien primordial nécessite parfois d'avoir des ressources pour trouver la bonne personne pour mener à bien son projet d'accouchement naturel. Le choix du professionnel qui suit la grossesse se fait la plupart du

temps, par recommandation de l'entourage. Mais il faut oser solliciter plusieurs professionnels si sa prise en charge ne convient pas au projet souhaité.

Il en est de même pour le choix du lieu d'accouchement. Nous l'avons exposé dans les résultats, deux couples ont fait un réel investissement pour accoucher dans le lieu qui correspondait à leurs attentes. Même s'il existe des structures plus proches de leur domicile, ils ont choisi délibérément de s'éloigner pour être accompagnés au mieux dans leur projet. L'importance de ce lieu impose malgré tout certaines contraintes comme un temps de trajet augmenté par exemple.

D'autre part, les alternatives telles que les maisons de naissance ou l'accompagnement en plateau technique ne sont pas encore bien connues ni développées. Il faut s'interroger sur le sujet pour les connaître et faire les démarches nécessaires pour les contacter.

Le projet d'accouchement physiologique se construit en couple. Dans notre échantillon, il s'agissait souvent d'un désir appartenant à la future maman, mais elle a su convaincre son compagnon de la suivre dans cette aventure. Tous les deux se sont alors questionner sur comment ils souhaitaient accueillir leur enfant.

Pour finir, Même si la demande augmente, l'accouchement naturel concerne encore une minorité de couple. Son développement sera possible grâce à plusieurs changements. Nous l'avons déjà souligné le rôle du père doit encore se renforcer mais ce n'est pas la seule évolution nécessaire.

## Axes d'amélioration

### 1. Offrir un choix éclairé sur les possibilités d'accouchement aux femmes et aux couples

L'accouchement naturel est une alternative qu'il faut rechercher nous l'avons vu. Il est important en tant que professionnel d'informer les femmes dès le début de la grossesse sur les diverses possibilités d'accoucher. Cela permet de faire émerger des questionnements auprès du couple afin de savoir ce qu'ils désirent pour la naissance de leur enfant. Selon leur projet, la sage-femme oriente le couple pour leur proposer une préparation adéquate. Ce rôle d'information éclairée est d'autant plus important quand il s'agit du premier enfant pour le couple.

C'est tout l'enjeu de l'entretien prénatal précoce (ou EPP) mis en place après les recommandations de l'HAS sur la préparation à la naissance et à la parentalité de 2005. Mais seules 28,5 % des femmes déclarent en en avoir eu un, contre 21,4 % en 2010, alors que 85 % des maternités déclarent qu'elles en organisent. Il est plus souvent réalisé chez les primipares (39,5 %) que chez les multipares (20,5 %) (12). Il est donc important de le développer afin d'offrir à toutes les femmes cette information éclairée.

*« Choisir de faire ce saut dans le vide, ce pas dans l'inconnu, choisir de faire confiance en la vie, en notre destin, choisir d'être acteur et de le faire en conscience, choisir de le vivre... » (5)*

### 2. Améliorer la formation des étudiants sages-femmes sur l'accouchement naturel

Les études de sage-femme commencent par l'apprentissage de la physiologie : les différents systèmes du corps humain, l'obstétrique simple...

Puis, la formation s'oriente sur la pathologie. Même si la sage-femme est axée sur la physiologie, il faut être capable de dépister toute situation pathologique. Le passage d'un état à un autre n'est pas toujours évident à réaliser mais il est nécessaire.

L'accouchement naturel n'est pas assez évoqué pendant la formation. Les étudiants développent leurs connaissances à ce sujet lorsqu'ils y sont confrontés sur les terrains de stages. L'accompagnement de ce type d'accouchement dépend également de l'adhésion du professionnel et de sa volonté de pédagogie avec l'étudiant. Finalement, une faible proportion des diplômés sages-femmes ont les outils pour accompagner ce type de projet.

Il serait important de développer cet aspect dès le début de la formation. Ces acquisitions seront progressives, s'adaptant chaque année aux expériences rencontrées par les étudiants.

La distinction entre douleur et souffrance est également importante à expliquer au cours des études. Comprendre cette différence est essentielle pour accompagner les femmes dans la douleur et éviter ainsi le passage dans la souffrance, qui leur est plus difficile à maîtriser.

### 3. Développer de nouveaux modes de gestion de la douleur : exemple de l'hypnoalgésie (30)

La préparation à la naissance et à la parentalité par l'hypnose se développe aujourd'hui avec notamment l'usage de l'autohypnose. Après apprentissage de divers exercices avec un praticien, la patiente est apte à utiliser la méthode de façon autonome.

L'hypnoalgésie, pratique de l'hypnose ayant pour but de modifier et soulager une douleur, aide à modifier la perception des douleurs de l'accouchement. L'objectif principal est de réduire l'anxiété pouvant émerger pendant la grossesse. Ce stress est néfaste puisqu'il augmente la perception de l'intensité douloureuse pendant le travail. La parturiente doit se dissocier de son ventre afin de laisser son corps travailler tout en se sentant en sécurité.

L'hypnose est ainsi un outil supplémentaire à la disposition des patientes pour se donner confiance dans la gestion des douleurs de l'accouchement. De nombreux professionnels se forment actuellement afin d'accompagner les femmes dans cette démarche.

#### 4. Restructurer les établissements de santé pour répondre à la demande

L'accouchement naturel est une demande croissante de la part des femmes et des couples. Comme nous l'avons vu précédemment, le lieu d'accouchement a toute son importance dans la gestion psychologique de la douleur.

Mais les contraintes actuelles du système hospitalier engendrent des difficultés importantes. En effet, les petites maternités ferment dans le but de créer des groupements hospitaliers de territoire (GHT). En mars 2016, la France compte 517 maternités, un nombre qui a diminué de 39% en 20 ans pour un taux de naissances stable.

Ce phénomène entraîne une charge de travail importante pour les établissements restants. Mais, le manque de personnel rend difficile l'accompagnement des patientes sans analgésie péridurale, nécessitant de la

disponibilité. En plus de cette contrainte quantitative, la formation du personnel est nécessaire, nous l'avons vu. Les équipes doivent être aptes à s'adapter à tout type de projet et de demandes. Cet ajustement professionnel s'apprend tout au long de la carrière.

Afin de répondre aux souhaits des couples, il est nécessaire de restructurer les établissements de santé et l'offre de soins. Une enquête du CIANE (Collectif inter-associatif autour de la naissance) de 2013 a mis en évidence que les maternités proposant une offre alternative à la médicalisation ont une attractivité grandissante (31).

L'offre des maisons de naissance a été expérimentée depuis la loi du 6 décembre 2013 (32). Le 18 février 2020, Christelle Dubos [secrétaire d'Etat auprès du ministre des Solidarités et de la Santé], annonce que le Parlement diffusera son rapport au sujet de l'expérimentation prochainement (33). Le rapport réalisé par le groupe de recherche sur les maisons de naissance est très positif (34). Ces déclarations laissent à penser que l'offre actuelle devrait être pérennisée. Reste maintenant à savoir selon quelles modalités cela se fera.

Ces divers éléments sont des pistes d'amélioration à plusieurs niveaux. Notre société doit continuellement s'ajuster à la demande des couples. Il semblerait que l'accouchement naturel soit privilégié pour les années à venir mais qu'en sera-t-il dans 50 ans ?

# Conclusion

La préparation à la naissance et à la parentalité est un outil clé pour réaliser un projet d'accouchement naturel. Les méthodes dites « classiques » avec une sage-femme sont finalement privilégiées à certaines méthodes plus alternatives (haptonomie, hypnose...).

La gestion de la douleur est l'objectif principal de cette préparation. Pour cela, les femmes ont à disposition des outils pour contrôler leur respiration, trouver une position adéquate etc. Le but est de donner un sens à ces douleurs de l'accouchement afin d'apprendre à mieux les accepter et ainsi à les maîtriser. Pour cela, il est nécessaire de faire intégrer la distinction entre souffrance et douleur lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Les femmes doivent prendre conscience que la douleur est nécessaire pour accoucher mais qu'il est en revanche possible d'agir pour ne pas souffrir.

L'environnement de la parturiente est certainement un des éléments essentiels pour la réussite du projet. En effet, les rôles de l'accompagnant – le plus souvent le père – et de la sage-femme sont majeurs pour la femme. Un accouchement naturel se réussit en équipe alliant la femme, le père, l'enfant et la sage-femme partenaire au projet.

Les outils mis en évidence dans notre étude ne sont pas forcément à la portée de toutes les femmes. Cependant, il est important pour un professionnel de les connaître et de pouvoir en informer les femmes. Il suffit

parfois de quelques gestes ou quelques mots de la part du professionnel pour aider la parturiente dans ce moment clé de sa vie, l'accouchement.

Il serait donc justement intéressant d'interroger les sages-femmes sur les outils proposés aux femmes en travail afin de les accompagner dans la gestion de la douleur.

# Références bibliographiques

1. Maud A. Les douleurs de la mise au monde aujourd'hui, en France : une évidence à déconstruire. Les Dossiers de l'Obstétrique (Les D.O.). 2013 Décembre;432
2. Vuille M. Le militantisme en faveur de l'Accouchement sans douleur. Nouv Quest Fem. 2005;Vol. 24(3):50-67.
3. L'accouchement sans douleur : une révolution culturelle au milieu du xxe siècle | Cairn.info [Internet]. [cité 16 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-spirale-2008-3-page-21.htm>
4. Jacques B. Les cours de préparation à la naissance comme espace de ségrégation sexuelle. Inf Geogr. 25 juill 2012;Vol. 76(2):108-21.
5. Trélaün M. J'accouche bientôt : que faire de la douleur ? 2ème édition. Le Souffle d'Or. 2017.
6. Arnal M. Soulager les douleurs de femmes lors de l'accouchement . Déviance et normalisation des émotions. Genre Sex Société [Internet]. 20 déc 2016 [cité 16 juill 2019];(16). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/gss/3870>
7. Charrier P, Clavandier G. Sociologie de la naissance. Paris: A. Colin; 2013. (Socio famille).
8. Haute Autorité de Santé. Argumentaire des Recommandations de bonne pratique. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. [En ligne]. Décembre 2017. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement\\_normal\\_-\\_argumentaire.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_argumentaire.pdf)
9. Communiqué de presse Ciane. Physiologie de l'accouchement : le Ciane donne sa position. [En ligne]. 9 juillet 2015. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/07/CPPhysio2015.pdf>
10. Recommandations HAS - PNP [Internet]. [cité 10 mars 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation\\_naissance\\_recos.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf)
11. Bernard M-R, Eymard C. Évolution et enjeux actuels de la préparation à la naissance et à la parentalité. Sante Publique (Bucur). 9 oct 2012;Vol. 24(4):283-9.

12. Enquête nationale périnatale 2016 [Internet]. [cité 10 mars 2019]. Disponible sur: [http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf)
13. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 - Insee Première - 1642 [Internet]. [cité 24 janv 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>
14. Deux enfants sur trois naissent hors mariage - Insee Flash Hauts-de-France - 70 [Internet]. [cité 24 janv 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4174407>
15. Morel M-F. Histoire de la douleur dans l'accouchement. Doss Obstétrique. mars 2016;(N°456):12-9.
16. Entre douleur et souffrance : approche anthropologique | Cairn.info [Internet]. [cité 24 févr 2020]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.docelec.univ-lyon1.fr/revue-l-information-psychiatrique-2009-4-page-323.htm>
17. Le Breton D. Anthropologie de la douleur. Paris: Métailié; 2006.
18. Les douleurs de la mise au monde, une analyse sociologique des normes prises en charge [Internet]. [cité 8 juill 2019]. Disponible sur: [https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2017/10/cnsf\\_journees\\_fevrier\\_2015\\_resume.pdf](https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2017/10/cnsf_journees_fevrier_2015_resume.pdf)
19. IASP Terminology - IASP [Internet]. [cité 10 févr 2020]. Disponible sur : <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
20. Vuille M. Modèles sociaux et contextes de signification de la douleur de l'accouchement. Doss Obstétrique. mars 2016;(N°456):20-6.
21. Verdino S, Azcue M, Maccagnan S. La péridurale, entre émancipation et norme. Rev Sage-Femme. mai 2015;14(2):45-9.
22. Dellinger S, Perrion N. L'expérience de la douleur de la naissance par les femmes : création d'un étayage à la philosophie sage-femme de l'accouchement normal. :194.
23. Le Goedic B. La plainte. Doss Obstétrique. mars 2016;(N°456):27.
24. Quagliariello C. « Ces hommes qui accouchent avec nous ». La pratique de l'accouchement naturel à l'aune du genre. Nouv Quest Fem. 21 juin 2017;Vol. 36(1):82-97.
25. Dossier n°8, Enquête sur les accouchements par le Ciane. Quel accompagnement pour les femmes lors de l'accouchement ? [En ligne] Juin 2014. Disponible sur :

<https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2014/06/CianeDossierAccompagnement2014.pdf>

26. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
27. Dossier n°5, Enquête sur les accouchements par le Ciane. Douleur et accouchement. [En ligne] Avril 2013. Disponible sur : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/04/DossierDouleur.pdf>
28. Akrich M. La péridurale, un choix douloureux. Cahiers du Genre, L'harmattan, 1999, pp-17-48
29. Moliérac C. Accompagnement de la physiologie de l'accouchement par les sages-femmes : freins et axes d'amélioration. [Bourg-en-Bresse]: Claude Bernard Lyon 1; 2019.
30. Hypnoanalgésie et hypnosédation - Isabelle Célestin-Lhopiteau et Antoine Bioy | Cairn.info [Internet]. [cité 16 févr 2020]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/hypnoanalgesie-et-hypnosedation--9782100592180.htm>
31. CPSallesNatures.pdf. Communiqué de presse Ciane. Une demande croissante pour des approches moins médicalisées. [En ligne]. 22 mai 2013. Disponible sur : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/05/CPSallesNatures.pdf>
32. LOI n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. Legifrance [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000028280834>
33. Maisons de naissance : l'expérience est concluante ! – Collège National des Sages-femmes de France [Internet]. [cité 27 févr 2020]. Disponible sur : <https://www.cnsf.asso.fr/maisons-de-naissance-lexperience-est-concluante/>
34. Rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance en France par EPOPé. [En ligne] Novembre 2019. Disponible sur : [http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2019/11/Rapport\\_Maisons-naissance\\_2019-1.pdf](http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2019/11/Rapport_Maisons-naissance_2019-1.pdf)

# Annexes

## Annexe 1 : Protocole de recherche, résultats de l'enquête exploratoire

<b>TITRE : Se préparer à un accouchement physiologique : les outils des femmes</b>
<b>CONSTAT/JUSTIFICATION / CONTEXTE</b> <p>Depuis 2005, la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) est encadrée par des objectifs précis, définis par l'HAS, afin d'assurer une démarche préventive et éducation auprès des futurs parents. Elle se décline aujourd'hui en de multiples possibilités : classique, sophrologie, yoga, haptonomie, hypnose... En 2016, 78% des primipares suivent des cours de PNP contre 34% des multipares. Ces chiffres sont en constante augmentation. En Rhône-Alpes, près de 85% des patientes en réalisent une.</p> <p>D'autre part, on peut remarquer aujourd'hui un regain des accouchements physiologiques. Les femmes construisent leur projet afin d'accoucher sans péridurale. Qu'il ait lieu à domicile, en plateau technique, en maison de naissance, l'accouchement doit être préparé par le couple avec parfois une sage-femme libérale effectuant un accompagnement global. Mais parfois, la volonté de la femme est mise à l'épreuve dans les maternités de type 3, où un accompagnement plus médicalisé peut être plus facilement proposé.</p> <p>Je voulais donc interroger des patientes qui ont réussi leur projet d'accouchement sans péridurale pour savoir comment elles se sont préparées à cela. La population sélectionnée serait des primipares pour ne pas avoir l'influence du (des) précédent(s) accouchement(s).</p>
<b>OBJECTIFS</b> <p><u>Objectif principal</u> : Comprendre comment les femmes se préparent en vue d'un accouchement physiologique</p> <p><u>Objectif secondaire</u> : Etudier quelles notions aborder pour préparer au mieux ces femmes à accoucher.</p>
<b>METHODOLOGIE / SCHEMA DE LA RECHERCHE</b> <p>Méthode observationnelle : entretien semi-directifs</p>
<b>CRITERES DE JUGEMENT</b> <p><u>Critère de jugement principal</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La préparation mentale (état d'esprit de la parturiente, projet de naissance, croyances...)</li><li>- La préparation corporelle (exercices de respiration...)</li></ul> <p><u>Critères de jugement secondaires</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La gestion de la douleur</li><li>- Les facteurs environnementaux : la place du père, lieu d'accouchement...</li></ul>
<b>POPULATION CIBLE</b> : Femmes ayant pour projet d'accoucher sans péridurale

<p><b>CRITERES D'INCLUSION :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accord de la patiente</li> <li>- Primipares ayant accouché sans APD : à domicile, en maison de naissance ou en plateau technique (avec sages-femmes libérales réalisant un accompagnement global)</li> <li>- Primipares ayant accouchée sans APD en maternité de type 3</li> <li>- Patientes dont le projet avait été construit pendant la grossesse</li> </ul>
<p><b>CRITERES DE NON-INCLUSION</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patiente ayant accouché avec APD</li> <li>- Patiente qui a accouché sans APD mais dont ce n'était pas le souhait</li> <li>- Multipares</li> <li>- Patientes ne parlant pas ou ne comprenant pas le français</li> </ul>
<p><b>CRITERES DE SORTIE D'ETUDE</b></p> <p>Entretiens non menés ou non terminés</p>
<p><b>NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRES</b></p> <p>Jusqu'à saturation des données, environ 10/15</p> <p>Sélection des patientes par le biais de sages-femmes libérales</p>
<p><b>DUREE DE L'ETUDE</b></p> <p>Jusqu'à ne plus avoir de thèmes abordés dans les entretiens</p>
<p><b>LIEU DE LA RECHERCHE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maison de naissance de Bourgoin-Jallieu</li> <li>- Accouchement à domicile dans la région Rhône-Alpes</li> <li>- Plateaux techniques de Romans</li> </ul>
<p><b><u>RETOMBEES ATTENDUES</u></b></p> <p>Comprendre comment préparer au mieux une patiente qui a un projet d'accouchement plus physiologique, sans analgésie péridurale.</p> <p>Connaitre et comprendre la PNP effectuée par la patiente permet d'adapter notre accompagnement lorsqu'on la prend en charge.</p>
<p><b><u>Aspects éthiques et réglementaires</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Principe d'anonymat</li> <li>- Secret professionnel</li> </ul>
<p><b><u>Mots clés :</u></b></p> <p>Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) - Accompagnement global - Accouchement à domicile - Maison de naissance - Accouchement physiologique</p>

## Annexe 2 : Lettre d'informations aux patientes

**Madame,**

Etudiante en cinquième année de sage-femme à l'école de Bourg-en-Bresse, je réalise mon mémoire de fin d'études sur l'accouchement physiologique, dans le but de permettre un meilleur accompagnement dans ce moment clé de la vie d'une femme.

Pour cela, je souhaiterais échanger avec vous sur votre accouchement et la façon dont vous vous êtes préparée à cet évènement. Nous pourrions ainsi nous rencontrer lors de votre séjour à la maternité, ou après votre sortie dans le lieu de votre choix ou bien converser par téléphone.

Il est bien entendu que l'anonymat sera totalement respecté et que les données recueillies ne serviront uniquement qu'à l'élaboration de mon mémoire.

Si vous êtes intéressées pour participer à cette étude, vous pouvez me contacter dès aujourd'hui par mail ou par téléphone.

Je vous remercie infiniment pour l'intérêt que vous porterez à mon travail et pour le temps que vous pourrez me consacrer.

Cordialement,

LOTTO Amandine

## Annexe 3 : Trame d'entretien

- Présentation de l'étude : étude sur l'accouchement sans analgésie péridurale des primipares dont le projet ait été construit toute la grossesse
- Consentement pour l'étude, autorisation d'enregistrement, information sur l'anonymat et possibilité de sortir de l'étude à tout moment

### Le déroulement de l'accouchement :

Pour débuter, j'aimerais que vous me parliez de l'accouchement.

**Racontez-moi comment s'est déroulé votre accouchement.**

### Thème 1 : La douleur

Pour continuer, j'aimerais qu'on évoque les difficultés que vous avez pu ressentir pendant l'accouchement, si c'est le cas.

**Qu'est-ce qui a été le plus difficile pour vous pendant l'accouchement ?**

### Thème 2 : La préparation à la naissance et à l'accouchement

Maintenant, j'aimerais que vous me racontiez ce qui vous a aidé dans les moments plus difficiles de l'accouchement.

**Qu'est-ce qui vous a aidé dans les moments les plus difficiles ?**

### Thème 3 : Les facteurs environnementaux

L'environnement qui vous entoure pendant l'accouchement peut parfois influencer son vécu et son déroulement.

**Comment votre environnement a joué un rôle dans l'accouchement ?**

### Informations personnelles recueillies :

Pour terminer l'entretien, je dois vous demander plusieurs informations :

- Age ou année de naissance
- Profession (précise)
- Niveau de diplôme le plus élevé possédé
- Statut marital : marié, concubin, pacsé
- Lieu de résidence

<b>Auteur :</b> LOTTO Amandine	<b>Diplôme d'Etat de sage-femme</b>
<b>Titre :</b> Se préparer à un accouchement physiologique : les outils des femmes	
<p><b>Résumé :</b></p> <p><u>Introduction</u> – Un accouchement naturel se définit par l'absence de risque et de médicalisation. L'émergence de ce type de projet offre une nouvelle place à la préparation à la naissance et à la parentalité. Notre étude se porte sur la recherche des divers outils mis à disposition des femmes afin d'aboutir ce projet.</p> <p><u>Objectif</u> – Comprendre comment les femmes se préparent à un accouchement physiologique afin de repérer les notions à privilégier dans les préparations à la naissance.</p> <p><u>Méthode</u> – Etude qualitative observationnelle par des entretiens semi-directifs. Les patientes incluses sont des primipares ayant accouché, par choix, sans analgésie péridurale. Le recrutement est sur la base du volontariat et réalisé dans des lieux variés : hôpital, maison de naissance, plateau technique, accouchement à domicile</p> <p><u>Résultats &amp; Discussion</u> – 13 entretiens ont été réalisés sur une période de 3 mois. Toutes les patientes ont réalisé une préparation à l'accouchement avec une sage-femme. Les livres sont une ressource très utilisée également. La gestion de la douleur est au centre des préoccupations, le sens qui lui ait donné permet un meilleur vécu. Distinguer souffrance et douleur est là tout l'enjeu. La libre mobilisation est primordiale pour les femmes. L'environnement dans lequel se trouve la parturiente influence également sa perception de la douleur. L'accompagnant, dans nos entretiens le père, et la sage-femme ont un rôle de soutien capital.</p> <p><u>Conclusion</u> – Au-delà de la préparation à la naissance primordiale pour apprendre à faire face à la douleur, l'accompagnement de la femme est un élément clé de la réussite du projet. La sage-femme a un rôle d'information capital envers la patiente et le couple. Connaître les différents outils dont les femmes disposent pour réaliser ces projets d'accouchement leur permet de les accompagner au mieux.</p>	
<b>Mots clés :</b> préparation à la naissance – primipares – douleur – accouchement physiologique – analgésie péridurale	

<b>Title :</b> Getting ready for physiologic childbirth: women's tools
<p><b>Abstract :</b></p> <p><u>Introduction</u> – Natural childbirth is the absence of risk and medicalization in childbirth. The emergence of natural childbirth plans offers a new space for birth preparation and parenthood preparation. Our study focuses on the research of the various tools available to women in order to achieve this project.</p> <p><u>Objective</u> – Understand how women prepare for physiologic childbirth in order to identify which concepts should be favoured during birth preparation.</p> <p><u>Methods</u> – Qualitative observational study through semi-structured interviews. The patients are primiparous women who have given birth, by choice, without epidural analgesia. Recruitment is on a voluntary basis and is carried out in different places: hospital, birth centre, technical service, home delivery.</p> <p><u>Results &amp; Discussion</u> – 13 interviews were conducted over a period of 3 months. All patients prepared for childbirth with a midwife. Books were also a widely used resource. Pain management is a central concern, as the meaning given to pain allows a better experience. Distinguishing suffering and pain is the main issue. The environment in which the parturient finds herself also influences her perception of pain. The father and the midwife both play a crucial supportive role for the patient.</p> <p><u>Conclusion</u> - In addition to childbirth preparation, which is essential to learn how to cope with pain, supporting the woman is a key element to the success of the childbirth project. The midwife plays a vital information role towards the patient and the couple. Knowing the different tools that women have at their disposal to carry out these childbirth projects allows them to support them in the best possible way.</p>
<b>Key words :</b> prenatal education – primigravida – pain – physiologic childbirth – epidural analgesia