



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

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.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
Site de Formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse

PROJET D'ACCOUCHEMENT SANS ANALGESIE, MAIS ACCOUCHEMENT AVEC PERIDURALE : QUEL A ETE LE VECU DU RENONCEMENT AU PROJET INITIAL

EMMA BRUNEL

Née le 16 février 2000

Mémoire soutenu en mai 2024

FOUCAN Delphine,
Psychologue libérale à Ambérieu-en-Bugey, intervenante PMI secteur Plaine de l'Ain

Directrice de mémoire

ETHEVENOT Emilie,
Sage-femme enseignante, Site Formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse

Guidante de mémoire

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidées et soutenues tout au long de la réalisation de mon mémoire :

A Mme Foucan Delphine, psychologue, directrice de ce mémoire pour avoir accepté de diriger ce mémoire, pour m'avoir conseillée, et avoir partagé ses connaissances ;

A Mme Ethevenot Emilie, sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Bourg en Bresse et guidante de ce mémoire, pour m'avoir soutenue tout au long de cette étude, pour le temps qu'elle m'a accordé et sa disponibilité, ainsi que pour ses précieux conseils ;

A l'ensemble de l'équipe enseignante de l'école de sage-femme de Bourg-en-Bresse, Paola, Bérangère, Myriam pour m'avoir accompagnée au cours de ces quatre années d'études ;

Aux cadres des services qui m'ont permis de contacter les professionnels de leur service ;

A toutes les femmes ayant accepté de me partager leur expérience. Sans elles, l'élaboration de ce mémoire n'aurait pas été possible ;

A toute la promotion 2020-2024, pour ces quatre belles années

Et plus personnellement,

A Anna et Laurine, mes colocataires pour tous ces merveilleux moments passés ensemble, et pour m'avoir soutenue dans ces études ;

A mes marraines de promotion Kanna et Morgane qui m'ont fait vivre des moments merveilleux et qui m'ont aidée et soutenue tout au long de ces études ;

A Pierrick pour son humour, son soutien, sa présence qui m'ont aidée ;

A toute ma famille, mes parents, mon frère Milosh, ma sœur Natalia, mes grands-parents, mon oncle et ma tante, ma cousine Lisa et tous mes amis pour m'avoir soutenue et encouragée durant toutes ces années à poursuivre mon rêve.

TABLE DES MATIERES

Abréviations	1
Introduction.....	3
1 Matériel et méthode	5
1.1 Méthode	5
1.1.1 Type d'étude	5
1.1.2 Population	5
1.1.3 Recrutement.....	5
1.1.4 Règlementation	6
1.2 Recueil de données.....	6
1.2.1 Construction de la grille d'entretien	6
1.2.2 Déroulement des entretiens	7
1.3 Analyse des données	7
1.4 Résultats généraux	8
1.5 Forces et limites de l'étude	8
2 Résultats et analyse	11
2.1 Pourquoi un projet sans APD.....	11
2.1.1 Raisons somatiques et psychiques.....	12
2.1.2 Les craintes liées à l'APD	14
2.2 Les raisons du changement de décision	16
2.2.1 La capacité à gérer la douleur	16
2.2.2 Les facteurs extérieurs	18
2.3 Le vécu de ce changement de projet	21
2.3.1 Sentiments de satisfaction	21

2.3.2	Sentiments d'ambivalence et d'insatisfaction	23
3	Discussion	27
3.1	Accompagnement et gestion de la douleur	27
3.2	L'APD.....	29
3.3	Autonomie, contrôle	31
4	Conclusion	33
	Bibliographie	35
	Annexes	37
	Annexe 1 : Courrier explicatif à destination des patientes.....	37
	Annexe 2 : Note d'information	38
	Annexe 3 : Synopsis.....	39
	Annexe 4 : Accord de confidentialité.....	41
	Annexe 5 : Trame d'entretien	42
	Annexe 6 : Résumé des entretiens	44

ABREVIATIONS

PNP	Préparation à la naissance et à la parentalité
APD	Analgésie péridurale
CIANE	Collectif inter associatif autour de la naissance
EPP	Entretien prénatal précoce
CAP AEPE	certificat d'aptitude professionnelle Accompagnant éducatif petite enfance

INTRODUCTION

« La douleur liée au travail obstétrical et à l'accouchement est l'une des plus importantes douleurs aiguës décrites dans la littérature. Les travaux de Ronald Melzack, pionnier de renommée mondiale dans le domaine de la douleur, en font état » (1). Nous savons que le travail de l'accouchement et la naissance par les voies naturelles sont connus pour provoquer des douleurs d'une extrême intensité aux femmes.

Or, il est parfois difficile de pouvoir soulager une femme qui souffre pendant le travail. « La douleur physique est une expérience commune, à la fois sensorielle et émotionnelle. Pourtant, nous nous retrouvons souvent démunis face à nos patients présentant une telle souffrance » (2). Nous savons qu'il existe des méthodes douces proposées en cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) telles que les massages, les différentes positions, l'acupression, l'acupuncture, les sons, la sophrologie, et bien d'autres techniques pour accompagner la douleur d'une femme pendant ses contractions utérines. Cependant, ces techniques ont pour objectif d'accompagner les femmes dans la gestion de la douleur, et sont donc parfois insuffisantes pour soulager les parturientes.

L'analgésie péridurale (APD) s'est donc développée dans les années 1970 et « en 1994, Simone Veil ouvre l'accès de la péridurale à toutes les femmes qui accouchent en permettant son remboursement à 100% par l'assurance maladie » (3). Finalement cette technique a révolutionné le vécu de l'accouchement et s'est largement répandue depuis. Elle est devenue aujourd'hui le « gold standard de l'analgésie obstétricale ». (4)

Pour autant, aujourd'hui, certaines patientes font toujours le choix conscient d'accoucher sans analgésie. Ainsi, nous nous sommes interrogés sur les raisons de ce choix. Nous avons trouvé sur le blog de Marie-Hélène Lahaye « Marie accouche là » diverses raisons qui poussent les femmes à vouloir accoucher sans APD : « Les phobies diverses », « L'envie de dépassement de soi », « La volonté d'être entièrement maître de son accouchement », « Les convictions politico-philosophiques », « éviter les conséquences de la péridurale ». (5) En France, « un quart des femmes veulent initialement accoucher sans péridurale ». Pourtant, « une étude se fondant sur des données de l'enquête nationale périnatale de 2010 » rapporte

que plus de la moitié d'entre elles reçoivent finalement « une analgésie péridurale en cours de travail ». (6)

Selon une enquête du CIANE (Collectif Inter Associatif autour de la Naissance) « Si les femmes qui ont réalisé leur souhait de se passer de la péridurale sont presque unanimement satisfaites (97%), 56% de celles qui y ont eu recours alors qu'elles ne le souhaitaient pas au départ sont insatisfaites. Elles mettent en cause le défaut d'accompagnement et le fait qu'on ne leur ait pas laissé le choix » (5). Or Ronald Melzack rapporte que « les femmes qui ont anticipé un accouchement « naturel et sans douleur » éprouvent souvent des sentiments intenses de culpabilité, de colère et d'échec lorsqu'elles sont confrontées à des douleurs si sévères qu'elles ont besoin d'une analgésie péridurale » (7). Cela voudrait donc dire que des femmes qui souhaitaient initialement accoucher sans APD et qui tout compte fait ont eu une APD éprouverait ce genre de sentiments. Cela nous a semblé être un problème, d'autant que plus de la moitié sont insatisfaites de leur accouchement.

Ces données datant de 2013, nous nous sommes questionnés sur l'évolution de ce vécu aujourd'hui, avec les progrès faits sur le dosage de l'APD, l'essor de l'écriture du projet de naissance, et l'Entretien Périnatal Précoce (EPP) devenu obligatoire en 2020 (8). Nous estimions nécessaire de faire un état des lieux pour comprendre le vécu de ces femmes qui avaient pour projet d'accoucher sans péridurale et qui ont finalement eu une péridurale.

1 MATERIEL ET METHODE

1.1 METHODE

1.1.1 TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude qualitative multicentrique réalisée à partir de huit entretiens semi-dirigés et anonymisés. Le choix de faire des entretiens semi-dirigés était un choix logique puisque nous recueillons le vécu des patientes.

1.1.2 POPULATION

Les patientes incluses dans cette étude sont des femmes ayant eu pour projet d'accoucher sans péridurale et qui ont finalement changé d'avis lors du travail, acceptant de participer à l'entretien. Les entretiens ont été réalisés environ une semaine après leur accouchement, pour que les femmes aient eu le temps de se remettre à minima des émotions de l'accouchement.

Les patientes ayant accouché par césarienne n'ont pas été incluses dans l'étude.

Il n'existe pas de critère de sortie d'étude, hormis le souhait de la personne interrogée de se retirer à tout moment de l'étude.

1.1.3 RECRUTEMENT

Lors de la constitution de l'échantillon, nous souhaitions pouvoir avoir une certaine hétérogénéité et avons fait le choix d'inclure les hôpitaux de la région Auvergne Rhône-Alpes

Les cadres de suites de couches et de salle de naissance ont été contactées par mail pour effectuer le recrutement auprès des patientes de leur service. Le mail comportait une pièce jointe à imprimer et à distribuer aux patientes abordant le thème du mémoire, les coordonnées étaient également laissées afin que les patientes intéressées puissent prendre contact (Annexe 1), la note d'information était également jointe (Annexe 2). Cependant, au vu de l'absence de retour des patientes et malgré les relances, nous nous sommes également déplacés à la rencontre des patientes directement dans les services de maternité de 2

hôpitaux. La patiente prenait contact avec nous via un échange par SMS pour convenir d'un rendez-vous en visio-conférence.

Le nombre d'entretiens était prévu jusqu'à saturation des données, soit huit entretiens.

1.1.4 REGLEMENTATION

Dans le cadre de cette étude, nous avons interrogé des patientes sur des données non médicales, à caractère personnel, cette étude ne rentre donc ni dans le cadre de la loi Jardé, ni de la Recherche Impliquant la Personne Humaine (RIPH).

Le synopsis (Annexe 3) ainsi que le protocole de recherche ont été validés par l'équipe pédagogique de l'établissement de formation en maïeutique de Bourg-en-Bresse. Les démarches de protections de données et de confidentialité ont été validées en avril 2022 (Annexe 4).

Les entretiens ont été anonymisés et sécurisés. L'ensemble des données recueillies seront détruites à l'issue du travail de recherche. De plus, les entretiens ont été réalisés après recueil du consentement oral des patientes.

1.2 RECUEIL DE DONNEES

1.2.1 CONSTRUCTION DE LA GRILLE D'ENTRETIEN

Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs et individuels, qui suivaient une trame (Annexe 5). La trame a été testée lors d'un premier entretien. A la suite de celui-ci, des modifications ont été apportés, notamment au niveau des questions de relances.

Lors de chaque entretien, nous demandions à la patiente de se présenter, et de nous raconter succinctement ses précédents accouchements dans le cas de patientes multipares. Dans un second temps, nous lui demandions de nous raconter le projet d'accouchement qu'elle avait pour cette naissance. Ensuite, nous lui demandions de nous raconter son accouchement.

La grille d'entretien comprend des questions ouvertes, permettant aux femmes de développer leurs réponses, ainsi que des questions de relance qui permettent de recentrer les échanges et d'aborder les thèmes souhaités.

1.2.2 DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Les entretiens ont été réalisés du 12 octobre 2023 au 9 janvier 2024.

Nous avons laissé le choix aux patientes du mode d'entretien entre la visio-conférence ou le présentiel. Sept entretiens ont été réalisés en visio-conférence et un en présentiel.

Avant chaque entretien, la femme était informée du caractère anonyme de l'étude et de la gestion des données. De plus, son consentement oral était recueilli. Nous avons utilisé un téléphone portable comme support pour l'enregistrement des entretiens. L'enregistrement sera détruit à l'issue du travail de recherche ainsi que toute trace permettant d'identifier les patientes des entretiens afin que l'anonymat de chacune soit respecté.

Nous avons interrogé les professionnels jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'au huitième entretien.

Pour conserver l'anonymat, les noms et prénoms des patientes ont été changés. Le format d'anonymisation se présente sous cette forme « entretien n°... ».

Les entretiens ont duré entre vingt minutes et une heure et quart avec une moyenne de quarante minutes.

1.3 ANALYSE DES DONNEES

Chaque entretien a été retranscrit sur World. La retranscription a été réalisée mot pour mot dans le but d'être la plus fiable possible. Les résumés des entretiens se trouvent en annexe (Annexe 6).

Nous avons réalisé une analyse thématique. Chaque entretien a, dans un premier temps, été analysé verticalement de façon à effectuer une synthèse des principaux résultats en lien avec la question de recherche. Puis nous avons réalisé une analyse horizontale par thématique, c'est-à-dire une même thématique pour les différents entretiens. Enfin nous avons fait une analyse interprétative permettant de mettre en lien, d'articuler les différents thèmes entre eux.

1.4 RESULTATS GENERAUX

Le tableau ci-dessous reprend les principales données concernant les femmes ayant participé à cette étude.

Tableau 1: Présentation des patientes

	Prénom	Age	Parité	Niveau d'études	Nombre de jours entre l'accouchement et l'entretien	PNP	Accouchement
Entretien n°1	Sarah	33ans	4	Sophrologue, réflexologue, maître d'équipe.	7	Uniquement pour son premier	Pose d'APD avant déclenchement
Entretien n°2	Johanna	30ans	1	Infirmière	5	Oui	Pose APD à 9cm, ventouse
Entretien n°3	Isadora	Entre 35-40ans	7	Niveau baccalauréat	4	Non	Pose APD en début de travail
Entretien n°4	Alizée	23ans	1	CAP AEPE	8	Oui	Pose APD à 3cm
Entretien n°5	Lisa	32ans	2	Professeure des écoles	5	Oui	Pose APD à 3cm
Entretien n°6	Alice	32ans	1	Architecte	9	Oui	Pose APD à 3cm, accouchement en plateau technique
Entretien n°7	Allison	24ans	1	Auxiliaire de puériculture	7	Oui	Pose d'APD à 4cm
Entretien n°8	Cécile	38ans	2	Architecte, artiste plasticienne	8	Oui	Pose d'APD en milieu de travail

1.5 FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

Une des forces de l'étude est d'avoir donné la parole aux femmes, leur permettant d'exprimer leurs vécus et leurs émotions.

Par ailleurs, le discours des femmes a été retranscrit littéralement, toutefois, il est possible que l'interprétation soit différente de ce qu'elles pensaient vraiment.

Une des principales limites de l'étude a été la difficulté au recrutement des patientes. En effet nous avons diffusé l'information auprès de tous les hôpitaux de la région Auvergne Rhône-Alpes, sans aucune réponse de la part des patientes malgré les relances aux cartes des services. Nous avons donc dû avoir l'autorisation des cartes des services de suites de couches

pour pouvoir faire le recrutement nous-même directement dans les chambres. Certains hôpitaux nous ont refusés cet accès, ce qui ne nous a pas permis de diversifier autant que prévu les lieux de recrutement des patientes.

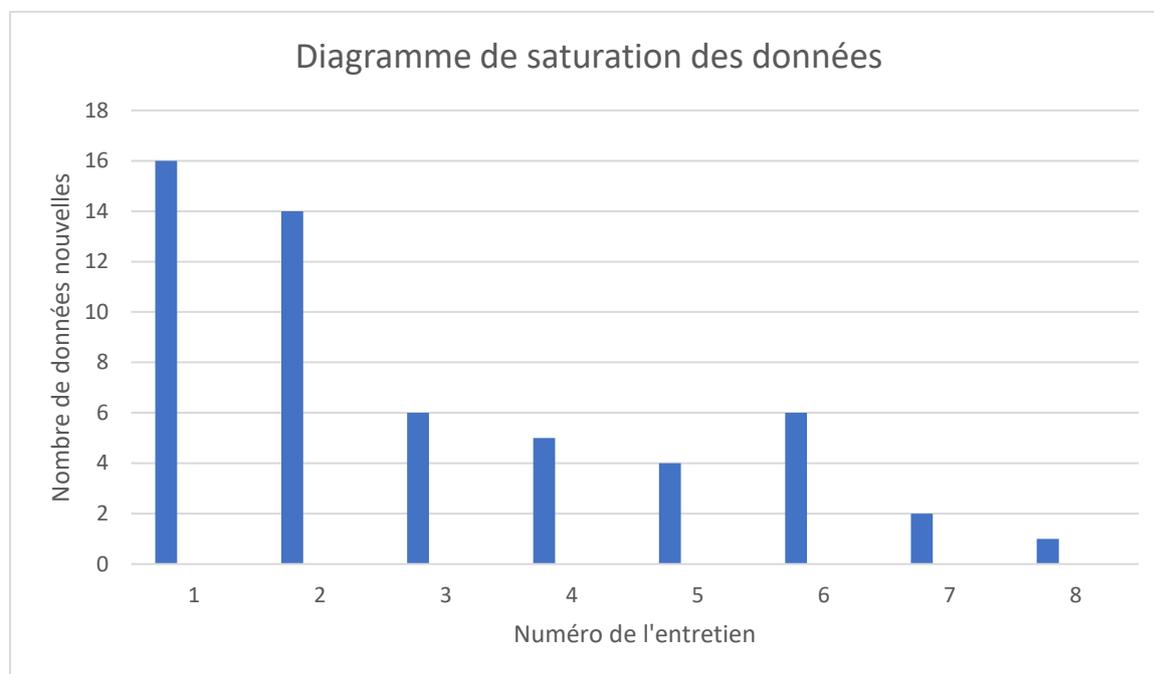
Cependant, nous avons pu avoir des entretiens avec des femmes ayant accouché dans des établissements différents, ce qui fait que les témoignages recueillis viennent de patientes ayant eu des prises en charges différentes pour leur accouchement.

La réalisation des entretiens en présentiel et en visio-conférence a permis, dans tous les cas, d'avoir un visuel sur la femme pendant l'échange et donc de pouvoir faire l'analyse non-verbale de chaque entretien. Cependant, nous pouvons noter que lors des échanges en visio-conférence, l'analyse du non-verbal est plus complexe qu'en présentiel.

Le principal biais de l'étude est le biais de sélection par choix et intérêts des femmes pour le sujet.

2 RESULTATS ET ANALYSE

La saturation des données nécessaire à la validation et l'exploitation des résultats a été atteinte au bout de 8 entretiens comme le révèle le diagramme suivant :



Suite à leur analyse, les résultats seront présentés en trois parties. Tout d'abord, nous évoquerons les raisons qui motivent les femmes à accoucher sans APD, ensuite nous aborderons les facteurs qui ont fait que le projet n'a pu aboutir, et enfin nous observerons le vécu de cet accouchement in fine.

2.1 POURQUOI UN PROJET SANS APD

Nous verrons dans cette partie les raisons qui ont poussé les femmes à avoir le projet d'accoucher sans péridurale, elles concernent les raisons corporelles et les craintes liées à une pose d'APD.

2.1.1 RAISONS SOMATIQUES ET PSYCHIQUES

Dans tous nos témoignages de femmes ayant pour projet d'accoucher sans APD, nous avons relevé l'importance physique de ressentir tout ce qui se passait dans leur corps lors du travail et de la mise au monde de leur enfant.

Lorsque nous leur demandions ce qui avait motivé leur projet d'accoucher sans APD, les femmes nous ont toutes rapporté l'importance de ressentir et de vivre leur accouchement pleinement, c'est-à-dire, d'être consciente de toutes les sensations de l'accouchement. Elles voulaient pouvoir ressentir la descente du bébé dans leur bassin et le passage au moment de la naissance de leur enfant. En effet, Lisa nous explique : « *Mes motivations, c'était vraiment pouvoir ressentir les choses et ... et les vivre. [...] Vivre, ressentir... parce que je n'avais pas énormément de souvenirs pour ma première, au niveau des sensations. Je n'avais pas l'impression de l'avoir vraiment senti sortir* »

Une des motivations que nous avons pu constater également est l'aptitude à pouvoir être plus actrice lors du travail et de l'accouchement sans APD ainsi que de pouvoir garder un certain contrôle de son corps. Allison nous en a fait part : « *Pour pouvoir vivre l'accouchement. Pour pouvoir ...avoir des sensations et être actrice de l'accouchement, pas juste ... Pas juste le vivre sans forcément ressentir. Et pour pouvoir agir moi, et pouvoir garder le contrôle* ». Il se peut qu'une APD surdosée puisse couper ces sensations et donc donner l'impression de perdre le contrôle de son corps. Ainsi, la patiente peut avoir le sentiment d'être passive vis-à-vis du travail de son accouchement.

De cette façon, le fait de ne pas avoir le contrôle sur un surdosage éventuel du produit analgésiant qui couperait toute sensation était un obstacle au choix d'une APD. Cécile l'a évoqué lors de notre entretien : « *au-delà du fait que je n'avais vraiment pas envie de faire le côté médical/piques, il y avait aussi cette peur que l'accouchement se passe un peu sans moi quoi* ». Dans la revue Sages-femmes, dans un dossier sur l'accompagnement de la douleur du travail, cet inconvénient est également appuyé par le risque d'un mauvais vécu de l'accouchement pouvant même amener à de la frustration : « *En revanche, une péridurale qui atteint son objectif premier d'analgésie tout en entravant les sensations et la mobilité peut entraîner une grande frustration, laissant à la femme l'impression de ne pas avoir vécu*

l'accouchement » (9). Nous saisissons, encore une fois, l'importance pour les femmes de ressentir la naissance de leur enfant.

Une autre donnée retrouvée dans les entretiens concernait la crainte de ne pas pousser correctement et au bon moment. En effet, Sarah nous le disait : « *Moi c'était surtout... ma crainte ... je n'avais pas envie en fait que ce soit quelque chose qui soit trop dosé et en fait que je sente plus les contractions, que je sache plus à quel moment pousser* ». Dans la revue Devenir, l'APD est présentée comme un acte médical faisant perdre de l'autonomie à la parturiente au moment de la phase de poussée : « Cette intervention médicale, qui assure à la femme de ne pas ressentir la douleur des contractions, a pourtant des effets pervers. La mère dépend alors du personnel médical pour savoir quand pousser et vit son accouchement de manière plus passive. » (10).

Chez les futures primipares, nous avons remarqué qu'il y avait une curiosité à expérimenter cette douleur inconnue. Alizée nous l'a rapporté : « *Je voulais connaître en fait la douleur, enfin la réelle douleur du travail, et du coup avec la péri directement, je n'aurais pas connu [...] c'était vraiment une expérience ... Pour connaître mon corps aussi* ». Dans les Confessions de saint Augustin, le philosophe théologien chrétien explique qu'il peut y avoir de la curiosité pour les choses les plus horribles, non pas pour en souffrir mais par volonté de les expérimenter :

« Et la curiosité s'attache même à des sujets tout contraires, et se porte aux choses fâcheuses et désagréables, non pour en ressentir de la peine et de la douleur, mais par le désir qui la pousse à vouloir tout savoir et tout expérimenter. Car quel plaisir y a-t-il de voir un corps mort déchiré de coups qu'on ne peut regarder qu'avec horreur ? Et néanmoins lorsqu'il s'en rencontre, tous y courent pour s'attrister et pour en avoir de l'effroi, quoiqu'ils craignent même de revoir en songe un objet semblable » (11)

Le parallèle peut être fait entre ses propos et la volonté de connaître et donc de s'infliger la douleur extrême d'un accouchement, avec cette curiosité de pouvoir la vivre, et voir ce que cela produit pour ces femmes. Ainsi, la femme qui n'a jamais connu cette douleur est curieuse de pouvoir en faire l'expérience, en effet comme on a pu le voir, Alizée nous expliquait que c'était pour connaître son corps.

Pour les femmes interrogées, la douleur de l'accouchement signifiait une preuve de bon fonctionnement de leur corps. C'était une manière de savoir que le travail avançait

correctement. Alizée rapportait : *« C'est naturel. Il fallait qu'il y ait des contractions, justement, pour moi, il fallait que j'aie mal pour sentir les contractions et de savoir que ça avançait »*. Alexandra Bouchard dans « césariennes sur demande maternelle » rappelle qu'au début de l'obstétrique, les douleurs étaient utiles pour avoir une idée de l'avancement du travail.

« Dans les débuts de l'obstétrique, les douleurs de l'accouchement n'avaient pas vocation à être soulagées. La douleur faisait partie du quotidien des populations et ne représentait pas un mal à combattre comme aujourd'hui. Les douleurs, synonymes de travail, étaient considérées comme utiles et permettaient à l'accoucheur de suivre l'avancement de ce dernier. » (12)

Nous pouvons remarquer chez certaines femmes qui veulent accoucher sans APD, un besoin de ressentir l'avancée du travail par soi-même. Il en va de même pour la gestion de la douleur, avec l'idée de la gérer de façon indépendante, sans l'aide d'une APD.

Avoir une représentation de la douleur de l'accouchement est difficile chez les nullipares du fait de n'avoir jamais vécu les contractions de travail. Allison nous l'a dit, elle était bien consciente que l'accouchement allait être douloureux, mais il était difficile d'imaginer le degré de cette douleur. *« Je savais que j'allais avoir mal, mais je ne savais pas à quel point et si j'allais pouvoir supporter »*.

Pour autant, nous avons remarqué lors de nos entretiens que la douleur de l'accouchement chez les femmes ayant choisi d'accoucher sans APD n'était pas source d'appréhension lorsqu'elles y étaient préparées, soit à l'aide d'une préparation à la naissance et à la parentalité avec une sage-femme, soit par des renseignements personnels tels que des lectures. Elles partaient toutes avec un panel large d'outils de gestion de la douleur pour aborder leur accouchement. Alice nous disait : *« Je ne savais pas à quoi m'attendre, mais ça ne me faisait pas peur quoi. Je me disais voilà, on a tellement de choses à notre disposition que qu'on trouvera bien »*.

2.1.2 LES CRAINTES LIEES A L'APD

Parmi les arguments pour un projet d'accouchement sans péridurale, les femmes nous ont rapportés des craintes liées à l'APD.

Pendant les entretiens nous avons constaté plusieurs fois l'appréhension de l'aiguille lors la pose de péridurale. Cécile évoquait même que cela lui faisait davantage peur que la douleur de l'accouchement : *« Et comme en plus j'avais très peur des piqûres à ce moment-là, c'était aussi l'aspect moins médicalisé, le moins possible, qui me rassurait en fait. J'avais finalement plus peur de la péridurale que de la douleur »*. Cet élément est repris sur le site internet de France Assos Santé : *« Parmi les femmes qui décident d'accoucher sans péridurale, il y a [...] celles qui ont davantage peur de la piqûre de la péridurale que de la douleur de l'accouchement. »* (13)

Il est bien connu que dans la population, certaines personnes aient peur des hôpitaux, c'est ce qu'on appelle aussi la nosocoméphobie. Cet argument, entre autres, a fait pencher Allison pour un projet sans APD : *« Moi tout ce qui est un peu hôpital et tout ça, ça m'a toujours un peu fait peur quoi. Donc le fait d'être dans quelque chose le moins médicalisé possible en fait, ça me rassurait »*. En effet, outre le fait d'accoucher à l'hôpital, la pose d'APD médicalise d'autant plus l'accouchement puisqu'elle engendre une prise en charge spécifique de l'équipe d'anesthésie.

Au-delà de la peur des aiguilles ou des hôpitaux, les patientes exprimaient la crainte d'une récupération potentiellement plus difficile avec un accouchement sous APD qu'un accouchement sans analgésie. Johanna disait : *« Et puis derrière, on m'avait toujours dit qu'on récupérerait plus facilement d'un accouchement sans péridurale, qu'au final avec un accouchement avec péridurale que derrière on pouvait se mobiliser tout de suite... »*.

Les risques d'effets secondaires liés à la pose de péridurale étaient également un frein pour certaines patientes qui en avaient connaissance. C'est le cas de Johana, infirmière : *« ce que j'appréhendais du coup, rapport à mes études, c'était aussi par rapport au risque de fuite de liquides, tout ce qui était Blood patch et tout, c'était des trucs où voilà je... Je savais que c'était une possibilité »*.

Pour conclure sur les différentes raisons qui ont pu amener les patientes à choisir d'accoucher sans APD, nous constatons un besoin de sensations corporelles, d'autonomie et de contrôle. Ainsi, avec une péridurale, les patientes craignaient un surdosage qui pourrait

entraver ces éléments. Les craintes des patientes par rapport à la péridurale concernaient également une surmédicalisation de l'accouchement.

2.2 LES RAISONS DU CHANGEMENT DE DECISION

Les patientes interrogées avaient toutes comme point commun de vouloir accoucher sans APD et d'avoir finalement eu recours à une péridurale. Ainsi, nous allons détailler les raisons de ce changement de projet qu'elles nous ont avancé pendant les entretiens.

2.2.1 LA CAPACITE A GERER LA DOULEUR

Le point central du changement de décision pour une APD vient de la douleur, qui, par son intensité et sa durée dans le temps, épuise et se transforme potentiellement en souffrance. Les femmes craignent de ne pas arriver au bout de leur accouchement.

L'intensité de la douleur était un critère important face à la demande de péridurale qui revenait dans les entretiens. Johanna en est témoin : « *En fait, à un moment, la douleur est devenue tellement intense que je leur ai dit "je veux la péri"* ». Allison relevait aussi du fait qu'elle ne s'attendait pas à avoir aussi mal : « *Je ne m'attendais pas à ce que ce soit autant, que ce soit aussi fort, les contractions* ». En effet dans la littérature, on retrouve la notion que la douleur d'un accouchement est d'une intensité extrême : « La douleur liée au travail obstétrical et à l'accouchement est l'une des plus importantes douleurs aiguës décrites dans la littérature » (1). Face à une telle puissance, les femmes ont fait le choix de renoncer à leur projet pour être soulagées.

Les multipares ont aussi raconté le fait qu'elles avaient oublié la douleur de leur précédent accouchement avec le temps. On voit chez Lisa qu'elle ne s'attendait pas à avoir aussi mal pour son accouchement : « *Pour la première, j'avais eu des contractions. Alors elles étaient douloureuses, mais pas autant. Et puis, j'ai eu la péridurale très vite. Peut-être que j'ai oublié aussi ça fait six ans peut être que j'avais oublié, mais... j'ai eu l'impression quand même que là, c'était plus fort* ». On retrouve cette notion dans la revue Santé Publique avec le témoignage d'une sage-femme. Elle raconte que dès lors que l'enfant est né, la douleur de

l'accouchement s'évapore : « Moi lors de mon travail d'accouchement, je me disais que je n'allais plus tomber enceinte tellement j'avais mal ! Mais, une fois descendue de la table, j'ai oublié tout ce qui c'était passé en voyant mon joli bébé, tellement nous étions contents avec mon mari. » (14)

Alizée nous a parlé de la douleur intense de ses contractions utérines, en revanche, elle aborde la notion de souffrance et non plus de douleur lorsque qu'elle nous parle du moment où elle a basculé pour une péridurale : « *C'était que je pouvais plus gérer. En fait ça devenait tellement régulier que j'avais même plus le temps de prendre ma respiration correctement, en fait qu'il fallait déjà... Souffrir en fait, on va dire* ». Nous savons qu'il existe une différence entre douleur et souffrance. Effectivement, d'après l'OMS la douleur est décrite comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes » (15). En revanche, la souffrance serait une transformation de la douleur lorsqu'elle est « subie », « supportée », « endurée », (15) elle concernerait l'individu dans son entièreté :

« La souffrance est plus large que la douleur, elle l'englobe, c'est toute la personne dans son individualité et son histoire qui souffre. [...] La douleur peut ainsi se transformer en souffrance dès lors qu'elle représente un vécu douloureux et une prise de conscience de sa fragilité, avec une dimension émotionnelle et affective ; elle est alors comprise dans une expérience qui touche plus largement la personnalité et mobilise des réponses voire des systèmes de défense, élaborés en lien avec sa propre histoire et d'autres situations difficiles vécues dans le passé ». (16)

Nous comprenons ainsi que la souffrance est un terme beaucoup plus large que la douleur puisqu'elle comporte des dimensions émotionnelles, affectives et est également en lien avec l'histoire de la personne.

De même, remarquons que la douleur endurée par les patientes lors de l'accouchement peut aboutir à un épuisement. Par exemple, Alice voulait avoir une péridurale pour pouvoir se reposer, la douleur l'a fatigué et elle ne se sentait plus capable de continuer : « *Je me souviens que je disais : je n'y arriverai pas, je veux juste que ça s'arrête et que je dorme, enfin je n'en peux plus* ». Cet effet a aussi été notifié par d'autres auteurs : « Certaines parturientes ont finalement opté pour une péridurale du fait de la durée, de la fatigue ou de l'intensité de la douleur » (9)

La peur de ne pas pouvoir arriver au bout de l'accouchement est revenue régulièrement dans les témoignages. C'est l'élément qui a fait décider Johanna de prendre une péridurale, elle se disait qu'elle ne pourrait pas arriver jusqu'à la phase de poussée si elle ne prenait pas de péridurale : « *En fait je me suis dit que c'était tellement intense, la douleur, que je serais incapable. Je me suis dit je serais incapable là, tout de suite de pousser. Si on me dit pousser, ça ne va pas être possible. C'est vraiment ça qui a fait que je me suis dit tant pis. Tant pis, je la prends quand même et comme ça, au moins, je pourrais pousser. Parce que là, entre gérer la douleur et en même temps pousser, je ne me sentais pas capable* ».

Certaines patientes qui avaient peur de ne pas aller jusqu'au bout étaient dans un tel état de doute d'elles-mêmes qu'elle avait peur de finir par devoir faire une césarienne. C'est le cas de Alice par exemple : « *Je pense qu'il faut être honnête, je n'aurais pas réussi sans péridurale, et puis si ça se trouve, ça aurait été encore pire. J'aurais été tellement dans la souffrance que je n'aurais jamais tenu autant de temps et que là, peut-être, la césarienne aurait été aussi inévitable parce que je ne tenais pas* ». C'est aussi ce qui fait qu'elles ont préféré se résigner à poser une APD.

2.2.2 LES FACTEURS EXTERIEURS

Bien que la douleur soit au centre des motifs de changement d'avis pour une péridurale, nous avons observé d'autres facteurs pouvant influencer cette prise de décision.

Par exemple le coparent, étant souvent une ressource essentielle à la patiente lors de son accouchement, peut influencer la décision pour une péridurale. Isadora nous disait que son conjoint l'avait incité à prendre une péridurale, et que cela l'avait influencée dans son choix : « *Mon mari m'a pas mal incitée aussi, on va dire. Et puis, c'est vrai que j'ai, j'ai vite euh suivi [...] il ne voulait pas me voir souffrir* ». En effet, le coparent, si c'est l'accompagnant au moment de la naissance, peut se sentir impressionné, impuissant face à l'expression de la douleur de sa conjointe. « Les pères peuvent se sentir spectateurs de la souffrance de leur conjointe, impuissants car incapables d'y remédier » (17). De ce fait, il peut être tenté de vouloir agir et donc encourager à prendre une péridurale à sa compagne pour pouvoir soulager sa propre douleur psychique et ce sentiment d'impuissance.

Le conjoint de Allison était un peu moins présent à un moment donné de l'accouchement, et cela a joué dans leur prise de décision de prendre une péridurale : « *Mon conjoint, du coup, était aussi fatigué, donc il était là, mais il y a des moments où il était un peu moins présent dû à la fatigue. Je pense que ça a beaucoup joué* ». En effet, notons également la fatigue du coparent pendant le travail de sa compagne. Donnant de son énergie pour soutenir, aider sa conjointe dans ce moment difficile, et il est lui aussi assurément exposé à la fatigue. De plus, le fait de voir la parturiente dans cet état de douleur le place dans une position empathique qui peut aussi l'affaiblir si cela dure dans le temps.

Nos entretiens révèlent l'impact de la contention liée à la surveillance cardiotocographique durant le travail. C'est en partie la question de la liberté de mouvement qui a fait changer d'avis Lisa pour une péridurale. « *On m'a posé le monitoring, on m'a mis sur le dos et j'ai demandé à pouvoir me déplacer. On m'a dit "Non, ce n'est pas possible". Et là, franchement, gérer les contractions couchées, j'ai ... je n'ai pas pu. Je me suis dit "Non, non, mais là, il faut mettre la péridurale, je ne pourrais pas"* ». Les mouvements et les positions seraient fondamentales à la gestion de la douleur. Immobiliser une patiente, c'est donc empêcher ce moyen de gestion, et vraisemblablement lui faire changer d'avis pour une APD. « Le monitoring fœtal permettant d'enregistrer l'intensité des contractions et le battement du cœur du bébé est conseillé systématiquement par certains obstétriciens. Pourtant, il oblige la femme à ne plus bouger tout comme dans le cas des péridurales puisque la patiente y est rattachée durant tout l'accouchement, la forçant à demeurer allongée sur le lit (donc à moins bien contrôler sa douleur en bougeant) » (10).

Nous avons vu que certains facteurs comme l'influence du coparent ou l'immobilisme pouvaient entraver le projet des patientes à accoucher sans APD. Cependant, nous avons également pu constater que certaines fois c'est la biomédecine, et donc l'équipe médicale qui vient porter un frein au projet de ces femmes.

Dans ces cas-là, les soignants incitent à la péridurale malgré la connaissance du projet de la patiente. C'est le cas de Sarah qui a dû être déclenchée pour son accouchement : « *L'équipe [...] qui m'a vraiment fortement conseillé la péridurale avec un déclenchement. Quand j'ai dit que je n'en voulais pas, elle m'a fait comprendre la sage-femme avec qui on parlait que c'était vraiment puissant dès le départ, que c'était des contractions pas qui augmentaient petit*

à petit, mais que voilà c'était plus la même douleur à gérer donc que c'était une douleur plus difficile à gérer d'un coup ». Nous admettons ici que Sarah s'est trouvée dans une position où elle a dû abandonner son projet initial à cause d'un problème médical. Le choix ne lui a pas été imposé, mais fortement incité.

Nous retrouvons l'influence de l'accompagnement par l'équipe médicale dans les situations où elles jugent nécessaire d'intervenir, notamment lorsque la patiente bascule du côté de la souffrance. Le sage-femme de Alice avait repéré sa limite avec la souffrance avant qu'elle ne se soit installée, Alice lui a fait confiance et ne le regrette pas aujourd'hui : « *“Là, tu arrives encore à peu près à gérer la douleur, mais le temps de poser la péri et que ça fasse effet, ça va bien faire 45 minutes. Donc pour moi, il faut y aller maintenant” parce qu'il dit : “Après, ça sera vraiment trop difficile pour toi.”* ». C'est un travail d'observation et d'anticipation du comportement de la femme :

« Le travail des sages-femmes consiste alors à anticiper le risque d'un passage des sensations douloureuses physiques et mentales vers une potentielle souffrance psychique, c'est-à-dire à évaluer le risque de transformation des douleurs en souffrance et de le prévenir » (18).

Ainsi, il est compréhensible que l'équipe médicale intervienne dans ces types de cas.

Aussi, une fois la péridurale demandée par la patiente, il était apprécié de ne pas essayer de faire changer d'avis la patiente soit par l'équipe médicale soit par le conjoint. Nous avons remarqué qu'une fois la décision prise, les patientes avaient besoin que l'APD se mette en place rapidement. Cécile nous disait : « *Ce qui est chouette c'est que c'est venu de moi et que à la fois c'est venu de moi, et on ne m'a pas culpabilisée entre guillemets en me disant “ouais mais tu voulais un accouchement physio...” Ni mon conjoint, ni la sage-femme qui était là m'ont contredit en fait. Et moi, quand je lui ai demandé, quand j'ai dit “ok, je veux la péri”, j'avais déjà fait le tour dans ma tête. Donc je n'avais vraiment pas envie qu'on me contredise ou qu'on me rappelle que ce n'était pas ça* »

En somme, les raisons retrouvées qui ont menées à un changement de projet concernant l'APD sont variées. Dans les entretiens, nous avons pu voir que globalement, l'intensité de la douleur était difficilement gérable et a joué pour la majorité des patientes ; la fatigue, l'épuisement face à la gestion de la douleur les a amenées vers de la souffrance et

vers la crainte de ne pouvoir arriver à tenir jusqu'à la naissance. Nous nous sommes aperçus que le rôle du coparent était fondamental dans la réalisation du projet. La possibilité de mouvement pour gérer les contractions utérines est un élément important aussi, et peut entraver le projet si elle n'est pas respectée. De même, nous avons remarqué que l'équipe médicale et la biomédecine ont une responsabilité dans l'aboutissement d'un accouchement sans APD.

2.3 LE VECU DE CE CHANGEMENT DE PROJET

Ayant pu aborder les motivations des femmes à accoucher sans APD, puis, les raisons qui les ont poussés à abandonner ce projet, analysons maintenant quel est le vécu de ce changement d'intention. Lors des entretiens, nous nous sommes rendus compte que les femmes étaient globalement satisfaites de leur accouchement malgré le fait que leur projet de base n'ait pu aboutir, cependant, nous verrons que ce sentiment peut être parfois accompagné de déception.

2.3.1 SENTIMENTS DE SATISFACTION

Dans un premier temps, commençons par traiter les éléments qui conduisent les femmes à être satisfaites de leur accouchement en dépit de la non réalisation du projet souhaité.

Dans les entretiens, les femmes nous rapportaient un sentiment de satisfaction envers la bonne santé du bébé. En d'autres termes, une fois leur enfant né, le projet d'accouchement n'avait plus l'importance de départ. Pour exemple, Johanna racontait : « *je regrette pas du tout parce que j'ai mon fils, il est en bonne santé et au final, je me dis que c'est tout ce qui compte* ». Nous comprenons comme un détachement du fait que l'accouchement se soit passé avec ou sans APD, une fois que le bébé est présent. Au final, seul compte le fait que l'enfant soit en bonne santé.

Les femmes étaient plutôt sereines et ouvertes face à leur projet non abouti. Cécile se dit que c'est ainsi que son accouchement devait se passer, son choix ne génère aucun remord.

« Aujourd'hui, je n'ai pas de regret, je me suis dit que c'était la meilleure chose à faire et que c'est comme ça et que mon accouchement devait se passer ». Elle est ici dans un état d'acceptation et non de révolte, ce qui lui permet probablement de mieux vivre la situation.

Johanna est reconnaissante et rassurée du fait qu'elle ne se soit pas sentie contrainte de poser une APD : « *Je sens que la décision que j'ai pris de poser la péri, elle vient de moi. C'est vraiment mon choix. On ne m'a pas poussée à le prendre [...] Ça me rassure dans mon choix. Il était propre à moi, on ne m'a pas forcée, on ne m'a pas obligée à avoir une péridurale, parce que là je pense que par contre, si on avait insisté en me disant "Vous êtes sûre que vous ne la voulez pas ?" et que j'avais craqué, je me serais peut-être dit toute ma vie "J'ai craqué parce qu'on m'a poussé à la prendre quoi" ».* Johana éprouve de la gratitude envers l'équipe et son conjoint de ne pas avoir cherché à l'influencer. La péridurale ne lui a pas été proposée et elle s'est même sentie encouragée à continuer le travail sans l'aide de la péridurale.

Malgré ce changement de projet, les mères étaient ravies d'avoir pu avoir les sensations qu'elles espéraient ressentir, lorsque la péridurale était bien dosée. Lisa : « *J'étais contente, que ça se soit bien passé. J'ai eu les sensations que je voulais avoir, finalement. Peut-être pas aussi intenses que quand on n'a pas la péridurale, mais j'ai bien senti mon bébé passer, les contractions en fin de travail, je savais quand pousser. Oui, non, que du positif ».* Etant donné que l'important pour Lisa et pour d'autres femmes était de sentir leur bébé passer dans leur bassin, elles étaient globalement satisfaites si c'était le cas, même sous péridurale.

Les patientes avaient un sentiment de contentement d'avoir pu aller jusqu'au bout de ce qu'elles avaient pu tenir sans APD. Elles se sentaient nourries de l'expérience des contractions sans péridurale. Cécile est allée au maximum de ce qu'elle a pu supporter, et cela la rassure dans le choix d'avoir finalement posé une péridurale : « *je suis aussi contente de ne pas avoir eu la péri tout de suite parce que du coup, j'ai fait tout ce que j'ai pu, je suis allée au bout de là où je voulais faire, sans aide. Et c'est très bien aussi d'avoir eu un peu tous les aspects ».* Au bout du compte, il semble qu'elle soit reconnaissante d'avoir pu avoir la péridurale le plus tard possible et d'avoir pu gérer une partie de son travail « sans aide ». Il s'avère que cela lui convenait également d'avoir pu avoir plusieurs abords du travail.

En effet, certaines femmes disaient qu'elles auraient eu un mauvais vécu si elles n'avaient pas pu sentir leur bébé passer dans le bassin. C'est ce que nous racontait Allison :

« *je ne voulais pas non plus ne pas la sentir parce que ça m'aurait fait ... Je ne sais pas comment le décrire, mais je l'aurais mal vécu, très mal vécu, je pense* ». Nous comprenons dans ses propos que le fait d'avoir eu une analgésie péridurale n'est pas un regret, en revanche, le fait de ne pas avoir de sensations aurait été un réel regret.

De plus, nous nous sommes rendus compte que beaucoup de femmes pensaient que toutes les sensations corporelles étaient coupées une fois la péridurale posée. C'est le cas de Lisa par exemple : « *je pensais vraiment qu'on n'avait plus du tout de sensations. Alors que non, on en ressent quand même un petit peu. Surtout si elle est bien dosée* ». Il semblerait que ces femmes avaient donc une fausse représentation de la péridurale.

2.3.2 SENTIMENTS D'AMBIVALENCE ET D'INSATISFACTION

Nous avons recueilli des témoignages montrant une ambivalence face à leur vécu, ainsi que des sentiments d'insatisfaction.

En effet, notons le sentiment d'ambivalence entre le sentiment d'échec, et, comme dit précédemment, la satisfaction du bébé en bonne santé, qui est ressorti chez certaines patientes. Sarah parle d'ailleurs d'un mélange de sentiments : « *C'est un mélange un peu des deux sentiments, le sentiment d'échec par rapport à la péridurale et le sentiment de : au moins le bébé va bien* ». Nous avons senti une certaine dualité dans ses propos.

Nous avons remarqué l'ambivalence face à la l'intensité de la douleur ressentie et au renoncement au projet sans APD. Johanna avait précisément ce sentiment lors du renoncement à son projet : « *En fait, sur le coup, j'ai été déçue parce que je me suis dit... En fait, comme j'ai dit à mon conjoint, c'est vrai que c'est dommage d'avoir tenue jusqu'à là pour pas l'avoir fait jusqu'au bout, et en même temps soulagée, parce que je me suis dit, là je vais pouvoir souffler parce que comme la douleur ne cessait pas du tout depuis 2 heures ... Je me suis dit ça y est je vais pouvoir me détendre un peu et récupérer* ». Elle était à la fois déçue de ne pas aller au bout de son projet et d'un autre côté, soulagée de pouvoir se relâcher et donc de pouvoir récupérer.

De surcroît, l'ambivalence avait une dimension temporelle. Nous pouvions constater un sentiment de déception uniquement transitoire. Par exemple, pour Alice, lors de son changement de décision elle racontait qu'elle s'était sentie incapable au moment de la pose de péridurale, pourtant, ce sentiment avait complètement disparu à la suite de son accouchement : « *J'ai dit à mon mari, "oh mais je me sens nulle, genre j'ai l'impression que je n'y suis pas arrivée toute seule" enfin j'ai eu un petit moment quand même à me dire : bah je n'ai pas réussi à le faire. Mais maintenant, je n'ai plus ce truc-là. Je me dis que c'était la bonne chose à faire* ».

Nous avons relevé que l'accouchement sans péridurale était pour les femmes qui en avaient fait le choix, perçu comme une performance, comme si elles souhaitaient pouvoir prouver quelque chose, soit à elles-mêmes, soit à autrui. Sarah parlait d'une recherche de fierté à travers la capacité à accoucher sans APD. De la fierté par rapport à elle-même et par rapport à son mari : « *De se sentir capable, je ne sais pas, la fierté... peut-être aussi de mon mari...* ». Elle énonce également le fait de se sentir capable, comme si ce projet était une manière de se prouver quelque chose à elle-même.

Effectivement, par la suite Sarah explique qu'elle sent qu'elle a été aidée, qu'elle n'a pas fait les choses de bout en bout par elle-même. De plus, elle sent qu'elle a été secondée par une chose qu'elle n'approuve pas vraiment. « *Je n'aime pas trop les médicaments et du coup euh... j'ai été aidée par quelque chose que je n'aime pas trop haha... c'est un peu comme si euh... je ne sais pas... c'est ... je ne sais pas comment expliquer vraiment... C'est un sentiment qu'on n'a pas tout fait seul jusqu'au bout en fait ...* ». Son discours laisse transparaître de la frustration, voir un sentiment de dépossession de son accouchement.

Selon notre analyse, l'accouchement sans péridurale serait perçu comme une forme de beauté. Isadora disait notamment qu'accoucher sans péridurale aurait été une naissance « en beauté » : « *Bon, là, je repars sur une péri, ce n'est pas... c'est... enfin voilà y a rien d'anormal, mais j'aurais voulu terminer en beauté on va dire haha. Après, je ne me suis pas culpabilisée non plus, mais... j'aurais voulu accoucher, enfin si ça avait été possible... sans péridurale* ». Par ces mots, accoucher sans analgésie pourrait être source d'admiration pour les femmes.

Finalement, nous nous sommes rendus comptes que malgré le renoncement à leur projet initial, les femmes étaient globalement satisfaites de leur accouchement du moment

que leur bébé était en bonne santé, qu'elles avaient pu avoir les sensations qu'elles attendaient, et que l'on ne les avait pas forcées à poser une péridurale. Nous avons remarqué que l'important était que ces femmes aillent jusqu'au bout de ce que leur corps leur permettait d'aller sans analgésie. Néanmoins, l'ambivalence des ressentis se fait entendre quant au renoncement à leur projet. Cette ambivalence porte sur le renoncement au projet, la santé du bébé, l'intensité de la douleur et présente une dimension temporelle. De par les entretiens, nous nous sommes interrogés sur un des aspects de la signification de ce projet d'accouchement qui nous a paru finalement être une recherche de performance, de fierté, d'admiration face à soi-même ou à l'entourage.

3 DISCUSSION

A la suite des entretiens et de leur analyse, nous allons effectuer plusieurs propositions afin de savoir quel pourrait-être l'étayage nécessaire pour améliorer la prise en charge des femmes qui ont pour projet d'accoucher sans APD.

3.1 ACCOMPAGNEMENT ET GESTION DE LA DOULEUR

L'organisation actuelle des soins en maternité ne permet pas d'appliquer le principe « une femme-une sage-femme ». D'après l'article de la revue Sage-Femme, « Il est mis en avant notamment que ce non-respect du choix initial des femmes est plus fréquent "en cas de surcharge de travail des sages-femmes" [...] Comment peut-on réellement choisir de ne pas bénéficier d'une analgésie péridurale, ou d'en bénéficier au moment souhaité, lorsque le principe « une femme — une sage-femme », qui devrait être une règle d'or, n'est pas respecté ? » (19). En effet, dans l'état actuel des maternités, nous n'avons pas assez de sages femmes en salle d'accouchement pour pouvoir respecter le principe de « une femme, une sage-femme ». La sage-femme doit s'occuper de plusieurs parturientes à la fois, elle n'a donc pas assez de temps pour accompagner la patiente qui n'a pas de péridurale et l'aider à surmonter sa douleur. Pourtant, dans notre étude, à aucun moment les femmes ne nous ont parlé de sentiments d'abandon de la part de la sage-femme qui les auraient poussés à prendre une péridurale. Finalement, malgré la charge de travail, la sage-femme semble répondre aux demandes de la patiente.

Comme nous avons pu le voir dans l'analyse, par empathie, le coparent pouvait certaines fois inciter à prendre une APD car le fait de voir souffrir la personne qu'on aime peut-être difficile. La femme lors de son accouchement est entièrement prise par sa douleur et doit se mettre « dans sa bulle » pour pouvoir gérer ses contractions utérines. Ainsi, elle n'est pas apte à réfléchir sur ce qui est le mieux pour elle et donc prendre des décisions. C'est un moment de fragilité, de sensibilité pour elle. « L'accouchement est également un moment où la femme est très vulnérable et difficilement apte à choisir quoi que ce soit » (10). De ce fait, une proposition de péridurale dans ce moment-là est facilement acceptée par la parturiente bien que ce ne soit pas son choix initial, et elle sera donc potentiellement déçue par la suite d'avoir cédée, non pas de sa propre initiative mais de s'être laissée influencé dans ce moment

d'instabilité émotionnelle. Une enquête du CIANE en avait déjà conclu ainsi en 2013 : « Proposer, sans attendre qu'elle la demande elle-même, une péridurale à une femme qui a déclaré qu'a priori elle n'en souhaitait pas est une attitude qui génère une grande insatisfaction » (3).

En effet, dans notre étude, les femmes étaient globalement satisfaites de leur accouchement malgré une péridurale à condition que la décision soit bien venue d'elle-même, que ni l'accompagnant ni l'équipe médicale ne les aient incités à la décision. Le fait que le renoncement vienne uniquement de la patiente était donc un bon pronostic de satisfaction. Il est donc essentiel de laisser la patiente cheminer seule dans la décision de changement de projet, quel que soit l'avancement du travail, tout en continuant à l'accompagner dans ses émotions.

De ce fait, nous pensons que la PNP permettrait de préparer l'accompagnant. Autrement dit, le préparer à gérer la douleur, à gérer les émotions de sa compagne, mais également à pouvoir gérer ses propres émotions face à l'ampleur que peut prendre les manifestations de la douleur de sa conjointe. En étant suffisamment préparé, il sera donc en capacité de gérer ses émotions et de pouvoir être pleinement disponible pour l'apaiser.

Pour se faire, il faudrait encourager le coparent à participer davantage aux cours de PNP afin de se renseigner sur les différentes techniques de soulagement de la douleur, il doit pouvoir également être au courant des différentes phases de l'accouchement et des possibles réactions de sa conjointe face à la douleur. De cette manière le coparent pourra être actif, participer et guider la parturiente pour apaiser sa douleur. Dans la revue Périnatalité, l'auteur parle aussi des bienfaits de la PNP sur la confiance gagnée pour aborder le travail de l'accouchement : « Du côté des femmes et des parents, la préparation à la naissance et les échanges entre pairs peuvent permettre une approche plus apaisée de la douleur et une confiance accrue dans leurs compétences à mettre leurs enfants au monde » (20). Pour les encourager, nous suggérons que la sage-femme qui pratique la PNP devrait pouvoir encourager l'ensemble des séances à deux, ou à minima, celle reprenant les phases de l'accouchement ainsi que celle reprenant les propositions pour accompagner la douleur. Les séances pourraient donc être prévues au moment où le conjoint est disponible.

Aussi, comme nous l'avons vu dans l'analyse, une fois le choix pour la péridurale fait par la patiente, il était apprécié de ne pas essayer de la faire changer d'avis, que cela soit par l'équipe médicale ou par le conjoint. C'est un aspect positif qu'a révélé une patiente et que nous pourrions continuer à appliquer.

Ainsi, nous avons vu que contrairement à certaines études faites, les patientes de notre étude ne se sont pas senties influencées par l'équipe médicale concernant le choix de poser une APD. Nous avons vu qu'un bon pronostic de satisfaction était que la décision vienne bien de la patiente et non pas de son entourage. Néanmoins, nous avons remarqué que face à la douleur de sa compagne, le coparent pouvait être amené à inciter sa conjointe à poser une péridurale du fait de la complexité à gérer ses propres émotions. Nous proposons d'encourager le coparent à participer aux séances de PNP pour pouvoir se préparer à accompagner la douleur de sa conjointe mais également ses propres émotions plus sereinement.

3.2 L'APD

Le dosage de l'APD est un point important concernant les femmes qui souhaitent ressentir leur accouchement. Nous avons pu voir parmi les femmes interrogées qu'une APD surdosée limitant les sensations de l'accouchement pouvait être un frein concernant cette technique. Toutefois, dans notre échantillon, certaines femmes n'imaginaient pas pouvoir avoir des sensations avec une péridurale.

« En revanche, une péridurale qui atteint son objectif premier d'analgésie tout en entravant les sensations et la mobilité peut entraîner une grande frustration, laissant à la femme l'impression de ne pas avoir vécu l'accouchement. Là encore, presque tous les témoignages négatifs mentionnent l'absence d'information préalable sur ces effets éventuels (ou, à l'inverse, sur la possibilité de bouger avec une péridurale bien dosée) ou, en cas d'auto administration, un mauvais accompagnement sur la façon de doser pour éviter ces écueils et pour mettre réellement à profit cette autonomie » (9).

Cette revue rapporte que les femmes qui ne souhaitaient à priori pas d'APD au départ sont plutôt au courant que les sensations peuvent être diminuées mais sont justement moins au

courant du fait qu'une APD bien dosée conserve les sensations et donc également la mobilité. Ces données sont donc concordantes avec notre étude.

Pour pallier à cette représentation de la péridurale, nous suggérons l'information complète préalable apportée par exemple lors des séances de PNP ou bien lors de la consultation d'anesthésie. Ces deux moments nous paraissent les plus opportuns puisque c'est lors de la préparation à l'accouchement qu'est abordé le sujet de la péridurale, puis la consultation d'anesthésie au huitième mois permet de pouvoir échanger et questionner directement avec l'anesthésiste. D'ailleurs, c'est également le temps où il est possible d'aborder avec lui le dosage de la péridurale puisque c'est le point qui inquiète la plupart des femmes de notre étude. Nous pensons que la communication lors de la consultation d'anesthésie ainsi que lors de la pose de péridurale est fondamentale pour que les souhaits de sensations corporelles des femmes soient respectés. Ainsi, l'anesthésiste, s'il est informé du projet de la patiente, peut adapter la dose au plus proche de ce qu'elle désire. De surcroît, si le sujet a été abordé en amont, les craintes du dosage de la péridurale pourraient être diminuées et donc le projet pourrait être abordé plus sereinement.

Nous nous sommes par la suite interrogés sur la péridurale ambulatoire qui pouvait être un bon compromis pour les femmes qui souhaitent un accouchement le plus physiologique possible et qui souhaitent garder au maximum leur sensations, leur mobilité et leur autonomie mais qui n'ont pas pu aller au bout de leur projet.

« C'est au cours des années 1990 que naît l'idée d'une péridurale ambulatoire ou plutôt « déambulatoire », c'est-à-dire permettant aux femmes enceintes de continuer à se mobiliser librement et en toute sécurité pendant le travail obstétrical. Cependant, bien qu'il s'agisse d'une modalité évoquée depuis une vingtaine d'années, le bilan qui peut en être fait en 2023 montre que son usage ne s'est pas beaucoup développé au sein des hôpitaux français (8 % seulement des maternités pratiquent la péridurale déambulatoire), pour de multiples raisons possibles : le manque d'intérêt obstétrical démontré dans la littérature, la charge de travail supplémentaire pour l'équipe soignante, la crainte de suites médico-légales que pourraient impliquer des chutes éventuelles et parfois le manque de matériel adapté à la déambulation » (21)

Dans cet article, notons le fait que seulement 8% des maternités pratiquent la péridurale déambulatoire en 2023, ainsi, nous pensons qu'il est nécessaire de pouvoir développer cette technique pour la proposer plus largement et permettre aux parturientes d'avoir le choix

puisque elle génère de la satisfaction : « La déambulation pendant l'accouchement est une source de satisfaction maternelle » (21).

De plus, la péridurale déambulatoire permettrait de limiter les effets indésirables reprochés par les femmes tels que la perte d'autonomie, la liberté des mouvements, et le contrôle de son corps par exemple. Les effets secondaires de l'APD restaient un obstacle notable à la péridurale pour certaines femmes de notre étude. Il est vrai que dans la revue *Sages-femmes*, un article reprenant les commentaires libres de l'enquête accouchement du CIANE, il est décrit que les effets négatifs de l'APD plusieurs jours après l'accouchement pouvaient altérer les premiers jours de l'accueil du nouveau-né : « Des effets indésirables, ressentis parfois plusieurs jours après, sont mentionnés comme délétères, notamment parce qu'ils ont entravé le bon déroulement de l'accueil ou les soins au bébé » (9).

3.3 AUTONOMIE, CONTROLE

Les femmes interrogées nous ont parlé de leur besoin de contrôle et d'autonomie envers leur corps en train d'accoucher. La possibilité de donner naissance sans APD leur permettant justement d'avoir accès à cette aspiration. Buisson avait ainsi écrit : « En réalité, le summum de l'agacement pour de nombreuses femmes est l'absence d'autonomie, réelle ou fantasmée, face à la toute-puissance du pouvoir médical, d'où les revendications pour le choix ou le projet d'accouchement » (22).

Outre le fait qu'elle puisse réduire les effets indésirables et être un obstacle moins important aux sensations, nous avons pensé que la péridurale déambulatoire était également un bon moyen de leur proposer plus d'autonomie et de contrôle de leur corps qu'une APD classique. Par exemple, elle permettrait d'apporter l'autonomie attendue par les femmes par la possibilité de déambuler. De même, elle laisserait place à la miction spontanée, évitant de cette manière les sondages répétés. En ce sens, la parturiente serait épargnée de la dépendance du personnel médical pour vider sa vessie. « La péridurale déambulatoire faiblement dosée pourrait donc permettre aux femmes enceintes de conserver une miction spontanée, un atout majeur pour leur confort » (21).

Aussi, une APD faiblement dosée ou une APD déambulatoire permettrait à la patiente de savoir quand pousser et de savoir où pousser grâce aux sensations conservées, ce qui était dans les entretiens une demande de la part des patientes qui souhaitaient accoucher initialement sans APD. C'est aussi ce qui favoriserait un gain d'autonomie et de contrôle non négligeable.

Par ailleurs, ce qui favoriserait la liberté des mouvements et donc l'autonomie et le contrôle par les patientes serait le monitoring sans fil pour l'enregistrement cardiotocographique. Cet appareil pourrait être proposé plus largement aux femmes qui ont pour projet d'accoucher sans péridurale car comme vu dans l'analyse, le fait d'empêcher les mouvements pendant l'enregistrement a pu être source de renoncement au projet d'accoucher sans APD étant donné que la gestion de la douleur est plus difficile dans ce cas-là. Cela permettrait donc également une meilleure gestion de la douleur et potentiellement le respect du choix initial.

En somme, pour une patiente ayant un projet d'accoucher sans péridurale pour éviter les effets indésirables ainsi que de conserver les sensations corporelles, son autonomie et contrôle de son corps, la péridurale déambulatoire resterait selon nous une bonne alternative en cas d'épuisement, de souffrance importante de la mère. Cela permettrait d'éviter de générer de l'insatisfaction envers un changement de projet.

D'après notre analyse, il s'avère que globalement les femmes seraient satisfaites de leur accouchement malgré une ambivalence sous-jacente. Ainsi, les femmes n'ont pas exprimé le besoin de suivi, d'accompagnement psychologique spécifique par la suite concernant ce renoncement à accoucher sans APD.

4 CONCLUSION

Cette étude nous a permis de comprendre le vécu des femmes qui souhaitaient initialement accoucher sans APD et qui ont finalement eu recours à une analgésie.

Selon les entretiens, les différentes raisons qui ont amené les femmes à vouloir donner naissance sans APD sont multiples. Leur argumentation se basait sur le besoin de ressentir toutes les sensations corporelles liées à l'accouchement, la volonté de garder le contrôle et l'autonomie de leur corps, mais également des craintes liées à l'APD tels que le surdosage empêchant ces éléments et ainsi une surmédicalisation de leur accouchement.

Finalement, après les entretiens, nous nous sommes aperçus que la signification d'un tel projet s'inscrivait aussi dans une perspective de recherche de performance, de fierté, d'admiration face à soi-même ou à son entourage.

Malgré ce projet initial, différents critères ont fait que ces femmes n'ont pas abouti leur projet d'accoucher sans analgésie. Dans l'ensemble, les femmes ne s'attendaient pas à une telle douleur, et sa gestion en a été difficile, ainsi cela les a emmenés vers un épuisement et les a fait basculer vers la souffrance. La crainte de ne pas arriver au bout de leur accouchement tellement l'épuisement était fort a été relevé à de nombreuses reprises et pouvait aller jusqu'à penser qu'elles devraient avoir recourt à une césarienne.

Contrairement à ce que nous attendions, dans notre étude, les femmes qui ont renoncé à leur projet d'accoucher sans APD sont globalement satisfaites du moment que leur bébé est en bonne santé, qu'elles ont pu avoir les sensations attendues et que la décision de poser une péridurale vienne bien d'elles-mêmes.

Certaines fois, c'est la biomédecine qui a empêché le projet de se réaliser notamment lors de stagnation de la dilatation du col de l'utérus ou dans le cadre de déclenchements. Les femmes paraissaient en accord avec ces pratiques car leur souhait était que leur bébé aille bien dans la finalité, mais nous avons perçu quelques sentiments de déception. Ainsi, certaines fois, nous avons noté l'ambivalence des ressentis qui portait sur le renoncement au projet, la santé du bébé et l'intensité de la douleur. Cette ambivalence comportait aussi une dimension temporelle.

Les patientes ont rapporté que le rôle du coparent était essentiel dans la réalisation du projet, et pouvait des fois inciter à la pose d'APD pour se soulager de son propre vécu du sentiment d'impuissance face à la douleur de sa conjointe. Pour agir sur ce point, il nous a semblé important de pouvoir encourager davantage la participation du coparent aux séances de PNP pour avoir le bagage nécessaire le jour de l'accouchement pour gérer à la fois ses propres émotions et accompagner celles de sa conjointe.

La liberté des mouvements était également un point important dans la réalisation du projet. Lorsqu'elle était empêchée, le projet pouvait être remis en question. Pour répondre à cela, développer davantage le monitoring sans fil serait une bonne alternative.

Nous avons également mis en avant le fait que certaines femmes pensaient être coupées de toute sensation lorsque la péridurale était en place. Il nous a semblé essentiel de pouvoir donner les informations sur son fonctionnement lors de séances de PNP ou lors de la consultation d'anesthésie afin d'éliminer les fausses croyances et améliorer le choix éclairé des patientes.

Les femmes avec un tel projet revendiquaient le besoin de ressentir toutes les sensations corporelles liées à l'accouchement, la volonté de garder le contrôle et l'autonomie de leur corps, et d'éviter les effets indésirables liés à une péridurale. Ainsi, lorsque le projet ne peut aboutir, l'alternative la plus adaptée selon nous serait la péridurale déambulatoire qui n'est pas assez développée de nos jours. Cela permettrait de répondre en partie à ces revendications et donc d'améliorer la satisfaction.

Afin de compléter ce travail, il serait intéressant de pouvoir faire une étude abordant le vécu du coparent dans un tel contexte.

BIBLIOGRAPHIE

1. Merrer J, Cinelli H. Origines et caractéristiques de la douleur du travail et de l'accouchement. *Sages-Femmes*. 1 juill 2020;19(4):12-4.
2. Fonseca Das Neves J, Sule N, Serra E. L'émotion–douleur : de l'intérêt de considérer la douleur comme une émotion. *L'Encéphale*. 1 déc 2017;43(6):603-6.
3. Collectif interassociatif autour de la naissance. Douleur et accouchement. Enquête sur les accouchements. Dossier n° 5. [Internet]. 2013 [cité 24 févr 2024]. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/04/DossierDouleur.pdf>
4. Merrer J. Analgésie péridurale en obstétrique. *Sages-Femmes*. 1 juill 2020;19(4):18-9.
5. Lahaye MH. Péridurale, liberté totale [Internet]. Marie accouche là. [cité 5 mars 2024]. Disponible sur: <https://marieaccouchela.net/index.php/2013/10/06/peridurale-liberte-totale/>
6. Inserm [Internet]. [cité 9 janv 2023]. En France, la péridurale est fréquente chez les femmes qui souhaitent accoucher sans · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/actualite/en-france-peridurale-est-frequence-chez-femmes-qui-souhaitaient-accoucher-sans/>
7. Séjourné N, Callahan S. Les motivations des femmes pour accoucher avec ou sans analgésie péridurale. *Rev Sage-Femme*. avr 2013;12(2):81-8.
8. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 13 mars 2024]. L'entretien prénatal précoce. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/1000jours/article/l-entretien-prenatal-precoce>
9. Viard-Créat A, Adalid L. Des témoignages autour de la péridurale pour améliorer les pratiques. *Sages-Femmes*. 1 juill 2020;19(4):23-7.
10. Dessureault AM. La médicalisation de l'accouchement : impacts possibles sur la santé mentale et physique des familles. *Devenir*. 2015;27(1):53-68.
11. Saint Augustin. chap. XXXV. In: *Confessions Livre X*. éd. Philippe Sellier. Gallimard; 1963. p. 387. (Folio).
12. Bouchard A. 4. La persistance de la douleur dans l'expérience de l'accouchement. In: *Césariennes sur demandes maternelles* [Internet]. Toulouse: Érès; 2022 [cité 22 févr 2024]. p. 73-88. (La vie de l'enfant). Disponible sur: <https://www.cairn.info/cesariennes-sur-demandes-maternelles--9782749275949-p-73.htm>
13. admin. Accoucher avec ou sans péridurale [Internet]. France Assos Santé. 2014 [cité 24 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.france-assos-sante.org/2014/05/23/accoucher-avec-ou-sans-peridurale/>

14. « Ce que les sages-femmes disent de leurs vies, de leur métier et de leurs pratiques de soin. De la compréhension des logiques d'acteurs à « l'implémentation » des programmes et à l'amélioration des prises en charge obstétricales au Bénin et au Burkina Faso ». Santé Publique. (2018/HS (HS)):p.151-166.
15. Site officiel de l'Organisation mondiale de la Santé [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr>
16. Quignard É. Douleur et souffrance : le sens d'un questionnement. In: Fins de vie, éthique et société [Internet]. Toulouse: Érès; 2016 [cité 25 févr 2024]. p. 404-14. (Espace éthique - Poche). Disponible sur: <https://www.cairn.info/fins-de-vie-ethique-et-societe--9782749251905-p-404.htm>
17. Boiteau C, Apter G, Devouche E. À l'aube de la paternité... Une revue du vécu des pères pendant la période périnatale. *Devenir*. 2019;31(3):249-64.
18. Arnal M. Soulager les douleurs de femmes lors de l'accouchement. *Genre Sex Société* [Internet]. 20 déc 2016 [cité 25 févr 2024];(16). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/gss/3870>
19. Dutriaux N. Recours à la péridurale : les femmes et les sages-femmes ont-elles encore le choix ? *Rev Sage-Femme*. févr 2016;15(1):1-2.
20. Evrard A. Douleurs de l'accouchement : quand le vécu des femmes rencontre les représentations des soignants. *Périnatalité*. 2021;13(3):116-21.
21. Simoneau E, Elmaleh Y, Imauven O. Péridurale déambulatoire pour le travail obstétrical : pourquoi et comment ? *Prat En Anesth Réanimation*. 1 juin 2023;27(3):155-9.
22. Verdino S, Azcue M, Maccagnan S. La péridurale, entre émancipation et norme. *Rev Sage-Femme*. 1 mai 2015;14(2):45-9.

ANNEXES

ANNEXE 1 : COURRIER EXPLICATIF A DESTINATION DES PATIENTES

Madame,

Je suis Emma, étudiante sage-femme en 5ème année à l'école de Bourg-en-Bresse.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je réalise une enquête portant **sur le vécu de l'accouchement, lorsque le projet d'accouchement sans analgésie péridurale n'a pu aboutir.**

Mon étude repose sur des entretiens menés auprès de jeunes mères à 1 semaine de leur accouchement.

Les entretiens peuvent être réalisés en présentiel ou à distance par visioconférence selon votre préférence et votre disponibilité.

Je vous informe que :

- Votre participation s'effectue sur la base du volontariat.
- Vous avez la possibilité de vous retirer de l'étude à tout moment.
- L'entretien est enregistré et sera détruit à la fin de l'étude.
- Cet entretien sera anonymisé à la retranscription
- Vous avez la possibilité de refuser de répondre à certaines questions posées.
- Vous pouvez avoir accès aux données vous concernant à tout moment.

Pour participer à cette étude, vous pouvez me contacter à l'adresse mail suivante :

emma.brunel@etu.univ-lyon1.fr ou par téléphone au : 06 02 52 60 46

Dans votre message, merci de préciser vos disponibilités. Je reprendrai contact avec vous par la suite pour convenir d'un rendez-vous afin de réaliser l'entretien.

Je vous remercie par avance de votre implication.

Emma Brunel

ANNEXE 2 : NOTE D'INFORMATION



Note d'information

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'étude intitulée « Projet d'accouchement sans analgésie, mais accouchement avec péridurale : quel a été le vécu du renoncement au projet initial ? » nous vous informons que vos données feront l'objet d'un traitement aux fins de la recherche.

L'investigateur principal de cette étude, dont le l'UFR Médecine Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux s'est porté promoteur, est le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse. Cette étude est réalisée dans le cadre du mémoire de fin d'étude de *Emma BRUNEL*, étudiante sage-femme en 5ème année.

L'objectif de cette étude est de comprendre comment les femmes vivent le changement de leur projet initial.

La participation à l'étude consiste à un entretien semi directif d'une durée d'environ 1h à 1h30.

Le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse accorde une importance toute particulière à la protection de vos données personnelles et de vos droits, dans le respect du cadre légal posé par le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et par la Loi Informatique et Libertés (Loi n°78-17).

Dans le cadre de cette recherche fondée sur l'intérêt public, vous pouvez refuser de participer à cette recherche ou retirer votre acceptation de participation à tout moment.

Les informations seront conservées de façon dématérialisée et/ou sous format papier dans des conditions strictes de sécurité et de confidentialité, afin d'effectuer les démarches nécessaires à cette recherche, pendant une durée maximale de 2 ans. Dans le cadre de la recherche entreprise, vos données pourront être analysées, croisées et publiées sous la forme de statistiques anonymes.

Le responsable du traitement des données est l'UFR Médecine Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux avec la participation du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse en qualité de sous-traitant. Le délégué à la protection des données du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire Bresse Haut-Bugey, est votre interlocuteur pour exercer vos droits (accès, effacement, limitation, opposition). Vous pouvez le contacter par email à l'adresse dpo@ght01.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits sur vos données ne sont pas respectés, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL : <https://www.cnil.fr/>

SITE de FORMATION MAÏEUTIQUE / SAGES-FEMMES
UFR Médecine Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux
CENTRE HOSPITALIER FLEYRIAT
900 route de Paris - CS 90401
01012 BOURG-EN-BRESSE Cedex



PROCOLE DE RECHERCHE Résultat de l'enquête exploratoire



Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Faculté de médecine et de maïeutique Charles
Mérieux
Site Bourg en Bresse

Auteur : Emma Brunel	Date de ce synopsis : 09/03/2023
Directeur de recherche (nom, qualification) : Une sage-femme <input checked="" type="checkbox"/> envisagé <input type="checkbox"/> confirmé	
Titre provisoire :	
Projet d'accouchement sans analgésie, mais accouchement avec péridurale : quel a été le vécu du renoncement au projet initial ?	
Constat / Justification / Contexte / Problématique :	
En stage j'ai vu beaucoup de femmes arriver avec le projet d'accoucher sans péridurale et « craquer » en cours de travail pour une analgésie. Or le renoncement peut amener à de la frustration. Ne revoyant ces femmes que rarement en post partum, je me demande comment elles ont vécu leur accouchement malgré le renoncement à leur projet d'accoucher sans péridurale ?	
Cadre conceptuel, données de la littérature : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Sociologique <input checked="" type="checkbox"/> Autre : Psychologique :	
Ronald Melzack rapporte que « les femmes qui ont anticipé un accouchement « naturel et sans douleur » éprouvent souvent des sentiments intenses de culpabilité, de colère et d'échec lorsqu'elles sont confrontées à des douleurs si sévères qu'elles ont besoin d'une analgésie péridurale ». (1) Or certaines femmes peuvent tout aussi bien être ravies d'avoir pu avoir recourt à l'analgésie malgré leur choix initial.	
Objectif(s) de recherche :	
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Principal</i> : Comprendre comment les femmes vivent le changement de leur projet initial - <i>Secondaires</i> : 	
Méthodologie / Schéma de la recherche :	
<input checked="" type="checkbox"/> Qualitatif <input type="checkbox"/> Quantitatif :	
Trame d'entretien si recherche qualitative :	
<ul style="list-style-type: none"> - Pouvez-vous me raconter votre accouchement ? - Relances : Comment voyez-vous les choses aujourd'hui, avec du recul ? Est-ce que vous en avez parlé avec des proches ? Des soignants ? 	
Hypothèse nulle ou alternative si recherche quantitative :	
Critères de jugement si recherche quantitative :	
Population cible et modalités de recrutement :	
<p>Accouchées ayant eu un projet d'accouchement sans péridurale ayant changé d'avis au cours du travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recrutement de femmes directement dans les services pour repérer et prendre contact avec elles en amont et les recontacter quelques semaines plus tard pour l'entretien. - Recrutement de femmes à la visite post-natale par information des sage-femmes libérales, à l'aide de fiches signalétiques. 	

ANNEXE 4 : ACCORD DE CONFIDENTIALITE



ACCORD DE CONFIDENTIALITE

Dans le cadre d'un projet de recherche n'impliquant pas la personne humaine (étude rétrospective ou prospective dans le domaine de la santé) ayant pour finalité la présentation d'un mémoire, les étudiants ont l'obligation de signer un accord de confidentialité. Cet accord de confidentialité imposé par le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse (CHB) constitue l'une des nombreuses mesures organisationnelles mises en place par l'établissement pour garantir la sécurité et la confidentialité de l'information.

Les données traitées par l'étudiant, en qualité de Responsable Scientifique, sont des données personnelles prospectées auprès de tiers extérieurs à l'établissement ou auprès de patients et/ou professionnels issus des activités de l'établissement. Il peut s'agir également de données personnelles sensibles issues de dossiers de patients sélectionnés pour la pertinence des informations à l'objet de la recherche.

Afin de garantir le respect du secret médical, la confidentialité et la sécurité des données, ces dernières sont soumises à des règles strictes d'utilisation.

- Les données communiquées ne seront accessibles qu'aux membres de l'équipe de recherche. Elles doivent être conservées sur un poste de travail verrouillé avec un système d'authentification forte comprenant un identifiant et un mot de passe répondant aux recommandations de sécurité de la CNIL : Commission Nationale Informatique et Liberté (12 caractères minimum, majuscules, minuscules, chiffres, et caractères spéciaux). Sous aucune forme tout ou partie des données ne peut être stockés sur un support informatique portable non protégé par chiffrement et mot de passe (mémoire externe, disque dur externe, clef USB...).
- Tout document sur format papier contenant des données de santé doit impérativement être rangé dans une armoire verrouillée après chaque usage. Aucun document ne doit être laissé à la vue d'une personne extérieure à l'équipe de recherche.
- De façon générale, aucune personne tierce à l'équipe de recherche ne peut avoir accès et/ou prendre connaissance d'une quelconque donnée communiquée dans le cadre de la recherche.
- Les échanges de données entre les membres de l'équipe de recherche se feront exclusivement par dossier chiffré muni d'un mot de passe.
- A la fin de la recherche, toutes les données personnelles identifiantes seront supprimées.

Considérant le secret médical et la législation sur la protection des données, l'étudiant à l'origine de la recherche s'engage à l'ensemble des éléments susmentionnés. Il ou elle s'engage également à apporter tout le soin et la diligence nécessaire, à mettre en œuvre toutes les mesures de prudence permettant de prévenir une violation de la confidentialité compte tenu du caractère sensible des données traitées et reconnaît avoir connaissance des bonnes pratiques en matière de protection des données.

En cas de violation de la confidentialité des données communiquées, quelle qu'en soit sa source, l'étudiant(e) reconnaît qu'il ou elle procédera immédiatement et sans délai indu, dès qu'il ou elle en aura connaissance, à sa notification au Délégué à la Protection des Données de l'établissement (dpo@ght01.fr) et du Responsable de la Sécurité du Système d'Information (rssi@ght01.fr).

Les obligations des présentes entrent en vigueur au jour de la signature du présent document par l'étudiant. Les obligations produiront leurs effets jusqu'au terme de la recherche et la suppression de l'ensemble des données personnelles identifiantes.

Date : 20/04/2023

Nom et prénom : BRUNEL Emma

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

lu et approuvé

L'étudiant, en qualité de Responsable Scientifique, est informé par la présente que des données à caractère personnel le concernant (identification, vie professionnelle, etc.) seront traitées par le CHB, en qualité de d'Investigateur principal, dans le cadre de la recherche qu'il effectue (démarches réglementaires, démarches institutionnelles, etc.). Vous disposez de droits qui peuvent être exercés auprès du Délégué à la protection des données de l'établissement : dpo@ght01.fr. Vous pouvez également adresser une réclamation à la CNIL.

ANNEXE 5 : TRAME D'ENTRETIEN

Rappel des modalités de l'entretien :

- Votre participation s'effectue sur la base du volontariat.
- Vous avez la possibilité de vous retirer de l'étude à tout moment.
- L'entretien est enregistré et sera détruit à la fin de l'étude.
- Cet entretien sera anonymisé à la retranscription
- Vous avez la possibilité de refuser de répondre à certaines questions posées.
- Vous pouvez avoir accès aux données vous concernant à tout moment.

Présentation : Pouvez-vous vous présenter ? -> Age, mariée ? combien de grossesse ? profession ? niveau d'études ?

Accouchements antérieurs : PNP ? Souhait APD, et pourquoi ? Si non, en avez-vous eu une et pourquoi ? Bon souvenir, mauvais souvenir ?

Ce jour :

Question initiale :

-Racontez moi le projet que vous aviez pour cet accouchement

Questions de relance :

Grossesse	Comment s'est déroulé la grossesse ? : -Grossesse inopinée ? -Evènements particuliers durant la grossesse ? -Déroulement de la grossesse, quel suivi ? -Préparation à l'accouchement ? Si oui laquelle ? Si non pourquoi ? Comment ça s'est passé ? Est-ce que ça vous a convenu ? -Rédaction d'un projet de naissance ? Pourquoi ? -pourquoi un projet sans APD ? Motivations ? -Quel rôle avait votre conjoint dans le projet ? -Quel rôle avait votre entourage dans le projet ? -Quels infos aviez-vous eu sur l'APD ? Quelle représentation vous aviez de la péri ? -Comment pensiez-vous pouvoir gérer la douleur ?
-----------	---

Question initiale :

-Racontez-moi votre accouchement

Questions de relance :

Arrivée en SDN	<ul style="list-style-type: none">-A quel moment vous vous êtes dit qu'il fallait y aller ? Contractions trop douloureuses ?-Comment avez-vous été accueillie ? Vous a-t-on proposé une APD ? Si oui qu'avez-vous ressenti à ce moment-là ?-Est-ce que vous avez annoncé votre projet, si oui comment ?-Comment cela a été pris par l'équipe ?
Travail	<ul style="list-style-type: none">Comment s'est déroulé la suite du travail ?-Quels moyens avez-vous utilisés pour surmonter la douleur ?-Qu'est-ce qui vous a aidé à surmonter la douleur ?-Qu'est-ce qu'elle représentait pour vous cette douleur ? Qu'est-ce qu'elle signifiait ?-Quel rôle avait l'équipe dans votre gestion de la douleur ? Que vous a-t-on proposé ?-Quel rôle a joué votre conjoint dans la gestion de la douleur ?
Pose APD	<ul style="list-style-type: none">-A quel moment vous avez changé d'avis ?-Pourquoi ?-D'où vous est venu l'idée de mettre la péridurale ? La douleur ? votre conjoint ? L'équipe ? Vous êtes-vous sentie influencée ?-Qu'est-ce que vous avez ressenti avant la pose d'APD ?-Comment s'est passée la pose d'APD ?-Qu'est-ce que vous avez ressenti au moment de la pose ?
Ce jour	<ul style="list-style-type: none">-Que ressentez-vous aujourd'hui par rapport à ce choix initial d'accoucher sans APD et par rapport à ce changement de projet ?-Selon vous pourquoi avez-vous changé d'avis en cours de travail ?- Est-ce qu'il y a des choses qui auraient pu vous aider à rester dans votre choix initial ?-Pour un futur accouchement est ce que vous referiez ce choix sans périd ? Pourquoi ?

ANNEXE 6 : RESUME DES ENTRETIENS

Entretien n°1 :

Sarah a 33 ans elle est mariée. Elle est sophrologue, réflexologue, maître d'équipe. Elle a 4 enfants. Un premier accouchement avec projet d'APD, un second sans APD mais par manque de temps, un troisième avec APD malgré son souhait car Sarah a eu un souci cardiaque. Le problème cardiaque étant résolu, elle a fait le choix d'accoucher sans APD pour cet accouchement. Elle souhaitait éviter la péridurale pour accoucher le plus naturellement possible et parce qu'elle avait une mauvaise expérience de l'APD pour son troisième car la pose avait été compliquée et douloureuse. Cependant, elle a dû être déclenchée par perfusion. Ainsi, l'équipe ainsi que son conjoint et sa mère l'ont incité à prendre une péridurale. Lors de l'entretien elle se sent un peu triste, déçue, frustrée et parle également d'échec de ne pas avoir pu aller au bout de son projet, et à la fois contente et soulagée car son bébé va bien et elle aussi. Elle ne regrette pas sa décision.

Entretien n°2 :

Johanna a 30 ans elle est pacsée, et est infirmière, son conjoint aussi. C'est son premier enfant. Elle souhaitait un accouchement sans péridurale car elle avait peur des risques autour de l'APD du fait de ses connaissances théoriques acquise durant sa formation. C'est également parce qu'elle voulait ressentir le passage de son bébé pour pouvoir réaliser son existence. Elle a commencé son travail sans APD, mais la douleur était trop intense, elle avait peur de ne pas arriver à pousser avec cette douleur. C'est à sa demande que l'APD fut posée à 9 cm, l'équipe, et le conjoint l'encourageait à poursuivre. Elle a finalement accouché sous APD par ventouse. Une fois l'APD en cours, elle était un peu déçue au début car la dose était trop importante et elle n'avait plus aucune sensation. Finalement lors de l'entretien, elle ne regrette pas sa décision, car son bébé est en bonne santé et qu'elle a pu sentir le passage dans son bassin.

Entretien n°3 :

Isadora a entre 35 et 40 ans, elle est mariée, elle a le baccalauréat et elle a 7 enfants. Elle a accouché de son premier et deuxième enfant sous APD, c'était son projet car elle ne connaissait pas l'accouchement, le troisième était prévu avec APD mais elle n'a pas eu le temps d'être posée, le quatrième, le cinquième et le sixième accouchement étaient prévus

sans APD, et le projet a été mené à bout. Isadora n'aime pas l'étape de l'accouchement qu'elle trouve stressante et elle a trouvé que ses accouchements étaient plus rapides sans APD, c'est pour cette rapidité qu'elle a choisi d'accoucher sans. Elle trouve aussi que l'on gère mieux, plus précisément au moment des poussées. Elle connaît également les prises en charges supplémentaire qu'impliquent une APD tels que les sondages par exemple. Avec les autres enfants à gérer, cette grossesse était plus fatigante et cela a joué le jour de l'accouchement. Elle a eu une APD assez rapidement qui a été incitée par son conjoint qui ne voulait pas la voir souffrir. Elle n'est pas déçue lors de l'entretien mais elle aurait aimé terminer en beauté sans péridurale pour ce dernier.

Entretien n°4 :

Alizée à 23 ans, elle est diplômée d'un CAP AEPE. C'est son premier enfant. Elle souhaitait un accouchement sans APD pour connaître l'accouchement « naturel », elle était curieuse des douleurs d'un accouchement et elle voulait en faire l'expérience avec son corps. L'équipe et le conjoint était soutenant avec elle. Elle a eu un travail long avec des douleurs qui devenaient « ingérables » et qui ont fini par la bloquer dans ses mouvements, et cela lui a fait peur de ne pas pouvoir arriver jusqu'au bout. D'un autre côté, elle disait avoir besoin de ces douleurs pour savoir que le travail avançait. Elle a donc demandé une APD à 3cm. Elle nous parle de souffrance et non plus de douleur à ce moment-là. Au moment de l'entretien, elle ne regrette pas sa décision, elle est contente de son expérience et elle a pu aller jusqu'au bout de ce qu'elle voulait connaître.

Entretien n°5 :

Lisa a 32 ans, elle est mariée, elle est professeure des écoles. C'est son deuxième enfant. Elle a eu un premier accouchement avec APD qui était prévu, le vécu n'était pas très bon, elle avait la sensation de subir son accouchement car elle est restée allongée sur le dos tout le long. Elle voulait un accouchement sans APD car elle voulait vivre et ressentir les sensations, avoir la sensation d'être actrice dans le processus et surtout pouvoir bouger, chose qu'elle n'avait pas eu pour son premier. Elle exposait le fait qu'elle pourrait savoir quand pousser, et que la récupération serait plus simple sans APD. Elle disait aussi que c'était plus naturel et mieux pour son bébé. Elle a demandé une APD à 3cm car on lui a posé un monitoring, à ce moment-là les contractions n'étaient pas gérables sur le dos et comme elle n'était qu'à 3cm,

elle s'est dit que ça allait être encore long, qu'elle n'allait pas pouvoir tenir dans la longueur et qu'elle allait s'épuiser, la douleur était plus forte que ce qu'elle imaginait. A ce moment-là Lisa parle de souffrance. L'équipe et le conjoint étaient souteneurs et à l'écoute de son projet. Elle a finalement un bon vécu, elle a senti son bébé passer cette fois-ci.

Entretien n°6 :

Alice a 32ans, elle est architecte, elle est pacsée. C'est son premier enfant, mais elle a fait une grossesse molaire, avec un mauvais vécu pour le couple sur la grossesse précédente. Ils ont décidé d'un accompagnement en plateau technique pour un suivi global pour être en confiance suite à ce mauvais vécu. Elle souhaitait un accouchement sans APD car elle voulait vivre et ressentir les choses. Les hôpitaux lui ont toujours faits peur, et cela la rassurait d'avoir un accouchement le moins médicalisé possible. Pour elle, accoucher c'est naturel, donc elle se disait qu'il n'y avait pas de raison qu'elle ne soit pas capable d'accoucher sans APD. Elle avait également très peur de la piqure et des effets négatifs de l'APD (effets indésirables et peur de l'APD surdosée). Le conjoint était en accord avec le projet. Le travail a été très long, elle ne s'attendait pas à des douleurs aussi fortes, elle commençait à fatiguer le SF lui a proposé l'APD car il voyait que Alice se rapprochait de la souffrance et que le col ne se dilatait pas. Elle a accepté, elle avait une totale confiance en lui. A un moment donné, la césarienne a été évoquée au vu de la stagnation de la dilatation, cela lui a fait peur également. Finalement, Alice a accouché par voie basse. Elle a eu une petite phase de déception après la pose d'APD, mais qui a disparue au moment de l'entretien, elle n'a pas de regret car elle se dit que même si elle avait tenue elle aurait été dans la souffrance et elle n'aurait jamais tenu autant de temps, et finalement là elle n'aurait pas pu éviter la césarienne. Elle a un très bon vécu finalement.

Entretien n°7 :

Allison a 24 ans, elle est auxiliaire de puériculture, elle est pacsée, c'est son premier enfant. Son projet était d'accoucher sans péridurale pour avoir une naissance la plus naturelle possible, pour pouvoir vivre l'accouchement, se sentir actrice, et garder le contrôle de son corps. Elle avait également peur des risques liés à l'APD de par ses études. A 3-4cm, la sage-femme lui a proposé l'APD comme elle voyait que cela devenait difficile, elle a accepté, elle ne s'est pas sentie influencée. Elle ne s'attendait pas à des douleurs aussi fortes. Elle était

quand même déçue de ne pas réussir à accoucher sans APD, mais ne le regrette pas, elle pense qu'elle n'aurait pas supporté. Elle a quand même pu sentir passer son bébé donc cela l'a rassurée. Elle relativise car elle se dit qu'elle aurait eu beaucoup de mal à pousser si elle n'avait pas eu l'APD car elle n'avait plus de forces et était épuisée, et elle n'aurait peut-être pas pu s'occuper de son bébé dès le départ.

Entretien n°8 :

Cécile a 38 ans, elle est architecte et artiste plasticienne. Elle est pacsée. C'est son 2eme enfant. Pour son premier, elle souhaitait un accouchement sans APD, c'était une naissance en plateau technique mais elle a finalement eu une rachianesthésie et forceps pour une raison foetale. Cet enfant a un handicap moteur qui a été découvert à l'âge de 5 mois environ. Pour cet accouchement, elle souhaitait également accoucher sans APD car elle était renseignée sur ce qu'implique un accouchement médicalisé par rapport à un accouchement physio, elle avait envie d'avoir un rôle actif et de ressentir les choses, c'était également parce qu'elle avait la phobie des piqûres. Pour son accouchement, son conjoint et la sage-femme étaient souteneurs dans le projet. Les contractions étaient difficiles à gérer car elle n'arrivait pas à se mettre dans sa bulle, elle était très fatiguée, elle ne trouvait pas de position pour se reposer, elle voulait s'allonger mais la douleur était insupportable. Elle a demandé une APD car elle se disait qu'elle ne pourrait pas tenir dans la durée. Elle a trouvé ça « chouette » que on ne lui propose pas l'APD et à la fois qu'on ne la culpabilise pas quand elle l'a demandé. Elle pense qu'elle a pris une très bonne décision, elle ne regrette vraiment pas, elle pense qu'elle l'aurait beaucoup moins bien vécu si elle s'était entêtée, elle pense même qu'elle aurait atteint un tel niveau de fatigue qu'elle aurait fini en césarienne si on lui avait dit que c'était trop tard pour l'APD car elle n'aurait pas pu pousser comme elle a poussé après. Elle est très contente de ne pas avoir eu l'APD de suite et d'avoir vraiment attendu, d'avoir fait tout ce qu'elle pouvait, elle est allée au bout de ce qu'elle voulait faire sans aide. Elle a donc un très bon vécu.

Auteur : BRUNEL Emma brunel.emma@gmail.com	Diplôme d'Etat de sage-femme
Titre : Projet d'accouchement sans analgésie mais accouchement avec péridurale : quel a été le vécu du renoncement au projet initial	
Résumé : <u>Introduction :</u> En France, « un quart des femmes veulent initialement accoucher sans péridurale », pourtant, plus de la moitié d'entre elles la reçoivent finalement en cours de travail. Or selon une enquête du CIANE, « 56% de celles qui y ont eu recours alors qu'elles ne le souhaitaient pas au départ sont insatisfaites. Elles mettent en cause le défaut d'accompagnement et le fait qu'on ne leur ait pas laissé le choix. Ces données datant de 2013, nous nous sommes questionnés sur l'évolution de ce vécu aujourd'hui, avec les progrès faits sur le dosage de l'APD, l'essor de l'écriture du projet de naissance, et le rendu obligatoire de l'EPP en 2020. <u>Objectif :</u> Comprendre comment les femmes vivent le changement de leur projet initial. <u>Méthode :</u> Etude qualitative composée de 8 entretiens semi-directifs réalisés en post-partum auprès de femmes ayant eu un projet d'accouchement sans APD et qui ont finalement accouché par voie basse avec une APD. <u>Résultats et discussion :</u> Notre travail a mis en avant les raisons d'un projet d'accouchement sans APD, et les raisons de son renoncement pendant le travail. Les femmes interrogées sont globalement satisfaites à condition que la décision de poser une APD vienne d'elles-mêmes, que leur enfant soit en bonne santé, et qu'elles aient pu avoir les sensations qu'elles espéraient. <u>Conclusion :</u> Finalement, malgré le renoncement à leur projet initial les patientes étaient plutôt satisfaites de leur accouchement et de leur accompagnement par l'équipe médicale contrairement à ce que nous attendions. L'encouragement de la participation du coparent aux séances de PNP, l'information complète sur le fonctionnement de l'APD, et le développement de la péridurale déambulatoire nous ont semblés être les éléments à améliorer pour notre prise en charge.	
Mots clés : Analgésie péridurale, projet de naissance, accouchement, renoncement, vécu	
Title : Birth plan without analgesia, but delivery with epidural: what was the experience of giving up the initial plan	
Abstract : <u>Introduction :</u> In France, "a quarter of women initially want to give birth without an epidural", yet more than half of them end up having one during labour. However, according to a CIANE survey, "56% of those who had an epidural when they didn't want one in the first place were not satisfied. They blame the lack of support and the fact that they were not given a choice". As these data date from 2013, we wondered how this experience has changed today, with the progress made in the dosage of epidural analgesia, the development of the birth plan, and the compulsory introduction of the early prenatal interview in 2020. <u>Objective :</u> To understand how women experience the change from their initial project. <u>Method :</u> Qualitative study consisting of 8 semi-structured interviews conducted in postpartum with women who had planned to give birth without an epidural analgesia and who finally gave vaginal birth with an epidural analgesia. <u>Results and discussion :</u> Our work has highlighted the reasons for planning to give birth without an epidural analgesia, and the reasons for abandoning it during labour. The women in our study were satisfied overall, provided that the decision to have an epidural analgesia came from them, that their child was in good health, and that they were able to have the sensations they had hoped for. <u>Conclusion :</u> In the end , despite abandoning their initial plans, the patients were quite satisfied with their delivery and the support they received from the medical team, contrary to our expectations. Encouraging the parent to take part in birth and parenthood preparation sessions, providing full information on how epidural analgesia works, and developing the use of ambulatory epidurals seemed to be the areas for improvement in our care.	
Key words : Epidural analgesia, birth plan, childbirth, renunciation, experience	

