

**h e d s**

Haute école de santé  
Genève  
Filière Sage-femme

## **Les facteurs influençant les motivations et les représentations des femmes qui choisissent d'accoucher sous anesthésie péridurale**

**Mémoire de fin d'Etudes  
Travail de Bachelor**

**GEROSA Désirée & MOENNAT Charlotte**  
(N° matricules : 13-880-877/14-587-620)

Directrice de mémoire :  
Chautems Caroline, Anthropologie de la naissance

Experte de terrain :  
Bise Demay Christine, Sage-femme

Experte enseignante :  
Delouane-Abinal Aurélie, Sage-femme et chargée d'enseignement

Haute école de Santé Genève  
20 juin 2017



## **Déclaration sur l'honneur**

« Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteur-e-s et en aucun cas celle de la Haute école de Santé Genève, du Jury ou du Directeur ou Directrice de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seul(e)s le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques ».

Le 20 juin 2017

Gerosa Désirée & Moënnat Charlotte

## **Résumé**

**But :** L'objectif de ce travail est de mettre en évidence les facteurs influençant les représentations et les motivations des femmes, les dirigeant vers le choix d'une anesthésie péridurale pour leur accouchement.

**Méthode :** Nous avons effectué une revue de littérature basée sur une analyse descriptive et critique de cinq articles sélectionnés à travers les moteurs de recherche « Pubmed » et « Lissa ».

**Résultats :** Les représentations et les motivations des femmes face au recours à une péridurale sont multiples. Les différences de perceptions et d'évaluations de la douleur ainsi que le déroulement de l'accouchement ont un impact sur la demande d'une péridurale. L'accompagnement des professionnels de la santé a un rôle important dans le choix final des femmes. Un certain nombre d'entre elles modifient leur requête initiale au cours de la grossesse et/ou au moment de l'accouchement. La présence ou non d'un anesthésiste dans la structure peut également jouer un rôle déterminant et peut modifier la prédilection des femmes face à une péridurale. Pour les professionnels de la santé, la péridurale peut permettre d'être moins présent auprès du couple mais aussi d'anticiper d'éventuelles interventions ultérieures dans le déroulement du travail d'accouchement.

**Conclusion :** La péridurale est un moyen précieux qui a permis de diminuer le taux de mortalité en périnatalité. Elle permet également aux femmes de vivre un accouchement avec une diminution de la douleur. Les sages-femmes jouent un rôle primordial dans l'accompagnement des femmes concernant le choix de recourir à une anesthésie péridurale pour leur accouchement. Les divers professionnels de la santé tels que les sages-femmes, les gynécologues et les anesthésistes doivent prendre en compte les multiples facteurs influençant le choix des femmes et les accompagner selon leurs souhaits et leurs besoins.

**Mots-clés :** Motivations, représentations, choix, anesthésie, péridurale, douleur de l'accouchement.

## **Remerciements**

Nous tenons à remercier chaleureusement :

Notre directrice de mémoire, **Caroline Chautems**, pour sa précieuse disponibilité, ses conseils et son soutien au cours de l'élaboration de ce travail.

Un grand merci à **Christine Bise Demay**, notre experte de terrain, qui a accepté de participer à la finalité de ce travail.

A **Aurélie Delouane-Abinal**, notre experte enseignante qui nous a accompagnées lors de nos trois années de formation.

Aux bibliothécaires de la Haute école de Santé Genève, en particulier à **Maité Pugliese** pour son aide.

A **nos enseignant(e)s sages-femmes** et à la directrice de la filière **Barbara Kaiser** pour leur accompagnement durant notre formation.

Nos fidèles relecteurs, **Ariane, Laetitia, Jeanne, Véronique, Quentin et Yannis** pour le temps qu'ils nous ont accordé.

Pour terminer, nous aimerions remercier **nos familles, ami(e)s, camarades de classe, sages-femmes du terrain** pour leur présence et leur soutien.

## **Glossaire/ liste des abréviations**

ASD : Accouchement sans douleur

AVB : Accouchement par voie basse

FSSF : Fédération Suisse des Sages-Femmes

HUG : Hôpitaux Universitaires Genevois

PAN : Préparation à la naissance

PANP : Préparation à la naissance et à la Parentalité

<b>DÉCLARATION SUR L'HONNEUR</b> .....	<b>2</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>3</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>4</b>
<b>GLOSSAIRE/ LISTE DES ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>5</b>
<b>1. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL</b> .....	<b>8</b>
1.1 INTRODUCTION .....	8
1.2 MOTIVATIONS PROFESSIONNELLES .....	11
<b>2. CADRE THÉORIQUE :</b> .....	<b>13</b>
2.1 GÉNÉRALITÉS SUR LA DOULEUR : .....	13
2.1.1 Définition.....	13
2.1.2 Physiopathologie de la douleur de l'accouchement.....	13
2.2 LA PÉRIDURALE .....	14
2.2.1 Description de l'intervention .....	14
2.2.2 Indications.....	15
2.2.3 Effets secondaires .....	15
2.2.4 Issues obstétricales .....	16
2.3 HISTORIQUE DES MÉTHODES DE GESTION DE LA DOULEUR DE L'ACCOUCHEMENT .....	17
2.4 MÉDICALISATION ET TECHNICISATION DE LA NAISSANCE.....	19
2.5 FACTEURS CULTURELS .....	22
2.6 SATISFACTION ET VÉCU DE L'ACCOUCHEMENT.....	22
2.7 LIENS D'ATTACHEMENT ET DOULEUR.....	23
2.8 DIMENSION ÉTHIQUE .....	24
<b>3. PROBLÉMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE</b> .....	<b>26</b>
<b>4. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE</b> .....	<b>27</b>
4.1 MOTS-CLÉS .....	27
4.2 BASE DE DONNÉES .....	28
4.3 CRITÈRES D'INCLUSIONS ET D'EXCLUSIONS.....	32
4.4 RÉSULTATS DES RECHERCHES .....	33
4.4.1 Articles sélectionnés.....	33
<b>5. TABLEAUX DESCRIPTIFS DES ARTICLES DE LA REVUE DE LITTÉRATURE</b> .....	<b>34</b>
ARTICLE 1 .....	34
ARTICLE 2 .....	36
ARTICLE 3 .....	38
ARTICLE 4 .....	40
RÉFÉRENCES.....	40
ARTICLE 5 .....	42
<b>6. ANALYSE CRITIQUE</b> .....	<b>44</b>
6.1 LIEU DES ÉTUDES SÉLECTIONNÉES .....	44
6.2 OBJECTIFS DES ÉTUDES SÉLECTIONNÉES .....	45
6.3 ÉTHIQUE .....	45
6.4 TYPE D'ÉTUDES .....	46
6.5 MÉTHODOLOGIE .....	46
6.5.1 La taille d'échantillons.....	46

6.5.2 Récolte des données.....	47
<b>7. STRUCTURATION DES RÉSULTATS DE LA REVUE DE LITTÉRATURE.....</b>	<b>49</b>
7.1 POPULATION .....	49
7.2 PRISE DE DÉCISION ET CHANGEMENT D'AVIS DURANT LA GROSSESSE OU AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT .....	49
7.3 L'IMPACT DES PROFESSIONNELS DANS LE CHOIX DES FEMMES .....	51
7.4 DÉCALAGES ENTRE LES PROJECTIONS DES FEMMES ET LEUR RESSENTI VIS-À-VIS DE LA PÉRIDURALE AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT.....	52
<b>8. DISCUSSION .....</b>	<b>55</b>
8.1 IMPACT DES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES SUR LE CHOIX DES FEMMES.....	55
8.2 RÔLES ET INFLUENCES DES DIVERS INTERVENANTS PROFESSIONNELS SUR UN POTENTIEL CHANGEMENT D'AVIS DES FEMMES AU COURS DE LEUR GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT .....	57
8.3 AUTRES ÉLÉMENTS POUVANT INFLUENCER LE RECOURS À LA PÉRIDURALE.....	60
8.4 FORCES ET LIMITES.....	60
<b>9. RETOUR DANS LA PRATIQUE .....</b>	<b>62</b>
9.1 COURS PAN .....	62
9.2 ENTRETIEN PSYCHO-ÉDUCATIF .....	63
9.3 « LE SUIVI GLOBAL » .....	64
9.4 MÉDECINES ALTERNATIVES.....	64
<b>10. CONCLUSION.....</b>	<b>67</b>
<b>11. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>69</b>

## **1. Questionnement professionnel**

### **1.1 Introduction**

La thématique de la douleur de l'accouchement est au centre des discussions durant la période périnatale. Cette douleur est vécue, citée, étudiée, controversée, critiquée, voire même acceptée. Notre société algophobe cherche la plupart du temps à étouffer toutes sensations de douleurs physiologiques lors de l'accouchement (Vuille, 1998). Un développement important de moyens médicamenteux et alternatifs permettant de soutenir les femmes dans cette épreuve de la vie en témoignent (voir infra pp. 17-19). Ils sont en constante évolution et sont marqués par les mouvements sociaux, politiques et religieux. En référence au contexte judéo-chrétien, l'énoncé « Tu enfanteras dans la douleur » (Genèse 3 : 16) a fortement imprégné les mentalités. Durant des siècles, les femmes ont été conditionnées à « devoir souffrir » durant la naissance de leur enfant. Dès la deuxième partie du 20<sup>ème</sup> siècle, la réponse concrète face aux douleurs de l'accouchement et aux besoins des femmes est l'anesthésie péridurale (Vuille, 2009).

Les pratiques actuelles ont été influencées par la médicalisation croissante autour de la naissance au cours du 20<sup>ème</sup> siècle. Cette dernière a eu un impact primordial dans l'accompagnement des parturientes par les sages-femmes. La médicalisation s'est développée dans un premier temps pour répondre à des questions de santé publique puis elle a permis de faire évoluer la prise en « charge » de la douleur. Cette transformation a développé d'innombrables controverses ce qui a fait émerger une nouvelle « norme sociale », soit le fait de donner la vie sous anesthésie péridurale (Arnal, 2016).

D'un point de vue statistique, le taux d'utilisation de la péridurale ne cesse de croître. Selon une étude menée par Séjourné et Callahan (2013), l'évolution de l'utilisation de l'analgésie péridurale a été colossale en France. Elle était utilisée à 3,9% en 1981, elle a augmenté à 53,8 % en 1995 puis a atteint 74,9 % en 2003. En l'espace de 22 ans, cette expansion a été impressionnante et nous questionne. Une autre étude confirme cette augmentation en France « L'utilisation de cette analgésie n'a cessé de progresser : en 1981, elle n'est pratiquée que dans 4% des

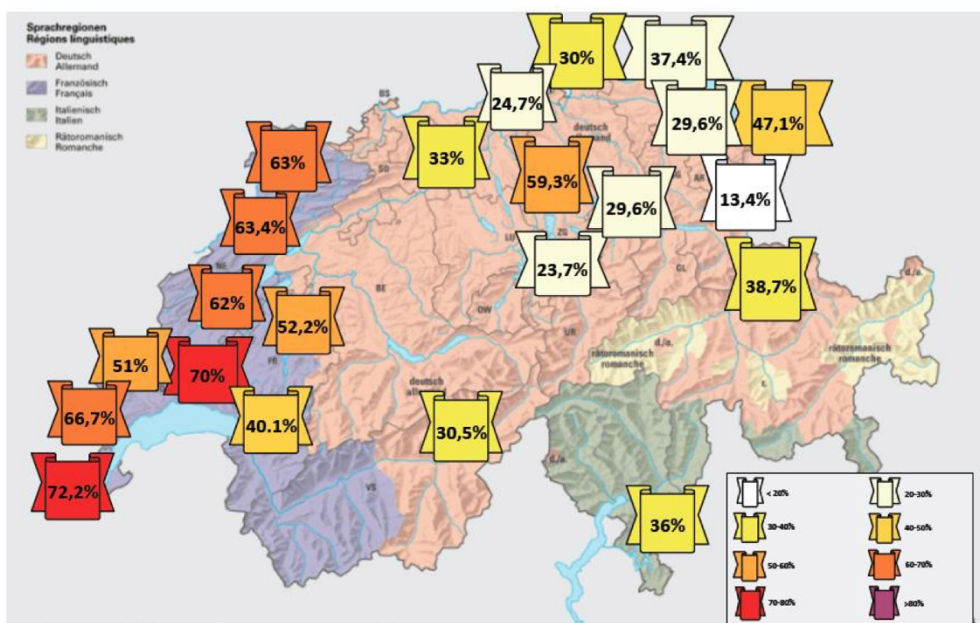


accouchements ; en 1995, le pourcentage est déjà de 49% ; en 1998 il est passé à 60% et selon certains professionnels à 70% pour l'année 2000 » (Carricaburru, 1994, cité par Carricaburru, 2005, p. 253).

La Suisse suit le même chemin, selon l'Office fédéral de la statistique, près de 80% des femmes ont donné la vie sous anesthésie péridurale en 2013. Selon Pichon (2015), le taux d'accouchement sous anesthésie péridurale aux Hôpitaux Universitaires de Genevois (HUG) était de 40% en 1990 et a augmenté à 66% en 2014.

Il est aussi pertinent de relever le pourcentage discordant entre la Suisse romande et la Suisse allemande. D'après le cours de G. Savoldelli (communication personnelle [Support de cours], 15 décembre 2015), voici une image représentative :

**Taux d'utilisation d'analgésie neuraxiale (péridurale, rachi-péridurale) pour l'AVB dans les hôpitaux publics suisses en 2008**



Adapted from a slide of Dr. O. Despond. Hôpital cantonal. Fribourg. Switzerland

A l'aide de cette image et des différents chiffres précédemment cités, il est aisé de relever que le recours à l'utilisation de la péridurale est croissant. Identifier les représentations, les motivations et les croyances qui dirigent les femmes vers ce choix permet de relever les conditions dans lesquelles elles choisissent cette façon de donner naissance.

L'utilisation de la péridurale et la liberté du choix offert aux femmes soulèvent aussi des enjeux éthiques. Des tensions face au choix éclairé peuvent également faire surface (Akrich, 1999).

Lors de nos stages pratiques effectués au cours de notre formation, nous avons découvert que les avis divergent quant à l'usage de la péridurale. Après plusieurs discussions et échanges avec des sages-femmes<sup>1</sup> expérimentées, il ressort, qu'au début de son utilisation, elle a souvent été perçue comme une solution « miracle » par les femmes ou par certains professionnels. Cependant, aujourd'hui, son application est remise en cause et l'on peut évaluer l'ampleur du débat et les divergences d'opinions à travers les années. Selon l'étude d'Arnal (2016), ces controverses sont confirmées concernant l'anesthésie péridurale :

Ce type de soulagement des douleurs de l'accouchement ne va pas de soi et suscite des débats animés et des critiques acerbes aussi bien auprès des professionnel-le-s – notamment des sages-femmes – qu'auprès des femmes concernées. Le soulagement massif des douleurs de l'accouchement fait aujourd'hui l'objet de critiques féministes alors qu'il était auparavant appelé de leurs vœux (p. 2).

En effet, ce soulagement par l'intermédiaire d'une péridurale peut être critiqué car il ne permet pas aux femmes d'être totalement « actrices » de leur accouchement (voir infra p. 24) et peut provoquer certains effets secondaires.

Dans nos pratiques en Suisse, nous observons que la péridurale permet à de nombreuses parturientes de vivre la naissance de leur enfant en bénéficiant d'une réduction considérable de la douleur tout en restant conscientes. Néanmoins, certains soins et/ou surveillances liés à l'utilisation de la péridurale sont à prendre en considération (voir infra p. 20).

---

<sup>1</sup> Le terme « sages-femmes » est utilisé au féminin, cependant, cela inclus aussi la catégorie des professionnels de sexe masculin.

## 1.2 Motivations professionnelles

Nos trois années de formation sage-femme ainsi que nos diverses expériences professionnelles nous ont permis de connaître différentes perspectives de prises en soins. Nous avons découvert des moyens non-médicamenteux pour accompagner et soutenir les femmes dans la gestion de la douleur. Nous avons également constaté l'incroyable capacité des femmes à accoucher « par elles-mêmes ».

Accompagner des femmes durant leur accouchement sans anesthésie péridurale nous a concrètement démontré leurs propres ressources à tolérer, voire à accepter physiquement et psychologiquement la douleur. Cependant, d'après Akrich et Pasveer, « l'obstétrique évoluée ne tolère plus la femme sauvage, inaccessible, déchainée dans la douleur » (Akrich & Pasveer, 1996, p. 133 cité par Carricaburu, 2005, p. 257). Au sein de notre culture, l'expression verbale (cris, intonations, chants, etc) et/ou physique (mouvements, danse, mobilisation, etc) peuvent être des caractéristiques présentes lors d'une naissance sans péridurale. Ces expressions peuvent ne pas toujours être bien acceptées par certains professionnels de la santé.

De façon plus générale, le rôle des sages-femmes en milieu hospitalier s'est beaucoup modifié lors de ces dernières années dû à la médicalisation de l'accouchement (voir infra pp. 19-21). Le déroulement physiologique du travail peut être entravé par la péridurale car elle est susceptible d'engendrer d'autres interventions médicales et techniques (voir infra pp. 20-21). Elle peut également être parfois perçue, par les professionnels de la santé, comme un outil de contrôle et de gestion dans les situations obstétricales (voir infra pp. 19-21).

Durant nos stages pratiques, un décalage peut être présent entre les représentations des femmes, leurs attentes, leurs croyances et leurs expériences. Cet écart est parfois observé lors des échanges avec les couples en post-natal. Ceci nous a interpellé et nous avons également remarqué que cela peut relever un manque de connaissances ou des représentations erronées de la part des femmes. Nous avons également constaté qu'un certain nombre d'entre elles associent la douleur à un vécu négatif de l'accouchement avant la naissance, ce qui n'est pas toujours le cas à posteriori.

L'ensemble des éléments cités ci-dessus permettent d'évaluer l'état présent des avis et des opinions. Il est intéressant de comprendre le cheminement qui nous a amené à nos pratiques obstétricales actuelles et de pouvoir également expliquer un tel taux d'anesthésies péridurales lors d'un accouchement. Qu'est-ce qui influencent les femmes à se diriger vers ce choix ? Est-ce que toutes les informations sur l'anesthésie péridurale sont transmises de manière optimale aux femmes ? Comment se présente l'accompagnement sage-femme lors d'un accouchement avec péridurale ? A travers ce travail de recherches, nous souhaitons apporter des éléments de réponses à ces divers questionnements.

## **2. Cadre théorique :**

### **2.1 Généralités sur la douleur :**

#### 2.1.1 Définition

La Société Française d'Etude et de Traitement de la douleur définit la douleur comme étant « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes » (2016).

#### 2.1.2 Physiopathologie de la douleur de l'accouchement

Cette douleur si particulière peut être ressentie différemment selon le stade du travail de l'accouchement. Durant le premier stade<sup>2</sup>, la douleur est provoquée par la dilatation du col de l'utérus et par la distension du segment inférieur. Un étirement simultané de ces deux tissus est présent lors des contractions utérines. Lors du deuxième stade du travail<sup>3</sup>, la douleur résulte des contractions de l'utérus mais aussi de l'appui de la présentation fœtale sur le col. Ces douleurs sont ressenties au niveau des différents muscles qui composent le périnée ainsi que sur l'urètre, le rectum et au niveau du dos et des cuisses. De nombreux facteurs sont responsables de l'intensité et du ressenti de cette douleur (dimensions psychologique et émotionnelle, culture, âge, parité, préparation à la naissance (PAN), position du fœtus, émotions, localisation de la douleur, etc (Pottecher & Benhamou, 2004).

Le cerveau et la moelle épinière sont les maîtres régisseurs de cette douleur, lorsque cette dernière se produit, ils réagissent. Au niveau du système nerveux central, la moelle épinière établit des connections avec les systèmes cardiaques, nerveux, digestifs et respiratoires. Des échanges ont lieu et peuvent donc avoir un impact sur la tension artérielle, la respiration, etc. Les connections permettent une nouvelle stabilité biologique de protection face à la douleur. Ces influx nerveux atteignent le cerveau, lieu où ils sont analysés (Cardin, Moisson-Tardieu et Tournaire, 1986).

---

<sup>2</sup> Il débute lorsque les contractions apparaissent et mûrissent/modifient le col de l'utérus.

<sup>3</sup> Il débute lorsque le col de l'utérus est à dilatation complète, soit à 10 centimètres et se termine lorsque le bébé est né.

Les différentes perceptions de la douleur ressentie par les femmes sont présentes et ont également toutes leur importance. Selon Le Breton (2010), « Certaines femmes vivent une expérience éprouvante, mais d'autres ressentent une douleur qu'elles n'associent pas à la souffrance. La tonalité du ressenti est largement sous l'empire du sens » (p. 205). Ce dernier peut avoir un rôle conséquent dans le travail d'accouchement car il peut permettre à certaines femmes de mieux gérer la douleur.

## 2.2 La péridurale

### 2.2.1 Description de l'intervention

La péridurale cherche à anesthésier les nerfs qui conduisent les influx douloureux et interrompt la conduction des sensations. Malgré le fait que la douleur soit présente et persistante, les parturientes ressentent moins la douleur car le message n'est plus transmis au cerveau. L'effet de la péridurale n'a pas lieu chez certaines femmes. Diverses raisons peuvent en être la cause, telles qu'une mauvaise localisation du site de ponction, un dosage inadéquat, une dystocie, une dénaturation des produits utilisés, des différences génétiques, etc (Lansac, Descamps & Oury, 2011).

Lors de la pose de la péridurale, il est demandé à la femme d'adopter une position « fœtale » car la grossesse accentue une hyperlordose lombaire et diminue l'angle de l'espace péridural. Cette pratique permet également d'ouvrir les zones entre chaque vertèbre. L'anesthésiste cherche au niveau lombaire l'espace péridural qui se situe entre les vertèbres (L2-L3, L3-L4 ou L4-L5). Cet espace est situé entre les ligaments vertébraux et la dure mère. Le médecin veille à ne jamais ponctionner au-dessus de L2-L3, afin d'éviter toute lésion de la moelle épinière durant la ponction. Une fois l'endroit repéré, il effectue une anesthésie de la peau avec de la lidocaïne<sup>4</sup>. L'anesthésiste insère l'aiguille de Tuohy<sup>5</sup> jusqu'à obtention d'une perte de résistance du fait qu'une pression négative est présente dans l'espace péridural. Un cathéter est ensuite mis en place afin de permettre l'entretien de la péridurale au souhait des parturientes et/ou de l'anesthésiste. La durée de la pose de la péridurale est en moyenne de 20 minutes mais elle dépend de la collaboration des femmes, de leur

---

<sup>4</sup> Médicament agissant comme anesthésique local.

<sup>5</sup> Type d'aiguille pour la pose de péridurale.

anatomie et des éventuelles difficultés à introduire l'aiguille au niveau de l'espace péridural (Lansac et al., 2011).

### 2.2.2 Indications

Le recours à l'utilisation d'une péridurale peut-être parfois médicalement indiqué voire recommandé. Certaines femmes expriment le souhait d'une péridurale sans pour autant être conscientes de ce que peut impliquer cet acte médical et de ces éventuelles conséquences materno-fœtales.

Les indications de la pose d'une péridurale varient d'une situation à une autre. Selon Lansac et al., (2011), voici quelques situations où le recours à une péridurale peut être nécessaire (pp. 181-183) :

- Confort maternel
- Agitation maternelle
- Déclenchement du travail
- Nécessité de faire une extraction instrumentale pour diminuer les efforts expulsifs
- Epreuve du travail
- Souffrance fœtale chronique
- Présentation du siège
- Grossesse gémellaire
- Utérus cicatriciel

Il existe des contre-indications pour la pose de la péridurale, tels qu'une souffrance fœtale aiguë, le non souhait d'une péridurale par la femme ou la non collaboration de cette dernière, des anomalies de la coagulation, une hypertension intracrânienne, une infection cutanée au site de ponction, une allergie à l'anesthésie utilisée, etc (Lansac et al., 2011, p. 182).

### 2.2.3 Effets secondaires

Plusieurs effets secondaires, voire complications, sont également à relever lors d'utilisation de la péridurale. En effet, elle peut avoir un impact sur la respiration, le débit cardiaque et donc sur la tension artérielle (Cardin et al., 1986).

Selon Schneider, Drack, Hagmann, Kern et Listyo (S.d.), la péridurale peut provoquer des prurits, une faiblesse musculaire qui peut limiter les femmes à déambuler, l'intensité des contractions utérines peut diminuer et cela peut engendrer l'administration d'ocytocine de synthèse<sup>6</sup>, des troubles de la miction transitoire nécessitant des sondages vésicaux, un hématome épidural et/ou des troubles sensitifs transitoires (p. 6).

Selon Lansac et al., (2011) une rupture du cathéter, des céphalées, des infections et des dorsalgies font également partie des potentiels effets secondaires de la péridurale (p. 184).

#### 2.2.4 Issues obstétricales

Des complications obstétricales ont été relevées, telles que la modification du rythme cardiaque fœtal ce qui peut augmenter le taux de césarienne et d'extraction instrumentale de 10 % (Morton, Williams & Keeler, 1994, cité par Lansac et al., 2011 (p. 184). De plus, il y a souvent un allongement de la seconde phase du travail (Alexander, Sharma, McIntire & Leveno, 2002, cité par Lansac et al., 2011, p. 191).

D'autres études démontrent le contraire, selon Stalla-Bourdillon, Moyano, Levenet, Hoffmann et Mercier (2015), « l'analyse de la littérature montre clairement que l'analgésie péridurale moderne n'augmente pas le taux de césarienne » (p. 86). Ces auteurs reprochent aux diverses études antérieures de contenir des biais méthodologiques ainsi que des doses de péridurale trop conséquentes.

Le processus physiologique de l'accouchement est parfois perturbé et inhibé par la mise en place d'une analgésie péridurale car elle peut interférer avec certaines hormones primordiales durant le travail d'accouchement. La sécrétion d'ocytocine peut être diminuée par la pose d'une péridurale (Rahm, Hallgren, Högberg, Hurtig & Odling, 2002), ce qui peut engendrer l'introduction de Syntocinon®.

---

<sup>6</sup> Médicament dénommé Syntocinon® en Suisse, il stimule les contractions de l'utérus lors de l'accouchement.



Durant le travail d'accouchement, l'endorphine<sup>7</sup> est secrétée cependant la péridurale peut interférer sa production (Bacigalupo, Riese, Rosendahl & Saling, 1990). Cette hormone naturelle produite par le corps en réponse à la douleur est en quelque sorte « la morphine humaine naturelle » (Odent, 2001).

### **2.3 Historique des méthodes de gestion de la douleur de l'accouchement**

Pour comprendre le phénomène de la péridurale, il est essentiel de se pencher sur l'histoire ainsi que sur l'évolution des moyens développés et proposés aux femmes afin de favoriser une meilleure gestion de la douleur lors de l'accouchement.

Jusqu'au 17<sup>ème</sup> siècle, les matrones et les sages-femmes utilisent des plantes pour soulager les femmes, ce qui leur ont occasionné des condamnations. Ces pratiques ont été considérées comme de la sorcellerie (Cesbron & Knibiehler, 2004). En 1853, la première forme d'anesthésie, utilisée par les médecins, a été le chloroforme. Ces derniers n'ont pas toujours été conscients des conséquences néfastes de ce gaz. Durant plusieurs années, les chercheurs ont aussi investigué d'autres gaz et médicaments comme par exemple ; la cocaïne, des alcaloïdes, de l'acide salicylique, du quinquina gris mais aussi de l'éther et du protoxyde d'azote (Morel, 2002).

En Angleterre, une méthode psychologique nommée « accouchement naturel » a été développée en 1930 par Grantly Dick-Read<sup>8</sup>. Il développe une méthode pour accoucher « sans peur ». Il est convaincu que l'esprit peut commander l'organisme. Il souligne l'importance de préparer les femmes à l'enfantement en supprimant la peur liée à l'accouchement à l'aide des cours de PAN qui sont pour lui la clé de la réussite (Michaels, 2014, cité par Morel, 2015).

La péthidine<sup>9</sup> apparaît en 1950, à cette époque, elle est très populaire et elle est utilisée comme l'analgésique de choix pour atténuer les douleurs au cours du travail de l'accouchement (Mignon, Mercier & Verroust, 2007). A l'heure actuelle, son utilisation reste controversée car elle peut provoquer des dépressions respiratoires néonatales (Bruyère & Mercier, 2005).

---

<sup>7</sup> Hormone du stress, du plaisir et de bien-être.

<sup>8</sup> Obstétricien britannique.

<sup>9</sup>Antalgique de type opiacé de synthèse.

Entre 1949 et 1951, un procédé basé sur la psychologie voit également le jour : « la méthode psychoprophylactique ». Elle a été développée par Velvovski<sup>10</sup> pour diminuer les douleurs liées à l'accouchement sans avoir recours à des moyens médicamenteux. Il est persuadé que l'accouchement est simplement physiologique mais non douloureux. Il construit également des cours de PAN pour les femmes durant lesquels, il utilise divers moyens, tels que les massages et les techniques de respiration. Le but est que les parturientes se déconnectent des sensations douloureuses afin de ne ressentir aucune douleur au moment de la naissance. Les femmes chez qui cette méthode ne fonctionne pas sont décrites comme de « mauvais sujets » (Michaels, 2014, cité par Morel, 2015).

En 1952, les médias publient que l'accouchement sans douleur (ASD) est désormais possible. Le docteur Lamaze<sup>11</sup>, décrit l'objectif de cette méthode qui repose sur le déconditionnement des femmes par rapport à la douleur de l'accouchement, en travaillant sur le plan psychologique. Il prépare ainsi les femmes à rencontrer cette douleur (Michaels, 2014). L'ASD a comme principe de « punir » les femmes qui expriment leurs douleurs. Ces dernières sont alors perçues comme des femmes n'ayant pas été assez assidues durant cet enseignement lors de la période prénatale (Vuille 2015). L'ASD disparaît discrètement pour laisser la place à la péridurale (Morel, 2015).

La péridurale vu le jour, pour la toute premières fois, en 1901, grâce à la collaboration de deux urologues. Jusqu'en 1949, la durée d'action de la péridurale n'est pas optimale et il est impensable de répéter indéfiniment le geste de ponction afin de garantir son efficacité. C'est à ce moment-là que Curbelo<sup>12</sup> pense à introduire un cathéter à travers l'aiguille de ponction, ce qui a permis de changer les pratiques de la péridurale (Lansac et al., 2011).

En 1970, la péridurale n'est encore que peu répandue car certains membres du personnel médical s'interpellent quant à l'utilisation de cette technique, cependant une importante demande des femmes est présente (Caron & George, 2004).

---

<sup>10</sup> Médecin russe.

<sup>11</sup> Neurologue et obstétricien français, figure clé dans l'histoire de la douleur de l'accouchement.

<sup>12</sup> Anesthésiste cubain.

Actuellement, le matériel s'est bien développé et les techniques utilisées sont plus performantes et adaptées. La pose de la péridurale est plus rapide, ce qui permet de l'installer de plus en plus tardivement durant le travail d'accouchement (Trélaün, 2012).

## **2.4 Médicalisation et technicisation de la naissance**

Panese et Barras (2009), définissent la médicalisation apparue dans les années 70 comme étant :

le processus par lequel certaines conditions, situations ou données ... de la vie quotidienne deviennent des questions médicales, auxquelles les médecins et les autres professionnels de la santé reconnus comme tels par les systèmes de prévoyance se doivent d'apporter un certain nombre de réponses ... la médicalisation correspond indiscutablement à une dynamique d'extension des compétences, de l'expertise et du champ d'intervention de la médecine, qui intègre non seulement de nouvelles entités pathologiques ... mais aussi toute une série d'évènements contextuels qui, sans être pathologiques en eux-mêmes, configurent ce que nous pourrions appeler des « situations pathologiques » (pp. 3-4).

Selon la définition ci-dessus, les processus physiologiques tels que la grossesse, l'accouchement et d'autres phénomènes de la vie quotidienne ont été médicalisés et sont donc soumis à l'expertise d'un professionnel de la santé.

Dans une perspective biomédicale, tout accouchement est susceptible à tout moment de devenir pathologique. Il y aurait « un quasi-consensus autour de l'idée que tout accouchement est potentiellement risqué, même lorsque la grossesse s'est déroulée de façon normale » (Akrich et Pasveer, 1996, p. 184 cité par Carricaburu 2005, p. 246).

Toujours selon Carricaburu (2005), le fait de prévenir au maximum les effets indésirables que la pathologie peut engendrer, une prévention du risque peut être réalisée à l'aide d'une péridurale. En cas de complications durant un accouchement qui peut induire une césarienne, une péridurale déjà en place peut faciliter la prise en « charge » de l'urgence. Elle peut donc être vue comme un prérequis pour certains

professionnels en cas de complications obstétricales. Toujours selon Carricaburu (2005), « On comprend alors comment l'analgésie péridurale peut être perçue par des professionnels comme un outil, comme une ressource qui les aide à canaliser le cours de l'accouchement et qui peut contribuer à éviter le passage à la pathologie » (p. 257).

Selon Carricaburu (2005), l'évolution de la gestion de la douleur a provoqué un changement dans la prise en soins des professionnels. L'entrée en scène de la péridurale a également modifié l'accompagnement des sages-femmes envers les couples et a donc bouleversé les pratiques. La péridurale permet aux sages-femmes d'être moins présentes physiquement auprès des femmes. Ainsi il n'est plus nécessaire d'avoir autant de personnel présent que lorsque la péridurale n'existait pas ou que son utilisation était moindre. Concrètement, les sages-femmes peuvent prendre davantage de femmes en soins si celles-ci sont sous anesthésie péridurale.

La médicalisation a également induit le travail dirigé et a permis d'avoir un certain contrôle sur le déroulement de l'accouchement. D'après Carricaburu (2005) :

Quel que soit le niveau de la maternité, la médicalisation de la naissance se traduit non seulement par la « surveillance » médicale régulière de l'ensemble du processus de gestation, ... mais aussi par la technicisation croissante, quotidienne et quasi systématique de chaque accouchement (p. 260).

Selon Trélaün (2012), la surveillance médicale régulière est sous-entendue par le monitoring presque en continu pour évaluer le bien-être fœtal et les touchers vaginaux fréquents afin de s'assurer d'une évolution de la dilatation cervicale. Comme les femmes sont insensibilisées, elles ne souffrent pas car elles sont anesthésiées cependant leur corps gardera en mémoire ces gestes invasifs. De plus, un contrôle rapproché des signes vitaux est réalisé, notamment concernant la température maternelle dans le cas d'une rupture artificielle des membranes<sup>13</sup> afin d'accélérer le travail d'accouchement ou la tension artérielle maternelle si une péridurale est en place.

Selon Szejer (2006), toutes ces interventions induites par la médicalisation peuvent remettre en question la capacité même des femmes à enfanter.

---

<sup>13</sup> Poche des eaux contenant le liquide amniotique.

Dans notre société, on cherche également à aller toujours plus vite. Selon Carricaburu (2005) :

Diriger le travail permet avant tout d'accélérer le rythme de l'accouchement et donc de réduire là encore sa durée. Durée du « travail » pour la parturiente, durée de travail pour les professionnels ... Autrement dit, si l'on réduit le premier, on va logiquement écourter le second (p. 253).

En effet, le système mondial actuel est un processus qui cherche en permanence l'efficacité, l'accélération, soit l'optimisation des ressources et du temps et ce, dans tout domaine. L'obstétrique actuelle en vit les conséquences. D'après Carricaburu (2005) :

[Les] conséquences non négligeables de cette pratique c'est qu'en accélérant la dilatation on intensifie les contractions et les douleurs qui les accompagnent, ce qui a pour suite logique un recours plus précoce à l'analgésie péridurale. On arrive donc à une configuration courante dans laquelle le travail dirigé appelle la péridurale et la péridurale appelle le travail dirigé. L'effet cumulatif des techniques qui peuvent être utilisées au cours de l'accouchement conduit certains professionnels à systématiquement envisager leur utilisation conjointe (p. 252).

Cependant, il est essentiel et pertinent de relever les éléments positifs et existentiels que la médicalisation de la naissance a apporté. En effet, certains individus ont cherché à développer les prises en soins périnatales pour répondre à des besoins vitaux. L'étude d'Arnal (2016), souligne deux objectifs principaux, « la diminution de la mortalité maternelle et infantile et l'amélioration des conditions de naissance (taux de prématurité, fréquence des handicaps, etc.) » (p. 2).

Gutierrez et Houdaille (1983), ressortent les mêmes propos : « On oublie en effet que le risque de mourir en couches a été divisé par 70 entre le 18<sup>ème</sup> siècle et l'époque actuelle » (p. 975). La médicalisation répond d'abord à des buts fondamentaux, tels que de préserver la vie maternelle, foetale et néonatale.

## 2.5 Facteurs culturels

La douleur de l'accouchement est différente de la douleur en général. Elle permet une transformation, soit de passer du statut de femme à celui de mère. Comme le cite Vuille (2009), la douleur est perçue par certains professionnels de la santé comme étant « la force agissante permettant à la naissance de se produire, et le sens premier du terme, la *souffrance*, passe pour eux au second plan » (p. 43).

Les attentes des femmes sont diverses quant au soulagement de la douleur de l'accouchement et la dimension culturelle joue un rôle primordial. L'expression des douleurs est un phénomène social, comme le nomme Vuille (2006), « [La douleur] se voit toujours attribuer un sens, mais celui-ci diffère d'une région du monde à une autre et d'une époque à une autre » (p. 1).

Toujours selon Vuille (2006) :

Les douleurs de l'accouchement font l'objet de croyances, de discours, ainsi que de rites et de pratiques fort variées dans les sociétés humaines. L'expression de ces douleurs par les femmes en couches est très codifiée : dans certaines sociétés, les femmes sont tenues de se montrer impassibles au cours de leur accouchement et sont l'objet de réprobation si elles crient ou se plaignent, tandis que d'autres sociétés autorisent et certaines encouragent même les manifestations bruyantes scandant la progression du travail (p. 1).

En effet, la culture influence le mode d'expression des douleurs de l'enfantement. Diverses significations peuvent y être associées ce qui peut influencer la représentation de la douleur (Trélaün, 2012).

## 2.6 Satisfaction et vécu de l'accouchement

Selon Soet, Brack et Dilorio, (2003), le vécu de l'accouchement peut avoir des effets jusqu'au long terme et une mauvaise expérience peut mener à un syndrome de stress post-traumatique. Une attention au vécu d'accouchement a donc toute son importance dans la prise en soins des femmes durant toute la période périnatale.

Selon Akrich (1999), « ... Lorsqu'il y a en principe la possibilité d'un choix laissé à la femme, la péridurale, qu'elle soit présente ou absente, souhaitée ou refusée, structure fortement les expériences des femmes » (p. 24). Cette citation met en avant que le choix des femmes est nécessaire afin de favoriser un bon vécu d'accouchement. En effet, lorsque les femmes se sentent libres de leurs décisions et que les divers professionnels de la santé de l'obstétrique respectent leurs choix, cela peut jouer un rôle direct sur la façon dont les femmes vivent cette expérience.

## **2.7 Liens d'attachement et douleur**

L'attachement de la mère à son bébé est un besoin primaire qui a beaucoup été étudié. Les chercheurs sont arrivés à la conclusion qu'il y a des liens directs entre le comportement maternel et les modalités de la naissance (Odent, 2001, pp. 22-23).

Selon Trélaün (2012), « la péridurale perturbe la physiologie de l'accouchement .... Elle porte donc atteinte au processus physiologique d'attachement qui suit un enfantement » (p. 139). Les femmes accouchant sous péridurale ne se sentent parfois pas mère lors de la naissance et cela peut poser un problème concernant les futurs liens d'attachements. Comme le cite Akrich (1999), :

Beaucoup de femmes veulent sentir la naissance, pouvoir être actives dans le processus, ne pas laisser « échapper » l'évènement ; elles craignent qu'en abolissant les sensations, la péridurale ne leur ôte la capacité de mettre au monde leur enfant elles-mêmes. Au-delà, c'est leur autonomie, leur estime personnelle qui est en jeu ; l'existence même de la péridurale crée ou réactive une sorte de tension morale autour de l'accouchement (p. 21).

Dans une autre optique que celle présentée ci-dessus, Cardin et al., (1986), s'expriment, « une douleur intolérable peut entraîner des perturbations affectives à court et long terme : elle peut perturber gravement la relation mère-enfant » (p. 56). Ils entendent par-là qu'il existe un risque de difficultés d'attachement si les femmes sont marquées par la douleur de l'accouchement. Toujours selon Cardin et al., dans les années 80<sup>14</sup>, il a été mis en avant que le lien mère-enfant est favorisé par la péridurale. Le fait que les femmes soient soulagées de leurs douleurs, leur

---

<sup>14</sup> Epoque où la péridurale fait révolution dans le soulagement de la douleur.

permettraient d'être instantanément présentes pour leur bébé et ce, sur l'aspect psychique et corporel. Le fait de souffrir influencerait négativement l'investissement envers son bébé (1986).

## 2.8 Dimension éthique

Avant l'arrivée de la péridurale, certaines femmes criaient de douleur et n'étaient pas toujours disposées à comprendre l'avancée du travail durant l'accouchement. Grâce à la péridurale, les femmes peuvent être plus aptes à connaître le déroulement de leur accouchement. De ce point de vue, la péridurale peut permettre aux femmes de devenir « actrices » du moment et ne plus rester « passives ». En effet, certaines femmes sont davantage impliquées dans le processus de la naissance, car elles sont en pleine possession de leur capacité de discernement et veulent comprendre l'avancé du travail. Certaines sages-femmes mettent en avant « [Une] relation plus égalitaire avec les femmes, alors qu'avant, elles étaient infantilisées par la douleur, elles régressaient terriblement, il fallait les consoler, les cajoler, leur tenir la main comme à des gamines » (Carricaburu, 1994, p. 298 cité par Carricaburu, 2005, p. 257). Certaines femmes, pour se sentir « actrices » lors de la naissance de leur enfant, elles ont besoin d'être soulagées de leurs douleurs pour ainsi être plus disponibles. Cependant, pour d'autres, c'est de vivre le passage de leur enfant sans anesthésie qui leur permet de se sentir « actrices ». Ces différentes perceptions permettent de ressortir que chaque femme a sa vision personnelle quant à la façon de donner la vie.

Selon Akrich (1999), la péridurale peut être vue comme une technique permettant de supprimer la douleur qui fait partie des droits fondamentaux de chaque femme. Toutefois, elle peut également être perçue comme une emprise des techniques et des professionnels de la santé sur les femmes. Les professionnels ont un rôle primordial quant à l'accompagnement des couples concernant les diverses méthodes de gestion de la douleur.

La fédération Suisse des Sages-femmes a adopté le code déontologique des sages-femmes (1994) qui confirme ce devoir :

- Les sages-femmes respectent le droit de la femme à choisir en connaissance de cause et l'encouragent à assumer la responsabilité de ses choix.



- Les sages-femmes travaillent avec les femmes, soutiennent leur droit de participer activement aux décisions concernant leur prise en charge. Elles leur donnent la possibilité de s'exprimer sur les questions touchant à la santé des femmes et de leurs familles en lien avec leur culture ou leur société (p. 1).

Selon les HUG (2007), « Le patient est partenaire et acteur de soins. Les HUG sollicitent la participation et la collaboration du patient à toutes les décisions le concernant. Ils s'enquière de l'existence de directives anticipées et les respectent » (p. 6).

Cependant selon Akrich (1999) :

... s'il est question de plus en plus d'associer les patients aux décisions thérapeutiques, il est rare qu'en théorie du moins, la décision soit autant du côté de l'utilisateur. Face à un modèle supposé « archaïque » de la médecine où le pouvoir appartient tout entier aux praticiens, le patient étant réduit à sa pathologie, la péridurale ou plutôt le choix qu'elle implique dessine un espace dans lequel les praticiens deviennent des prestataires au service d'utilisateurs informés, libres de prendre leurs décisions en fonction des critères qui leur sont propres (p. 19).

Toujours selon Akrich (1999), cette notion de choix éclairé fait émerger les responsabilités des femmes. En effet, la péridurale est présentée comme un choix mais en réalité ce n'est pas toujours le cas. Selon certaines pratiques institutionnelles ou certains professionnels, la notion de choix éclairé ne trouve pas totalement sa place. En effet, le choix éclairé peut être partiellement présent ou absent pour les parturientes. Les femmes n'ont pas souvent accès à l'ensemble des connaissances et aux informations nécessaires pour réaliser un choix éclairé. De plus, si la douleur est déjà présente, elle va influencer leur souhait (Akrich, 1999). Il est effectivement congru de s'interroger sur la possibilité d'un choix éclairé pour les femmes n'ayant pas de connaissance scientifique dans ce domaine.

### **3. Problématique et question de recherche**

L'utilisation de l'analgésie péridurale pour les accouchements est controversée comme le démontrent les divers points abordés précédemment dans le cadre théorique. Au cours du 20<sup>ème</sup> siècle, la péridurale a été développée mais aussi démocratisée. L'investissement pour la santé publique a été source de motivation. La médicalisation, toujours plus présente en salle de naissance, a induit un fort usage de la péridurale. Ce moyen est largement répandu et permet d'atténuer les douleurs de l'accouchement. L'anesthésie péridurale permet aux femmes de vivre la naissance de leur enfant avec une certaine diminution des sensations douloureuses tout en restant conscientes. Cependant, son utilisation massive peut interpeller sur divers aspects, soit : la notion de choix éclairé, les soins et surveillances engendrés, les éventuels effets secondaires, la potentielle perte de confiance des femmes à gérer la douleur par « elle-même », le vécu de l'accouchement et l'éventuelle atteinte sur le lien d'attachement.

Les professionnels de la santé et l'accès à l'information jouent un rôle important concernant le choix des femmes face à la péridurale. La notion de culture est également à prendre en considération dans le contexte des douleurs de l'accouchement.

À la lumière de ces éléments, nous sommes arrivées à notre question de recherche:

**Quels sont les facteurs influençant les motivations les représentations des femmes qui choisissent d'accoucher sous anesthésie péridurale ?**

## 4. Méthodologie de recherche

### 4.1 Mots-clés

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons réalisé une revue de littérature. Les recherches bibliographiques ont été effectuées en plusieurs étapes afin de cibler les articles les plus pertinents. Les mots-clés ont d'abord été choisis en français puis traduits en anglais. Des termes ont été sélectionnés afin de pouvoir explorer toutes les pistes concernant la thématique choisie. Les recherches concernant cette revue de littérature ont été élaborées à partir des mots-clés suivants :

Mots-clés en français	Mots-clés en anglais	[MeSH Terms]
Péridurale	Epidural	Analgesia, epidural
Analgésie	Analgesia	Analgesia, obstetrical
Accouchement	Delivery Birth Childbirth	Delivery, obstetric
Parturition	Parturition	Parturition
Douleur de l'accouchement	Labor pain	Labor pain
Travail obstétrical	Labor obstetric	Labor, obstetric
Préférence du patient	Patient preference	Patient preference
Motivation	Motivation	Motivation
Choix	Choice (Traduction libre)	
Préférence	Preference (Traduction libre)	
Femme	Women (Traduction libre)	

Il est aisé de repérer, grâce à ce tableau, la traduction des mots-clés en anglais et leurs MeSH Terms correspondants. Ils ont été traduits à l'aide de la base de données CiSMef : le portail terminologique de santé (HeTOP). Les mots « choix », « préférence » et « femme » ont été traduits librement car aucun Mesh Terms n'a été trouvé à l'aide de cet outil.

## 4.2 Base de données

Grâce aux divers mots-clés ci-dessus, des recherches ont pu être effectuées. Au début, plusieurs bases de données ont été sollicitées afin d'obtenir un nombre important d'études. C'est à l'aide de la base de données « Pubmed » et de « Lissa » que cinq articles scientifiques ont été sélectionnés. Nous avons également utilisé les bases de données « Cochrane » et « Google Scholar » mais sans succès. Les recherches ont été réalisées au mois de septembre 2016. Les tableaux suivants présentent le nombre d'articles trouvés par chaque moteur de recherche utilisé.

Moteur de recherche utilisé	Mots-clés	Nombre d'articles trouvés
Lissa	Péridurale	841
	Accouchement	1'568
	Motivation	3'713
	Choix	2042
	Femme	5'739

Moteur de recherche utilisé	Mots-clés [MeSH Terms]	Nombre d'article <sup>15</sup> trouvés
Pubmed	Analgesia, epidural	7'310
	Analgesia, obstetrical	3'527
	Delivery, obstetric	68'456
	Parturition	78'284
	Labor pain	863
	Labor, obstetric	43'038
	Patient preference	4'589
	Motivation	142'715

<sup>15</sup> Nombre d'articles trouvés ayant comme critère une date de publication moins de cinq ans.

Comme nous pouvons le remarquer, chaque mot-clé fournit une multitude d'articles autant sur la base de données « Lissa » que « Pubmed ». Il est très difficile de tous les lire ; de plus certains mots-clés sont trop vastes pour les utiliser seuls. Il est essentiel de les associer afin de réduire le nombre d'articles scientifiques et pour ainsi préciser notre recherche. Les mots-clés combinés ont permis de trouver des articles pertinents et adéquats. Voici les combinaisons de mots qui nous ont permis de trouver les articles scientifiques pour cette revue de la littérature. Nous avons utilisé des MeSH Terms ainsi que des mots-clés traduits librement.

Le mot « péridurale », étant le plus précis de la sélection de mots-clés en français, a été utilisé dans chaque recherche.

Moteur de recherche utilisé	Combinaisons mots-clés	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles sélectionnés
Lissa	Péridurale Choix	5	0
	Péridurale Femme	15	0
	Péridurale Accouchement	45 (trop vaste, ajout d'un mot)	0
	Péridurale Accouchement <b>Choix</b>	24	1
	Péridurale Motivation	7	1

Voici les mots-clés utilisés pour effectuer la recherche sur « Pubmed » :

Moteur de recherche utilisé	Combinaison mots-clés / Opérateurs booléens	Année de publication	Nombre d'articles trouvés	Résultats
Pubmed	Analgesia, epidural <b>OR</b> Analgesia, obstetrical <b>AND</b> Delivery, obstetric <b>OR</b> Parturition <b>OR</b> labor obstetric <b>OR</b> Labor pain	Moins de 5 ans	13'347 (trop vaste)	Ajout d'un autre mot
	Analgesia, epidural <b>OR</b> Analgesia, obstetrical <b>AND</b> Delivery, obstetric <b>OR</b> Parturition <b>OR</b> labor obstetric <b>OR</b> Labor pain <b>AND patient preference</b>	Moins de 5 ans	164 (trop vaste)	Ajout d'un autre mot
	Analgesia, epidural <b>OR</b> Analgesia, obstetrical <b>AND</b> Delivery, obstetric <b>OR</b> Parturition <b>OR</b> labor obstetric <b>OR</b> Labor pain <b>AND patient preference OR Preference</b>	Moins de 5 ans	28'277 (trop vaste)	Nous avons choisi de procéder à une nouvelle méthode de recherche

Suite à de tels résultats, nous avons décidé de prendre mot-clé après mot-clé et de les associer. Nous ne détaillons pas ces recherches car cela engendrerait des tableaux trop conséquents. Cependant, nous souhaitons présenter la façon dont nous avons procédé afin de trouver trois autres articles scientifiques.

Groupe	Mots-clés
1a	Analgesia, epidural [MeSH Terms]
1b	Analgesia, obstetrical [MeSH Terms]
2a	Delivery, obstetric [MeSH Terms]
2b	Parturition [MeSH Terms]
2c	Labor pain [MeSH Terms]
2d	Labor, obstetric [MeSH Terms]
3a	Patient preference [MeSH Terms]
3b	Preference (Traduction libre)
4	Motivation [MeSH Terms]
5	Choice (Traduction libre)

Les regroupements de termes ont été effectués par association de mots comparables voire similaires. Nous avons ensuite procédé à des recherches sur « Pubmed » en associant les mots-clés de telle façon :

1a +<sup>16</sup> 2a = 947 articles trouvés, nous avons continué à ajouter des mots-clés car, il y a un nombre trop important d'articles proposés.

1a + 2a + 3a = 2 articles trouvés (0 sélectionné). Suite à ce résultat, nous avons repris depuis le début en changeant la combinaison :

1a + 2b = 989 articles trouvés

1a + 2b + 3a = 2 articles trouvés (0 sélectionné).

Nous avons effectué cela ainsi de suite. Ce travail laborieux nous a permis de ressortir trois articles fort intéressants.

---

<sup>16</sup> Le « + » est utilisé dans le texte comme opérateurs Boléens « AND ».

Voici un tableau démontrant notre démarche afin de trouver trois articles scientifiques supplémentaires :

Moteur de recherche utilisé	Combinaison mots-clés / MeSH Terms / Opérateurs booléens	Année de publication	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles sélectionnés
Pubmed	Analgesia, obstetrical <b>AND</b> labor, obstric <b>AND</b> Preference	Moins de 5 ans	6	1
	Analgesia, epidural <b>AND</b> labor pain <b>AND</b> Choice	Moins de 5 ans	6	0
	Analgesia <b>AND</b> Epidural <b>AND</b> Choice <b>AND</b> Delivery	Moins de 5 ans	31	1
	Nous avons élargi la recherche à 10 ans du fait qu'il manque encore des études.			
	Analgesia, epidural <b>AND</b> labor pain <b>AND</b> Choice	Moins de 10 ans	9	1

#### 4.3 Critères d'inclusions et d'exclusions

Plusieurs critères ont été pris en compte quant à la sélection de ces articles. Tout d'abord aucune pré-sélection n'a été effectuée, c'est-à-dire qu'aucun critère d'inclusion ni d'exclusion n'a été élaboré. Le but était de profiter d'un champ de recherche vaste et de maximiser l'ouverture de la thématique. Seul le titre de l'étude était analysé afin d'obtenir un premier aperçu de l'article. Les écrits contenant des titres pertinents pour l'élaboration de cette revue littéraire ont été présélectionnés. La lecture du résumé de ces derniers nous a, au fur et à mesure, fait ressortir les articles les plus pertinents puis, nous avons lu chaque article dont le résumé nous



intéressait. Un autre critère important a été pris en compte, ce sont les années de publication des études. Une antériorité de maximum dix ans a été retenue en privilégiant tout de même les articles ayant moins de cinq ans. Le but de ce critère était d'obtenir des connaissances actuelles et récentes. La diversification des études de cohortes et transversales ont été privilégiées et recherchées. Seuls les articles en anglais et en français ont été sélectionnés.

#### 4.4 Résultats des recherches

Ce travail a permis de réduire considérablement le nombre d'articles intéressants à étudier concernant cette recherche littéraire. Au total, cinq études scientifiques ont été retenues.

##### 4.4.1 Articles sélectionnés

- 1) Séjourné, N. & Callahan, S. (2013). Les motivations des femmes pour accoucher avec ou sans analgésie péridurale. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 42(1), 56-63.
- 2) Ismail, S., Abbasi, S., Khan, S., Monem, A. & Afshan, G. (2015). Factors associated with choice of delivery with or without epidural analgesia among laboring women: a cross-sectional survey at a tertiary care hospital of a developing country. *Journal of Perinatal Medicine*.
- 3) Kpéa, L., Bonnet, M.-P., Le Ray, C., Prunet, C., Ducloy-Bouthors, A.-S. & Blondel, B. (2015). Initial Preference for Labor Without Neuraxial Analgesia and Actual Use: Results from a National Survey in France. *Anesthesia and Analgesia*, 121(3), 759-766.
- 4) Verdino, S., Azcue, M. & Maccagnan, S. (2015). La péridurale, entre émancipation et norme. *La Revue Sage-Femme*, 14(2), 45-49.
- 5) Schytt, E. & Waldenström, U. (2010). Epidural analgesia for labor pain: whose choice? *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 89(2), 238-242.

## 5. Tableaux descriptifs des articles de la revue de littérature

<p><b>Article 1</b></p> <p><b>Références</b></p>	<p>Les motivations des femmes pour accoucher avec ou sans analgésie péridurale Séjourné, N. &amp; Callahan, S. (2012), France Publié dans le Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction</p>
<p><b>Type d'étude</b></p>	<p>Quantitative</p>
<p><b>Objectifs</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Explorer les perceptions des femmes enceintes concernant la douleur de l'accouchement, ainsi que leurs motivations à vouloir accoucher avec ou sans péridurale.</li> </ul>
<p><b>Population</b></p>	<p>114 femmes enceintes Age moyen : 30.88 ans Age gestationnel moyen : 7.2 mois (ET : 1,6) <u>Critères d'inclusion</u> : Femmes majeures et francophones  <u>Critère d'exclusion</u> : Non cité</p>
<p><b>Méthodologie</b></p>	<p>Durée de l'étude du 11.01.2009 au 16.05.2009, a eu lieu dans une maternité de niveau trois dans la région toulousaine.</p> <p>Une fiche d'anamnèse regroupant les données sociodémographiques, de la grossesse et de l'accouchement a permis de recueillir les informations.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Utilisation d'une échelle pour évaluer la douleur ressentie de l'accouchement</li> <li>◦ Questionnaire pour évaluer l'anxiété</li> <li>◦ Questionnaire à l'aide d'une échelle évaluant le ressenti des femmes face à leur accouchement</li> <li>◦ Deux questionnaires créés pour évaluer les motivations et les choix des femmes à accoucher avec ou sans péridurale, réalisés à l'aide d'ouvrages scientifiques et d'entretiens</li> </ul> <p>Ces divers questionnaires ont été réalisés sous forme de QCM.</p>

<p><b>Forces et faiblesses</b></p>	<p><u>Forces</u> : Etude pertinente car elle répond à notre question de recherche. Utilisation d'échelles appropriées et adéquates. Etude transposable dans nos pratiques Suisse.</p> <p><u>Faiblesses</u> : Questionnaires réalisés à des âges gestationnels différents ce qui peut biaiser les résultats. Les nullipares et les multipares font les deux parties de cette étude ce qui peut représenter un biais. De plus, selon le souhait des femmes, elles peuvent obtenir des informations collectives sur la péridurale, cependant, il n'est pas spécifié quel pourcentage de femmes ont reçu cette information de la part d'un professionnel de la santé. L'impact du rendez-vous obligatoire avec l'anesthésiste n'a pas été investigué ce qui peut également modifier les résultats.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>75 femmes sur 114 souhaitaient accoucher avec une péridurale. Des différences sont constatées concernant l'évaluation et la perception de la douleur ainsi que de l'accouchement. Les femmes qui n'ont pas souhaité de péridurale estiment la douleur comme significativement plus conséquente. Elles visualisent l'accouchement comme davantage positif et/ou physiologique et elles se sentent plus « fortes ».</p> <p>Le recours à une péridurale est plus faible chez les multipares et chez les femmes n'étant pas d'origine française. Le fait que les femmes soient athées ou qu'elles aient été informées ou non sur la péridurale n'ont pas d'impact sur leur choix.</p>

<p><b>Article 2</b></p> <p><b>Références</b></p>	<p>Factors associated with choice of delivery with or without epidural analgesia among laboring women: a cross-sectional survey at a tertiary care hospital of a developing country Ismail, S., Abbasi, S., Khan, S., Monem, A. &amp; Afshan, G. (2015), Pakistan Publié dans Journal of Perinatal Medicine</p>
<p><b>Type d'étude</b></p>	<p>Prospective, transversale</p>
<p><b>Objectifs</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Evaluer les facteurs décisionnels concernant le désir de bénéficier ou non d'une péridurale</li> <li>◦ Explorer les connaissances préalables des femmes à l'accouchement influençant leur demande d'une péridurale, (autant chez les femmes ayant eu recours ou non à une péridurale)</li> <li>◦ Evaluer la satisfaction des femmes de leur accouchement, qu'il ait eu lieu avec ou sans péridurale</li> </ul>
<p><b>Population</b></p>	<p>933 femmes remplissant les critères ont été incluses dans l'étude <u>Critères d'inclusion</u> : Femmes en post-partum consentantes et ayant eu un accouchement par voie basse (AVB) dans l'hôpital en question. <u>Critères d'exclusion</u> : Handicap mental, impossibilité de communiquer ou de prendre une décision, prise de médicaments antipsychotiques, troubles émotionnels (par exemple : mort néonatale), ainsi que les femmes qui ont refusé de participer à l'étude.</p>
<p><b>Méthodologie</b></p>	<p>Durée de l'étude : 6 mois, dans un hôpital universitaire tertiaire. Consentement éclairé réalisé. Données recueillies par un questionnaire lors d'un entretien en face à face durant le post-partum, soit dans les 12 heures suivant l'accouchement. Construction du questionnaire en deux étapes examinées par des experts anesthésistes et obstétriciens :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Pendant 15 jours, entrevues avec 46 femmes en post-partum sur les raisons du choix concernant la péridurale. Les réponses les plus courantes ont permis de développer un questionnaire final contenant des questions fermées.</li> <li>◦ 25 entrevues en post-partum afin de valider la compréhension et l'interprétation des questions.</li> </ul> <p>L'assistant de recherche a analysé le contenu des entretiens et les réponses les plus courantes ont été sélectionnées pour le questionnaire final. La satisfaction des femmes concernant le choix de l'analgésie a été évaluée par un score utilisé par W.K William (échelle allant de 1 à 5).</p>

<p><b>Forces et faiblesses</b></p>	<p><u>Forces</u> : Cette étude démontre une certaine influence culturelle et environnementale quant au choix d'un accouchement avec une péridurale. Les enquêteurs menant cette étude ont été formés.</p> <p><u>Faiblesses</u> : Les attentes ainsi que la prise en soins des professionnels pakistanais ne correspondent pas aux pratiques Suisses, par conséquent cela est difficilement transposable à notre façon de travailler. En effet, il ressort dans cette étude que les professionnels de la santé dans les pays en voie de développement sont soit ignorants ou considèrent le soulagement des douleurs comme peu prioritaire. De plus, c'est une évaluation faite auprès des femmes uniquement au post-partum. Les nullipares et les multipares sont intégrées sans distinction à l'étude ce qui peut présenter un biais.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>78.2% des femmes ont accouché sans péridurale dont 38,08% sans aucune forme d'analgésie. Les raisons communes influençant le choix d'une péridurale sont les idées erronées (20,4% des femmes n'avaient jamais entendu parler de la péridurale et 79,6% avaient des connaissances concernant la pose et les effets secondaires de la péridurale).</p> <p>La principale source d'information concernant les femmes ayant accouché avec une péridurale sont les professionnels de la santé. Alors qu'internet, les médias et la famille sont les sources primaires pour les femmes ayant accouché sans péridurale.</p>

<p><b>Article 3</b></p> <p><b>Références</b></p>	<p>Initial Preference for Labor Without Neuraxial Analgesia and Actual Use: Results from a National Survey in France  Kpéa, L., Bonnet, M.-P., Le Ray, C., Prunet, C., Ducloy-Bouthors, A.-S. &amp; Blondel, B. (2015), France  Publié dans la revue International Anesthesia Research Society</p>
<p><b>Type d'étude</b></p>	<p>Transversale</p>
<p><b>Objectifs</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Estimer le taux de femmes ayant un faible risque d'accouchement par césarienne et qui ont initialement préféré accoucher sans péridurale</li> <li>◦ Etudier les facteurs associés à cette préférence</li> <li>◦ Evaluer la proportion de femmes qui premièrement ne souhaitaient pas de péridurale mais qui ont finalement changé de choix</li> <li>◦ Investiguer les facteurs maternels, organisationnels de la maternité et médicaux influençant le choix des femmes</li> </ul>
<p><b>Population</b></p>	<p>7123 femmes enceintes dès 22 semaines de gestation, poids de naissance &gt; 500 grammes.  <u>Critères d'inclusion</u> : Travail d'accouchement spontané avec un AVB.  <u>Critères d'exclusion</u> : Morts fœtales, césarienne, femmes ayant eu une péridurale pour risque élevé de césarienne, déclenchement du travail avant ou après une rupture prématurée des membranes, participantes dont les données étaient manquantes.</p>
<p><b>Méthodologie</b></p>	<p>Durée de l'étude : 1 semaine dans toutes les maternités françaises privées et publiques en 2010.  Questions fermées concernant la préférence initiale relative à la gestion de la douleur. Consentement oral réalisé.  Enquête sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Caractéristiques sociodémographiques maternelles</li> <li>◦ Soins prénataux et fréquentation aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PANP)</li> <li>◦ Caractéristiques du travail et de l'accouchement</li> <li>◦ Gestion de la charge de travail par les sages-femmes</li> <li>◦ Organisation du service de la maternité (publique et privé)</li> <li>◦ Disponibilité de l'anesthésiste dans l'hôpital</li> <li>◦ Etat de santé des femmes, histoire défavorable obstétricale et conditions médicales</li> <li>◦ Troubles médicaux</li> </ul>

<p><b>Méthodologie (suite)</b></p>	<p>Les données proviennent de trois sources : des dossiers médicaux, des interviews de femmes et d'un questionnaire sur l'organisation de la maternité.</p> <p>Les sages-femmes ont interrogé les participantes selon un questionnaire standardisé 1 à 4 jours après l'accouchement lors de leur hospitalisation au post-partum.</p>
<p><b>Forces et faiblesses</b></p>	<p><u>Forces</u> : Echantillon conséquent, étude réalisée en France au sein de cliniques privées et d'hôpitaux publics, proche de nos pratiques obstétricales. Enquête sur un nombre conséquent de facteurs pouvant influencer les préférences des femmes. Seul le travail spontané a été sélectionné, il n'y a pas de biais concernant les déclenchements de l'accouchement dans cette étude.</p> <p><u>Faiblesses</u> : Les informations ont été récoltées par les sages-femmes ce qui peut influencer certaines réponses de la part des participantes.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>25.8% de femmes ont préféré ne pas avoir recours à une péridurale avant l'accouchement, cependant 52,4% d'entre-elles ont finalement utilisé une péridurale. Les facteurs influençant ces chiffres sont la nulliparité, un âge gestationnel <math>\geq 41</math> semaines d'aménorrhées, l'utilisation d'ocytocine de synthèse durant le travail, la présence 24h/24 d'un anesthésiste et une charge importante de travail pour les sages-femmes.</p>

<b>Article 4</b>	La péridurale, entre émancipation et norme Verdino, S., Azcue, M. & Maccagnan. S. (2015), France
<b>Références</b>	Publié dans la revue Sage-femme
<b>Type d'étude</b>	Qualitative
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Expliquer le parcours de vie des femmes, les motivations et les représentations de la douleur de celles qui ont accouché sans péridurale</li> <li>◦ Investiguer les moyens alternatifs quant à la gestion de la douleur</li> <li>◦ Décrire les échanges avec la sage-femme dans le cadre de la prise en soins hospitalière</li> </ul>
<b>Population</b>	<p>15 participantes et l'équipe obstétricale</p> <p><u>Critère d'inclusion</u> : Femmes ayant accouché dans la clinique en question sans péridurale.</p> <p><u>Critère d'exclusion</u> : Non cité</p>
<b>Méthodologie</b>	<p>Durée de l'étude du 08.08.2013 au 30.08.2013 au sein d'une clinique privée à but non lucratif de niveau 1, disposant d'une salle « nature ».</p> <p>Entretiens anthropologiques, anonymes, d'une durée de 30 minutes à 1 heure 30, semi-directifs, enregistrés puis retranscrits. Ils ont été réalisés pendant le séjour post-partum des femmes.</p> <p>Une observation directe du terrain a été réalisée par une étudiante sage-femme en salle d'accouchement, afin d'observer les attitudes, les réflexions spontanées et les représentations des professionnels (sages-femmes, gynécologues et anesthésistes) envers les femmes qui ont accouché sans péridurale.</p>
<b>Forces et faiblesses</b>	<p><u>Forces</u> : Etude qualitative et pertinente, elle répond à notre question de recherche. De plus, elle s'intéresse aux attitudes des professionnels de la santé.</p>



<p><b>Forces et faiblesses (suite)</b></p>	<p><u>Faiblesses</u> : Etude réalisée au sein d'une clinique privée, non transposable à toutes les maternités de Suisse romande. A relever que la clientèle des cliniques privées ne représente pas la population en général. Effectivement, la classe « supérieure » peut se diriger davantage vers ce type de structure. Un seul entretien ne peut pas être significatif pour l'élaboration d'un profil ainsi qu'à une catégorisation. Cette façon de procéder risque de catégoriser les femmes sous une étiquette qui ne leur corresponde pas.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>3 catégories de femmes sont ressorties suite à cette étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Femmes revendiquant un accouchement naturel</li> <li>◦ Femmes se trouvant dans une logique féministe essentialiste</li> <li>◦ Femmes envisageant l'accouchement comme un défi sportif</li> </ul> <p>Il est important que les sages-femmes adhèrent au projet de naissance des couples. Ce dernier n'a pas forcément besoin d'être écrit mais il faut que les femmes soient déterminées à suivre leurs projets. Accoucher sans péridurale nécessite une adaptation des pratiques professionnelles qui fluctuent selon les sages-femmes.</p> <p>Du point de vue des professionnels de la santé, accoucher sans péridurale est lié et perçu comme une diminution de la sécurité et demande une disponibilité importante de la part des sages-femmes. Deux types de sages-femmes sont ressorties de l'étude : certaines sont en accord avec un projet de naissance et d'autres n'y adhèrent pas.</p>

<p><b>Article 5</b></p> <p><b>Références</b></p>	<p>Epidural analgesia for labor pain: whose choice?</p> <p>Schytt, E. &amp; Waldenström, U. (2010), Suède Publié dans Acta Obstetricia et Gynecologica</p>
<p><b>Type d'étude</b></p>	<p>Cohorte longitudinale</p>
<p><b>Objectifs</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Evaluer si la décision d'avoir recours à une péridurale durant l'accouchement est influencée par la femme et sa propre expérience et/ou par les pratiques locales d'une maternité.</li> </ul>
<p><b>Population</b></p>	<p>2'529 participantes</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> : Femmes consentantes, parlant le suédois, ayant répondu aux deux questionnaires, ayant accouché dans l'un des hôpitaux en question et par voie basse.</p> <p><u>Critère d'exclusion</u> : Accouchement par césarienne</p>
<p><b>Méthodologie</b></p>	<p>Données recueillies dans un échantillon national réalisé dans 54 hôpitaux publics et privés se trouvant en Suède, en 2000. Questionnaires donnés en début de grossesse et à deux mois post-partum provenant du registre médical suédois des naissances.</p> <p>Le premier questionnaire regroupe les investigations des données sociodémographiques des femmes et leurs attentes concernant l'accouchement.</p> <p>Le deuxième questionnaire se renseigne sur les cours de PAN, sur les informations reçues durant la grossesse concernant la peur de l'accouchement et sur l'utilisation ou non d'une péridurale.</p>
<p><b>Forces et faiblesses</b></p>	<p><u>Forces</u> : L'échantillon est conséquent. Un questionnaire a été effectué en prénatal et en postnatal, ce qui donne deux séquences temporelles différentes. En effet cela permet de retrouver l'expérience de l'accouchement dans le questionnaire du post-partum.</p> <p><u>Faiblesses</u> : Les résultats nous donnent des informations sur le taux d'utilisation de la péridurale des différentes régions suédoises, mais ce n'est pas transposable dans notre système de soins, du fait que le financement est différent.</p>

## Résultats

Les femmes ayant accouché à Stockholm ont 2 fois plus recours à une péridurale que dans d'autres régions suédoises. L'anticipation liée à des croyances prénatales concernant la nécessité de la péridurale lors de l'accouchement et la nulliparité ont été des facteurs présents et donc influençant le choix pour une péridurale.

Les hôpitaux régionaux ont démontré un taux de péridurale plus bas du fait que les anesthésistes sont peut-être moins disponibles.

## **6. Analyse critique**

### **6.1 Lieu des études sélectionnées**

Ces études ont été réalisées pour la plupart sur le continent européen, seule une étude a été réalisée sur le continent asiatique. Ces différentes régions sont une richesse pour ce travail, car elles permettent d'explorer des cultures et des pratiques variées.

Dans l'étude de Séjourné et Callahan (2012), il est spécifié qu'elle se déroule dans une maternité française de niveau trois. Ce qui peut être un biais car ce type de maternité prend également en soins des grossesses et des accouchements à risques et donc potentiellement pathologiques, ce qui peut augmenter le taux de péridurale par indication médicale. Cependant, cette recherche s'est déroulée en France ce qui est transposable aux pratiques obstétricales Suisse.

L'étude de Ismail et al., (2015), a été réalisée au sein d'un hôpital universitaire dans un pays en voie de développement, soit au Pakistan. Cela permet de s'ouvrir à d'autres pratiques mais elle ne nous permet pas de comparer la prise en soins avec nos pratiques obstétricales, ce qui est donc une faiblesse.

L'étude de Kpéa et al., (2015), et Schytt & Waldenström (2010), sont congrues car ces deux études ont confondu les cliniques privées et publiques. Ceci offre une vision d'ensemble des contextes français et suédois. Cette mixité de cliniques est une force, car on trouve différents types de populations et diverses classes sociales, cela permet d'ouvrir l'échantillon de la population choisie.

L'étude de Verdino et al., (2015), a été menée dans une clinique privée. Ce type de maternité est un élément discutable car il est spécifique. Les cliniques privées accueillent la plupart du temps des femmes ayant une assurance maladie (semi)-privée. Cela peut concerner les femmes qui peuvent se permettre financièrement l'obtention d'une telle assurance. Elles représentent donc la classe « supérieure », ce qui ne reflète pas un échantillon mixte.

## **6.2 Objectifs des études sélectionnées**

Les études choisies ciblent divers objectifs qui permettent ainsi de répondre à la question de recherche de ce travail avec des visions différentes.

Les objectifs de l'étude de Séjourné et Callahan (2012) et celle de Verdino et al., (2015), sont pertinents et répondent à notre question de recherche. Ceci est très appréciable car nous obtenons ainsi les premiers résultats concernant cette revue de littérature. Ces deux articles peuvent être utilisés de manière conjointe afin de comparer les résultats et de relever certaines discordances.

L'étude de Ismail et al., (2015), a comme objectif de déterminer les connaissances préalables des femmes concernant la péridurale ainsi que d'évaluer les facteurs influençant leur souhait ou non. Ces objectifs offrent la possibilité de prendre conscience des connaissances des femmes sur la péridurale et des potentiels manques.

L'étude de Kpéa et al., (2015), s'intéresse également aux facteurs influençant le souhait ou non d'une péridurale, ce qui permet de comparer les résultats avec l'étude d'Ismail et al., (2015).

L'objectif de l'étude de Schytt et Waldenström (2010), permet de compléter les objectifs des autres articles sélectionnés pour cette revue de la littérature. En effet, elle prend en compte l'expérience propre des femmes ainsi que l'éventuel impact des pratiques de la maternité. Ces résultats permettent de voir les facteurs pouvant influencer le choix des femmes.

## **6.3 Ethique**

Le cadre éthique de certaines études peut être questionné. L'étude de Séjourné et Callahan (2012), tout comme l'étude de Verdino et al., (2015), ne stipulent pas la réalisation d'un consentement éclairé auprès des femmes. La validation par un conseil éthique n'est pas exprimée au sein de ces deux études. Cependant, l'étude de Séjourné et Callahan (2012), dit « ne pas avoir eu de conflit d'intérêt en relation avec cet article » (p. 49).

Dans l'étude de Kpéa et al., (2015), les chercheurs ont réalisé un consentement oral. De plus, cette recherche s'est basée sur l'enquête nationale périnatale française de 2010 qui a été approuvée par le conseil national de l'information statistique mais aussi par la commission française sur les technologies de l'information et de la liberté. Cette étude s'étant basée sur cette enquête de 2010, respecte l'éthique.

La méthodologie de l'étude d'Ismail et al., (2015), a été acquiescée par le comité éthique de l'hôpital concerné. L'étude de Schytt et Waldenström (2010), a été consentie par le bureau régional de recherches et par un comité éthique suédois. Ceci est donc une force pour ces deux études.

## **6.4 Type d'études**

Quatre de ces études sont des recherches quantitatives, cela permet d'obtenir des données mesurables. L'étude de Verdino et al., (2015), se distingue des autres car c'est la seule à être une étude qualitative, ce qui offre une vision bien distincte. La mixité entre ces types de méthodes permet d'un côté de pouvoir quantifier certaines variables afin de vérifier certaines hypothèses et de l'autre côté, d'en émettre des différentes. L'étude qualitative choisie pour l'élaboration de ce travail est donc une véritable force. Elle nous donne une ouverture de compréhension concernant la thématique. L'utilisation et la combinaison de ces différents types de méthodes lors d'une revue de littérature démontrent une certaine pertinence et sont donc complémentaires.

## **6.5 Méthodologie**

### **6.5.1 La taille d'échantillons**

Elle est relativement conséquente concernant ces trois études : Ismail et al., (2015), Kpéa et al., (2015) et Schytt & Waldenström (2010). Ceci apporte une grande richesse pour cette revue de littérature.

L'étude de Séjourné et Callahan (2012), présente une taille d'échantillon limitée, ce qui peut évoquer une faiblesse dans cette recherche. De plus, sa combinaison inclut des femmes nullipares et multipares sans les distinguer, tout comme dans les études

de Verdino et al., (2015) et d'Ismail et al., (2015). Effectivement, cela peut biaiser les résultats, les femmes qui n'ont jamais vécu l'expérience de la douleur de l'accouchement se projettent différemment quant à l'utilisation d'une péridurale, puisqu'elles se dirigent vers l'inconnu. L'étude de Verdino et al., (2015), étant qualitative, ne permet pas d'évaluer la taille de l'échantillon.

L'étude Kpéa et al., (2015), assure une bonne représentation de l'ensemble de la France et celle de Schytt & Waldenström (2010), de la Suède.

### 6.5.2 Récolte des données

La récolte des données de l'étude de Séjourné et Callahan (2012), a eu lieu à différents âges gestationnels ce qui présente une limite dans cet article. En effet, les femmes peuvent se projeter différemment concernant leur accouchement selon le stade de la grossesse. De plus, certaines femmes auront déjà participé à des cours de PAN. A noter que la consultation obligatoire à huit mois de grossesse avec un anesthésiste ne peut pas être considérée vu que certaines femmes auront rempli le questionnaire de l'étude avant ce rendez-vous. Ces facteurs peuvent influencer les réponses des participantes et donc biaiser les résultats. Cependant, l'utilisation de différents outils, tels que des échelles sont une véritable force, car ce sont des méthodes mesurables.

Les études d'Ismail et al., (2015), de Kpéa et al., (2015) et de Verdino et al., (2015), ont été réalisées uniquement lors du post-partum. C'est une variable qui mérite d'être relevée, car cela peut induire un potentiel biais. Interroger les femmes à quelques heures, voire quelques jours post-partum comme cela a été réalisé dans les trois dernières études citées, peut ne pas être adéquat. Les femmes n'ont peu de recul face à leur vécu et peuvent minimiser ou maximiser leur ressenti, une fois que le bébé est dans leur bras. Il est également dommage de n'avoir aucune donnée durant la période prénatale afin d'émettre des comparaisons. A relever que l'étude de Verdino et al., (2015), s'intéresse uniquement aux femmes ayant vécu un accouchement sans péridurale.

Dans l'étude de Kpéa et al., (2015), ce sont les sages-femmes qui ont interrogé les participantes afin d'obtenir les informations ; ce qui peut induire un échange non-

spontané de la part des femmes et donc biaiser l'étude. De plus, il n'est pas stipulé si les sages-femmes ont été formées pour mener une telle récolte de données.

L'étude de Verdino et al., (2015), peut également présenter un biais car c'est une étudiante sage-femme qui a observé et transmis ses observations. On peut se questionner sur la formation suivie par cette dernière afin de mener des entretiens de façon adéquate.

L'étude de Schytt et Waldenström (2010), est pertinente, car elle a utilisé divers moyens pour la récolte des données, ce sont donc des outils objectivables. De plus, son investigation sur le plan temporel est intéressante. En effet, c'est l'unique étude à évaluer les facteurs influençant le choix des femmes, à deux périodes bien distinctes (la période prénatale et le post-partum), ce qui augmente la pertinence des résultats de cette étude. Cependant, le recueil de données n'est pas précisé, il n'est pas spécifié quel type de questionnaire a été utilisé (s'agit-il d'un type QCM ? de questions fermées ? de questions ouvertes ?). Ces éléments représentent un biais dans cette étude.



## **7. Structuration des résultats de la revue de littérature**

### **7.1 Population**

Dans l'étude de Séjourné et Callahan (2012), le choix d'accoucher sans péridurale est plus présent chez les multipares, de même que chez les femmes d'origine non-française. Cependant la confession n'a aucune influence.

L'étude de Ismail et al., (2015), démontre que la nulliparité augmente le recours à une péridurale. Un bas niveau d'éducation diminue par contre son usage.

L'étude de Verdino et al., (2015), ne détaille pas l'ensemble des indicateurs sociodémographiques. Néanmoins, elle indique que l'ensemble des participantes sont en couple et de manière stable lors de l'accouchement.

Dans l'étude de Kpéa et al., (2015), l'utilisation d'une péridurale est plus élevée si les femmes sont nullipares, sont âgées de plus de 25 ans, ont un haut niveau d'éducation et si elles sont de nationalité française. Le recours à la péridurale est plus faible chez les participantes célibataires.

L'étude de Schytt et Waldenström (2010), met en avant que la nulliparité, un faible niveau d'éducation, le célibat et le tabagisme augmentent le recours à une péridurale. Ces trois dernières variables, ne sont pas présentes dans les tableaux d'analyses ce qui ne permet pas de savoir si ces résultats sont significatifs.

Toutes les études ont investigué le facteur de la parité et mettent en avant que la nulliparité augmente les accouchements avec une péridurale.

### **7.2 Prise de décision et changement d'avis durant la grossesse ou au cours de l'accouchement**

Dans l'échantillon utilisé par Séjourné et Callahan (2012), 66% des femmes projettent d'accoucher avec une péridurale ; 17% sans anesthésie ; 15% n'ont pas encore pris de décision et 2% ont une césarienne programmée. Parmi les 66% de femmes voulant accoucher avec une péridurale, 21% ont fait ce choix avant même d'être enceinte ou lors d'un précédent accouchement, 64% ont choisi l'option de la

péridurale en début de grossesse et 1% lors d'un rendez-vous avec leur sage-femme. 38,6% des participantes ont eu un rendez-vous obligatoire avec un médecin anesthésiste et ont obtenu des informations sur la péridurale, 61,4% n'ont eu aucun renseignement relatif à la péridurale durant leur grossesse. Les raisons concernant le choix ou non de la péridurale sont variées. Il est toutefois essentiel de prendre en considération les attentes ainsi que les souhaits des femmes lors de la grossesse mais également lorsque la douleur apparaît dans le travail d'accouchement. A relever également que le vecteur d'information a un rôle important. De plus, cette étude ne s'intéresse pas au choix final des femmes face à la péridurale, il n'est donc pas possible de comparer les chiffres avec le dénouement définitif.

Dans l'étude Ismail et al., (2015), 26,1% des femmes ont opté dans un premier temps pour un accouchement sans péridurale mais y ont eu finalement recours en raison d'une difficulté à supporter les douleurs. 20,4% des femmes accouchant sans péridurale n'ont pas de connaissance à ce sujet, seules 29,5% ayant accouché avec une péridurale connaissent réellement les effets secondaires. Au final, 78,2% des femmes ont accouché sans péridurale. Parmi ce pourcentage, il y a 69,86% des femmes qui ont demandé une analgésie autre que la péridurale et 38,08% qui ont accouché sans aucune forme d'analgésie.

Dans l'étude de Kpéa et al., (2015), 25,8% des femmes ont préféré, dans un premier temps, accoucher sans péridurale mais 52,4% d'entre elles ont finalement eu recours à la péridurale. Le manque d'informations avant le travail d'accouchement peut modifier le choix d'un éventuel recours à une anesthésie lors de l'accouchement et ce, suite aux conseils médicaux reçus. La participation à des cours de PAN pour les primipares est significativement associée à une préférence pour un travail sans péridurale.

L'étude Verdino et al., (2015), n'a pas abordé ce point.

L'étude de Schytt et Waldenström (2010), ressort que le taux de péridurale est plus faible dans une partie de la Suède où se trouvent deux hôpitaux universitaires ce qui peut être interpellant. Cependant, ils mettent en avant que la taille de l'unité d'accouchement ne permet pas d'expliquer la variation des taux de péridurale. L'utilisation de la péridurale a été associée à la participation aux cours de PAN ainsi

qu'aux attentes prénatales. Le fait de chercher l'information, par exemple en participant à des cours de PAN ainsi que d'explorer les attentes des femmes sont associés selon cette étude, à une utilisation accrue de la péridurale. Ces divers résultats sont nommés par l'étude mais ne sont pas présentés de manière distincte dans les tableaux. Il semblerait que plus les femmes sont informées, plus elles ont recours à la péridurale.

Les notions « d'informations » et « de renseignements » concernant la péridurale ressortent fortement. Ils ont donc toute leur importance durant les suivis de grossesse.

### **7.3 L'impact des professionnels dans le choix des femmes**

Dans l'étude de Séjourné et Callahan (2012), la décision des femmes à recourir à une péridurale en prénatal est significativement influencée par des raisons d'ordre médical. L'idée est de se sentir mieux encadrée par le personnel médical afin d'avoir le mode d'accouchement le « plus sûr ». L'argument selon lequel la péridurale permettrait d'éviter une anesthésie générale en cas de césarienne oriente les femmes à y recourir. Leurs motivations à accoucher sans péridurale reflètent aussi le souhait de vivre un accouchement « plus sûr » ainsi que d'éviter les éventuels effets secondaires liés à la péridurale. Il n'est pas spécifié de quelle manière les effets indésirables ont été présentés par les professionnels aux femmes. Dans les deux cas, les femmes souhaitent des conditions qui leur semblent être les meilleures et les plus « sécuritaires » pour donner naissance.

L'étude d'Ismail et al., (2015), s'intéresse à l'attitude des professionnels de la santé auprès des parturientes qui peut les diriger vers l'une ou l'autre des options. En effet, 6% des femmes ont été découragées par l'obstétricien à bénéficier d'une péridurale. Dans la même optique, les anesthésistes ou les sages-femmes ont découragés les femmes avec un taux de 0,3%. Lorsqu'un professionnel de la santé propose une péridurale, 92,6% ont accepté de la prendre. Son utilisation ne venait alors pas d'une demande initiale de la part des participantes. Les femmes sont également plus susceptibles de recourir à une péridurale suite aux informations fournies par les professionnels de la santé que si les renseignements proviennent d'internet, de la famille ou des médias.

Dans l'étude de Kpéa et al., (2015), les femmes ont davantage recours à la péridurale si un anesthésiste est disponible pour l'unité obstétricale. Toutes les femmes participent à la consultation obligatoire au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse avec un anesthésiste. Toutes les femmes ont reçu les informations relatives à la péridurale et devraient pouvoir prendre une décision éclairée. Les suggestions des professionnels de la santé influencent le choix des femmes concernant l'utilité ou non de la péridurale et ce, lors des transmissions de l'information la concernant. Pour des raisons de circonstance du travail d'accouchement ou d'intensité de la douleur.

Concernant l'étude de Verdino et al., (2015), le degré d'anxiété de la part des professionnels de la santé a une grande part d'influence quant à l'utilisation de la péridurale. L'absence d'une péridurale modifie la gestion de l'urgence en cas de césarienne code « 0<sup>17</sup> ». De plus, les conditions de travail ne peuvent pas toujours permettre un accompagnement adéquat en cas d'accouchement sans péridurale. Le nombre de sages-femmes n'est pas toujours assez conséquent par rapport au nombre de femmes présentes dans l'unité. La gestion du travail peut être facilitée si les femmes ont une péridurale, ce qui peut permettre aux sages-femmes de prendre en soins simultanément d'autres parturientes se trouvant dans le service.

Selon l'étude de Schytt et Waldenström (2010), les petits hôpitaux régionaux, où la disponibilité de l'anesthésiste est peut être moins présente, disposent d'un taux de péridurale plus faible.

Quelque soit le choix, il est important pour les femmes de se sentir en « sécurité » et entourées. La décision peut également dépendre de l'accompagnement de la part de la sage-femme qui prend la situation en soins.

#### **7.4 Décalages entre les projections des femmes et leur ressenti vis-à-vis de la péridurale au moment de l'accouchement**

Dans l'étude de Séjourné et Callahan (2012), les attentes des femmes obtenues grâce au questionnaire relatif « aux motivations des femmes à accoucher avec une péridurale » sont plus élevées pour l'item suivant : « elle veut garder un bon souvenir

---

<sup>17</sup> Signifie une urgence vitale pour un risque maternel et/ou fœtal.

de son accouchement », suivi de : « elle pourra profiter pleinement de son accouchement » puis de « elle aura un meilleur contrôle de son accouchement ». Concernant le questionnaire regroupant « les motivations des femmes à accoucher sans péridurale », les attentes des femmes les plus représentées sont : « elle veut participer activement à son accouchement ; elle veut ressentir le passage de bébé ; elle veut ressentir complètement l'accouchement ; elle veut un accouchement le plus naturel possible » et « elle pourra profiter pleinement de son accouchement ». Les attentes sont donc différentes selon le souhait d'une péridurale ou non. Comme le cite Séjourné et Callahan (2012), les femmes ont mis en avant un nombre plus important de motivations lorsqu'elles répondaient au questionnaire « avec péridurale » que celui « sans péridurale ».

Concernant l'étude d'Ismaël et al., (2015), 21.7% des femmes ont donné naissance avec une analgésie péridurale pour diverses raisons. Parmi ce pourcentage, il y a 26.1% qui avaient d'abord opté pour une naissance sans anesthésie péridurale mais elles ont finalement décidé de modifier leur choix en raison de leur difficulté à vivre la douleur de l'accouchement. 78.2% des femmes ne souhaitent pas de péridurale et ce, pour de multiples raisons : idées erronées, manque d'informations sur la péridurale, refus de la part de la famille et/ou du mari, découragement du médecin ou encore le souhait de vivre un processus naturel lors de la naissance de leur enfant.

Dans l'étude de Kpéa et al., (2015), il y a une discordance entre le choix initial et l'utilisation de la péridurale qui peut être dû à plusieurs facteurs tels que les conséquences du travail d'accouchement ou encore de l'intensité des douleurs perçues. Certaines femmes sont prêtes à changer d'avis concernant la péridurale lors du travail de l'accouchement car elles n'ont pas d'idée figée à ce sujet en période prénatale. Par contre, d'autres souhaitent demander la péridurale à un stade avancé du travail d'accouchement, cependant cela peut être déjà trop tard pour poser une péridurale.

Selon l'étude de Verdino et al., (2015), la décision concernant l'analgésie en cours d'accouchement reste un choix influencé par la réaction du corps à la douleur et par le type d'accompagnement des sages-femmes. Cette étude s'est uniquement intéressée aux femmes accouchant sans péridurale, il n'est donc pas possible

d'évaluer et de ressortir des chiffres concernant le changement de décision face à la péridurale.

L'étude de Schytt et Waldenström (2010), ne démontre pas de différence entre les attentes des femmes et la réalité vécue lors de l'accouchement.

## **8. Discussion**

A travers les articles analysés, plusieurs thématiques émergent et peuvent amener à la discussion.

### **8.1 Impact des caractéristiques sociodémographiques sur le choix des femmes.**

Les études de Séjourné et Callahan (2012), d'Ismail et al., (2015) et de Schytt & Waldenström (2010), démontrent que la multiparité diminue le recours des femmes à une péridurale. Cependant la multiparité a une influence directe sur le temps d'accouchement et cela peut biaiser les résultats. En effet, selon Schaal, Riethmuller et Baudo (2007), la phase active<sup>18</sup> du travail d'accouchement chez la multipare est plus rapide. Elle dure entre 1 heures 30 et 2 heures 30 alors que chez la primipare elle a une durée de 3 à 5 heures.

Un travail d'accouchement plus rapide peut modifier le vécu de la douleur ce qui peut potentiellement avoir un impact sur le recours ou non à une péridurale et donc changer les résultats. La variable concernant la multiparité est alors importante. Il serait intéressant d'approfondir cette notion de multiparité et de réaliser une nouvelle étude avec des catégories davantage détaillées. Il est concevable d'imaginer qu'une grande multiparité puisse avoir un impact sur le non-recours à une péridurale en vue des expériences antérieures des femmes concernées. Cela rejoint l'idée de Akrich (1999), qui démontre l'impact de l'expérience des femmes sur leur vécu futur : « Par ailleurs, plus le rang de l'enfant augmente et plus la femme manifeste de préférence marquée et même de volonté affichée de contrôle des évènements, que ce soit pour reproduire les expériences précédentes ou s'en écarter » (p. 4).

Concernant l'âge maternel, l'étude de Kpéa et al., (2015), décrit que les femmes présentant un âge inférieur à 25 ans ont un usage plus faible de la péridurale. N'ayant pas d'autres résultats significatifs au niveau de l'âge maternel à travers les articles choisis pour ce travail, il est difficile de savoir si la péridurale devrait être abordée différemment en prénatal et durant le travail d'accouchement en fonction de

---

<sup>18</sup> Dilatation cervicale de 3 centimètres à dilatation complète.

de l'âge des femmes. Selon cette revue littéraire, il n'est pas adéquat de se fier à l'âge des femmes lors de l'accompagnement concernant les moyens pour les aider à gérer les douleurs.

Concernant le niveau d'éducation, il est intéressant de s'y attarder. L'étude de Kpéa et al., (2015) et d'Ismail et al., (2015), démontrent qu'un bas niveau d'éducation diminue l'usage d'une péridurale, cependant celle de Schytt et Waldenström (2010), démontre l'inverse. L'interrogation sur le lien entre un niveau d'éducation et le souhait d'une péridurale est intéressante. A relever que les femmes peuvent avoir un haut niveau d'éducation et n'avoir aucune connaissance relative à la péridurale. Au contraire, les femmes qui ont un bas niveau d'éducation peuvent avoir des connaissances importantes à ce sujet. Il n'est donc pas congru de faire un lien entre le niveau d'éducation et les connaissances des femmes.

La notion de culture, qui a été abordée au sein du cadre théorique de ce mémoire, a un impact sur l'utilisation ou non d'une analgésie péridurale. En référence à l'étude de Séjourné et Callahan (2012), il émerge que les femmes d'origine non-française ont tendance à souhaiter plus souvent un AVB sans péridurale. L'étude de Kpéa et al., (2015), démontre le même phénomène. A noter que ces deux études ont été réalisées en France. Cependant, il n'y a pas d'indication concrète sur les origines de ces femmes. Il est donc difficile d'en déduire une conclusion vu le peu de résultats disponibles. Il est important de soulever qu'aucune indication supplémentaire n'est disponible dans ces deux recherches. Qu'entendent-ils par une origine non-française ? Une personne ayant grandi en France mais n'ayant pas la nationalité française, comment est-elle considérée ? Les trois autres études ne citent pas de référence concernant la culture.

Selon Trélaün (2012), chaque culture a ses propres représentations et croyances face à la douleur de l'accouchement. Il ne faut pas oublier qu'au sein de la culture française, toutes les femmes ne sont pas uniformes quant à leurs origines, croyances, etc. La notion de culture est un terme qui comprend de nombreuses composantes au sein d'un même pays ou région et peut ne pas être uniformisé.



## **8.2 Rôles et influences des divers intervenants professionnels sur un potentiel changement d'avis des femmes au cours de leur grossesse et de l'accouchement**

Toutes les études sélectionnées, sauf celle de Séjourné et Callahan (2012), mettent en lumière un changement d'avis quant au recours à la péridurale durant la grossesse mais également durant le travail d'accouchement. L'étude d'Ismail et al., (2015), indique que 26.1% des femmes qui ont opté dans un premier temps pour une naissance sans péridurale ont finalement modifié leur choix initial. A relever que le moment de la décision initiale n'est pas clairement indiqué. En effet, elle peut avoir été prise lors de la période prénatale ou durant le travail d'accouchement en réaction aux douleurs. L'étude de Kpéa et al., (2015), confirme ce changement car 25.8% des femmes ont préféré initialement accoucher sans péridurale mais au final 52.4% de ces femmes ont eu recours à une péridurale. Cela démontre que le choix initial n'est pas irréversible et qu'elles peuvent être hésitantes quant à leur souhait final. On peut aussi concevoir qu'une fois l'expérience de la douleur vécue, les femmes peuvent rediriger leur souhait primaire.

Le changement d'avis est lié à divers facteurs. Les informations transmises ou le manque de connaissance quant à la péridurale jouent un rôle important dans la prise de décisions. L'étude de Séjourné et Callahan (2012), indique que sur les 66% des femmes souhaitant une péridurale, 38.6% ont participé à une consultation obligatoire avec un anesthésiste. Il est alors envisageable d'imaginer que ce rendez-vous peut diriger le choix des femmes. La sociologue Jacques, (2000) met en avant que « Cette demande [la péridurale] vient des femmes elles-mêmes et elle est fortement renforcée par les diverses rencontres avec le corps médical, notamment lors d'une présentation organisée par les cours de préparation, avec l'anesthésiste » (p. 4). De plus, la présence ou non de l'anesthésiste influence également son taux. Kpéa et al., (2015) et Schytt & Waldenström (2010), mettent en avant dans leurs résultats que les femmes ont davantage recours à une péridurale si un anesthésiste est facilement accessible. Ce facteur qui semble avoir un impact important mériterait d'être approfondi. Cela rejoint l'idée d'Akrich (1999), « ... la non-disponibilité de l'anesthésiste constitue un élément central dans le vécu même de l'accouchement » (p. 23).

Selon Séjourné & Callahan (2012), la sécurité est un élément important pour les couples, qu'il s'agisse d'un accouchement avec ou sans péridurale. Il est envisageable de se poser la question concernant l'influence des messages transmis aux femmes durant les cours de PAN, comme par exemple qu'un accouchement est un évènement à risque. Selon Jacques (2000) : « On retrouve ici [durant les cours de PAN] l'idée de l'accouchement comme évènement « à risque » et on renforce le doute chez la femme » (p. 4). Toujours selon la même auteure, d'autres préfèrent vivre le processus de l'accouchement de manière naturelle et ne souhaitent pas souffrir des effets secondaires de la péridurale, tels qu'une mobilité réduite, l'hydratation par perfusion, le monitoring fœtal en continu, etc. La façon dont les effets indésirables de la péridurale ont été transmis aux femmes n'est pas clairement décrite (2000).

L'étude d'Ismail et al., (2015), démontre que les informations données par les professionnels de la santé jouent un rôle considérable contrairement aux données provenant d'internet ou d'autres sources. 92.6% des femmes ont bénéficié de la péridurale dans cette étude et elle a été directement proposée par les professionnels de la santé. L'étude de Séjourné & Callahan (2012), confirme ces résultats. Selon cette dernière, la décision maternelle d'avoir recours à la péridurale est significativement influencée par des raisons d'ordre médical évoquées par les soignants. En recherchant des données supplémentaires par rapport à ces indications médicales, il est surprenant de découvrir qu'au Pays-Bas, seules les femmes présentant un facteur de risque médical peuvent y avoir recours (Akrich & Pasveer, 1996). Cette philosophie est différente des pratiques obstétricales Suisse. En effet, au sein de notre pays, toutes les femmes peuvent bénéficier d'une péridurale même si elles n'ont aucun facteur de risque.

Verdino et al., (2015), insistent sur le rôle des sages-femmes et l'impact de ces dernières dans l'accompagnement à la douleur. Ils mettent en avant dans leurs résultats que les conditions de travail ne permettent pas toujours un accompagnement adéquat en cas d'accouchement sans péridurale. Cette vision peut pousser les professionnels de la santé à proposer facilement une péridurale. Il est intéressant de découvrir que le nombre de professionnels, leur mode d'accompagnement ainsi que leurs attitudes modifient le recours des femmes à une

péridurale. Le fait que les professionnels de la santé proposent la péridurale aux femmes au cours des douleurs de l'accouchement est un facteur qui peut pousser les femmes à accepter cette offre, ce qui est interpellant concernant l'éthique. Les femmes n'ont pas forcément la totalité de leur capacité de discernement lorsqu'elles vivent ces douleurs. Elles ne peuvent pas toujours réaliser un choix éclairé. La consultation obligatoire avec l'anesthésiste en prénatal est une solution à cette problématique, cependant elle est discutable. Elle permet de donner des informations aux femmes sur les bénéfices et risques de l'utilisation d'une péridurale, ce qui permet un choix éclairé. Cependant, le fait que cette consultation soit obligatoire, peut déjà orienter les femmes vers cette décision, alors que pour certaines, elles n'y avaient peut-être pas songé.

La participation ou non aux cours de PAN peut indirectement avoir des conséquences sur le choix des femmes. Les résultats de Schytt et Waldenström (2010), explicitent une association entre les cours de PANP et la décision d'y avoir recours. Toutefois, l'étude de Kpéa et al., (2015), démontre le contraire. Selon ses résultats la participation à ces cours par les nullipares est significativement associée à une préférence pour un travail sans péridurale. Il est donc difficile de savoir dans quel sens ces cours peuvent influencer les décisions. Cependant, en référence à ces chiffres, on sait qu'il joue un rôle. Il serait intéressant d'investiguer la manière dont les informations sont apportées au couple (terme, issues, conséquences, effets secondaires, etc.). Les données sont-elles transmises de façon pluridisciplinaire (sages-femmes, anesthésistes et autres professionnels de la santé) ? La culture professionnelle/personnelle, les expériences et les perspectives des intervenants ne leur permettent pas d'être totalement neutres dans leurs interventions verbales. De plus, les cours de PAN en collectif ne permettent pas toujours un accompagnement individuel. En effet, chaque femme est unique et a des besoins spécifiques. Elles ne partagent pas forcément les mêmes attentes. De ce fait, des informations données de manière collective ne sont pas totalement adaptée, ceci peut provoquer un certain biais. A relever que le contenu des cours est aussi influençant, cela peut dépendre du temps utilisé pour échanger sur la péridurale et sur les moyens alternatifs proposés pour la gestion de la douleur. De plus, la façon dont les professionnels apportent l'information a un impact selon qu'ils aient une vision positive ou négative de la péridurale.

### **8.3 Autres éléments pouvant influencer le recours à la péridurale**

Le fait de se sentir « actrice » de son accouchement et de vivre ce processus de façon naturelle poussent les femmes à accoucher sans péridurale, c'est du moins ce que confirme l'étude de Séjourné & Callahan (2012). De plus, la conclusion de cette étude est que la douleur de l'accouchement est perçue et vécue comme étant subjective mais elle est également influencée par des événements psychiques et environnementaux.

L'environnement, le manque d'information ainsi que l'entourage influencent vivement le choix de la péridurale (Ismaël et al. 2015).

L'étude de Kpéa et al., (2015), démontre que si les femmes ont recours à l'utilisation d'ocytocine de synthèse au cours du travail d'accouchement, elles ont plus souvent recours à une péridurale, ce résultat est significatif au sein de cette recherche. Le travail dirigé est lié indirectement au recours à la péridurale. L'étude de Jacques (2000), parle également du travail dirigé : « Par exemple, elles posent du syntocinon (un ocytocique) pour dit-on aux patientes "régulariser les contractions, accélérer l'accouchement". Ce produit provoque des contractions. Sous l'emprise de la douleur, les femmes cèdent et demandent la péridurale » (p. 4).

La recherche de Schytt et Waldenström (2010), met en avant dans ces résultats, qu'une douleur sévère est associée à une augmentation de l'utilisation d'une péridurale.

### **8.4 Forces et limites**

La question choisie pour cette revue de littérature est pertinente et d'actualité. Le choix des articles est congru. Il permet de répondre à la question de recherche de ce travail. Les résultats se dirigent vers les motivations et les représentations des femmes concernant l'usage d'une péridurale. Les cinq études sont toutes de types différents : quantitative, prospective, transversale, qualitative et cohorte longitudinale. Cet échantillon est varié et diversifié, ce qui permet d'avoir une vision large de cette thématique sous divers aspects.

Certaines limites sont à relever quant à ce travail. Ce présent mémoire est non exhaustif ; en effet, l'analyse de cinq articles parmi le nombre incalculable d'études concernant ce sujet ne permet pas une revue exhaustive de la littérature. D'autres articles auraient pu amener des informations différentes et complémentaires, telles que : des catégories détaillées concernant la multiparité, le nombre de sages-femmes pour le nombre de parturientes présentes dans le service ou encore la façon dont les sages-femmes délivrent l'information quant à la péridurale lors des cours de PAN. De plus, le fait que toutes les études n'aient pas interrogé les femmes à différents moments soit durant la période prénatale et le post-partum ne permet pas d'obtenir une vision sur le « long » terme concernant les résultats. Il aurait été enrichissant de connaître l'avis des femmes avant qu'elles aient vécu leur accouchement, puis de comparer avec un éventuel décalage à postériori, soit en post-natal. A noter que les femmes et les professionnels de la santé savent qu'ils participent à une étude, ce qui peut être un biais potentiel. Ils sont conscients que leurs situations sont analysées, ce qui peut influencer leurs réponses.

L'analyse d'articles en français a permis une bonne compréhension de notre part, cependant celle des articles en anglais a été plus complexe. Toutefois, cela nous a permis de renforcer notre langage professionnel dans cette langue.

## **9. Retour dans la pratique**

Cette revue de littérature a permis de faire émerger les facteurs influençant les motivations et les représentations des femmes concernant leur choix d'une péridurale. A l'aide de ces résultats, il est essentiel de s'intéresser aux pratiques obstétricales actuelles mais aussi d'apporter des ouvertures ainsi que des possibilités quant à l'accompagnement sage-femme.

### **9.1 Cours PAN**

Il ressort de notre recherche, que l'information donnée aux femmes par les professionnels de la santé se transmet rarement de façon neutre concernant la péridurale. Cela dépend de divers facteurs, tels que le point de vue des professionnels qui délivrent les informations mais aussi de la charge de travail présente dans le service. A l'aide des diverses recherches effectuées pour cette revue de littérature, il serait possible d'imaginer des séances plus approfondies lorsque des informations sont transmises aux femmes et aux couples. Selon Maria (2006), les cours de PAN permettent d'apporter dans un premier temps, des informations concrètes face à la période périnatale ainsi que sur les douleurs de l'accouchement. Il serait envisageable de transmettre différemment aux femmes le rôle et l'intensité des douleurs qu'elles s'apprêtent à vivre au cours de leur accouchement. Le fait de banaliser les douleurs et de directement parler de la péridurale ne les prépare pas face aux futures douleurs.

Une information écrite co-rédigée (afin de ne pas avoir le seul regard du professionnel en question) peut permettre de transmettre l'information de manière multidimensionnelle. En effet, l'idée de « flyers » concernant la péridurale conçus de façon interdisciplinaire serait intéressante à développer tout comme le fait d'aborder ce sujet de cette façon neutre lors des cours de PAN. Une co-animation et/ou une co-rédaction par un-e représentant-e de chaque corps professionnel impliqué (sage-femme, obstétricien-ne, pédiatre et anesthésiste) permettrait aux femmes de faire un choix plus éclairé en connaissance de cause. L'information serait transmise de manière nuancée et à travers divers points de vues, ce qui influencerait moins les femmes dans leurs choix. Bien entendu, cette information écrite ou orale serait

transmise durant la période prénatale. De ce fait, les femmes auraient du temps pour poser des questions.

A noter que ce type de brochure d'information est déjà réalisé de façon multidisciplinaire dans certaines maternités de Suisse romande. Cette interdisciplinarité permettrait aux femmes une meilleure connaissance des divers points de vue des différents professionnels.

Dans une autre optique, cela permettrait également une meilleure compréhension des professionnels entre eux. Notamment afin de mieux connaître la philosophie de chacun, de favoriser un discours unifié tout en partageant des moments d'échange.

## **9.2 Entretien psycho-éducatif**

L'entretien psycho-éducatif<sup>19</sup> est un outil de choix pour aider les femmes face au stress rencontré durant la période périnatale. Il permet aux professionnels de la santé de soutenir les femmes dans leur futur et nouveau rôle de mère. Il offre la possibilité d'investiguer les représentations des femmes et de les accompagner dans le but qu'elles puissent utiliser leurs propres ressources pour trouver réponse à leurs questionnements et besoins (Razurel, 2015).

Former les sages-femmes du terrain à ce type d'entretien donnerait la possibilité aux femmes de travailler sur leurs représentations. Proposer cet entretien face aux douleurs de l'accouchement permettrait d'offrir aux futures parturientes une vision plus conforme à la réalité. Un tel entretien devrait faire partie de tous les suivis de grossesse. Offrir un moment d'échange individuel permettrait à chaque femme de se sentir considérée et de réajuster ses propres représentations si elles sont inexactes. Comme par exemple l'AVB de nos jours se déroule toujours sous anesthésie péridurale et que c'est une norme. Un autre exemple pourrait être que certaines femmes peuvent penser qu'elles pourront encore se mobiliser librement après la pose de la péridurale ou certaines peuvent aussi ignorer les surveillances induites.

Ces entretiens sont pratiqués par certaines sages-femmes et impliquent un suivi de grossesse par cette dernière. Comme son cahier des charges le permet, « la sage-

---

<sup>19</sup> Nécessite une formation spécifique, il se déroule uniquement sous forme d'entretien, se différencie d'une consultation prénatale. Il comprend une structure particulière qui se déroule en plusieurs étapes.

femme est experte de la maternité, compétente et habilitée à suivre, conseiller et soigner de façon autonome les femmes enceintes, les parturientes et les accouchées, pour autant que la grossesse, l'accouchement et le post-partum soient physiologiques (sans complication) » (Fédération Suisse des Sages-femmes [FSSF], s.d.). En référence à ce genre de suivi, un slogan a été lancé par la FSSF (2011), à l'occasion lors de la journée internationale des sages-femmes : « Pour chaque grossesse, une sage-femme », ce type de prise en soin doit pouvoir être plus facilement proposé aux femmes.

### **9.3 « Le suivi global »**

Il est également fort intéressant de s'attarder sur le phénomène de la continuité des soins, soit « le suivi global » par une ou quelques sages-femmes lors de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Selon la revue systématique Cochrane de Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala (2012), un lien direct entre le recours à la péridurale et le soutien reçu durant le travail d'accouchement est présent. Le « suivi global » a comme objectif de créer une relation de confiance avec les femmes sur le long terme. En effet, si dès la première consultation de grossesse jusqu'au post-partum les femmes ont la possibilité d'être suivies par une sage-femme ou un groupe restreint de sages-femmes, cela peut leur permettre de créer des liens particuliers avec ces dernières. L'une de ces sages-femmes étant présente lors de l'accouchement offrirait une relation privilégiée. Un tel suivi donne également la possibilité aux sages-femmes de mieux connaître leurs futures parturientes. La FSSF soutient et valorise ce type de suivi : « Un accompagnement continu de la sage-femme garantit à la femme, au bébé et à la famille toute entière un suivi cohérent et adapté aux besoins individuels » (2011, p. 1).

### **9.4 Médecines alternatives**

Les divers résultats mis en évidence par cette revue littéraire démontrent que la plupart des femmes ne vivent pas leur choix primaire concernant la péridurale durant leur accouchement. En effet, la péridurale n'est souvent pas désirée dans un premier temps mais certaines femmes changent d'avis durant la grossesse ou le travail d'accouchement. Les études de cette revue de littérature n'évoquent pas les divers



types de médecines alternatives et leurs impacts sur les motivations des femmes. Cependant, en référence à l'histoire de la prise en « charge » de la douleur de l'accouchement, les différents essais ainsi que les recherches réalisées ont permis d'utiliser un nombre important de moyen non-médicamenteux lors du travail d'accouchement et de la naissance tels que : la PAN, le yoga, l'haptonomie, la sophrologie, le shiatsu, le chant prénatal, les massages, l'homéopathie, l'aromathérapie, l'acupuncture, la stimulation des points de gâchettes, l'hypnose, la mindfunless, etc.

Des études démontrent l'effet positif de ces pratiques comme par exemple l'étude de Bienvenu, Roger, Andreu-Gallien, Thiollier, Ignace, Oury, Sibony, Dahmani & Wood (2013), qui met en avant que l'hypnose pourrait être utilisée de façon efficace durant la période prénatale et lors de l'accouchement. Un suivi de plusieurs séances d'hypnose peut augmenter le potentiel des femmes à gérer leurs douleurs d'accouchement.

La « mindfulness » est une autre méthode qui signifie « pleine conscience », elle est intégrée dans certain type de cours de PAN. Elle permet un recentrage sur l'instant présent, une attention et une acceptation des sensations du corps et ce, sans jugement (Trousselard, Steiler, Claverie & Canini, 2016). Ces outils non-médicamenteux peuvent être des ressources supplémentaires pour les femmes afin de les aider à se préparer à mieux gérer les douleurs.

L'utilisation de ces moyens alternatifs permettraient également de diversifier l'offre proposée aux parturientes concernant les divers moyens de gestion de la douleur. Ceci peut également permettre de sortir d'une perspective binaire qui se rapporte soit à la péridurale soit à aucune alternative.

Ces multiples outils sont des ressources d'une grande valeur afin de soulager les femmes lorsque la douleur de l'accouchement est trop intense. Faire découvrir ces médecines alternatives aux femmes durant la grossesse, leur permettrait de se familiariser avec certaines d'entre elles, ce qui pourrait les aider à davantage canaliser les douleurs de l'accouchement.

Il serait pertinent que les structures hospitalières incitent et soutiennent la participation de leur personnel médical de façon plus croissante aux formations continues sur les moyens analgésiques non-médicamenteux. Ceci permettrait de mieux favoriser la physiologie, afin d'augmenter et de renforcer les prises en soins de la part des sages-femmes concernant la douleur, mais aussi de pouvoir aider les femmes à vivre leur accouchement selon leur choix initial. Les institutions devraient fortement soutenir les projets de mise en place de moyens non-médicamenteux en fournissant le matériel nécessaire aux sages-femmes. Apporter certaines modifications concernant les protocoles institutionnels (l'autorisation et l'usage des huiles essentielles, de l'homéopathie, de l'acupuncture, augmenter le nombre de baignoires en salle d'accouchement ainsi qu'autoriser les accouchements dans l'eau, etc.) seraient bénéfiques.

A l'aide de ces divers moyens proposés, il serait envisageable d'améliorer la prise en soins de la douleur lors de l'accouchement de manière plus naturelle. La péridurale se révèle parfois nécessaire dans certaines situations, cependant, dans d'autres, il serait tout à fait pertinent d'utiliser des moyens alternatifs afin de repousser ou d'éviter le moment de la pose de la péridurale. Par exemple, lors de dystocies de démarrage durant le pré-travail. Il serait nécessaire d'avoir davantage recours à d'autres moyens afin de soulager les douleurs des femmes. Il serait également intéressant de se tourner vers les pratiques de la Suisse allemande et d'observer leur façon d'accompagner les femmes. En effet, cette région présente des taux de péridurale beaucoup plus faibles qu'en Suisse romande (supra p. 9). Le fait de comprendre les raisons d'une telle différence dans notre pays permettrait peut-être à la Romandie de s'interroger quant à l'usage actuelle de la péridurale.

## **10. Conclusion**

La péridurale est un antalgique apparu dans les années 1950, démocratisé dans les années 1970. Elle a permis de donner naissance en réduisant la douleur de l'enfantement tout en restant consciente. Sa pose nécessite la collaboration de la patiente ainsi que d'un anesthésiste. Elle peut être indiquée médicalement, recommandée ou encore demandée par la parturiente elle-même. Il existe également des contre-indications ainsi que des effets secondaires ou complications (maternelles et/ou fœtales) la concernant.

A travers la médicalisation, l'évolution de la société a transformé les processus considérés comme physiologiques, en processus potentiellement pathologiques. La prévention du risque peut « guider » les professionnels dans leur usage de la péridurale qui facilite la prise en soins des urgences potentielles.

Le rôle des sages-femmes se modifie progressivement à travers la médicalisation. Aujourd'hui, les sages-femmes ne travaillent plus de la même façon qu'auparavant, ce qui soulève d'autres questions : la péridurale n'aurait-elle pas remplacé le rôle des sages-femmes quant à l'accompagnement de la douleur en salle d'accouchement ? Il serait intéressant de se pencher vers des études qui décrivent ce phénomène. En effet, diriger les lectures vers l'évolution du rôle de la sage-femme en salle de naissance et concernant la gestion de la douleur à travers les décennies serait une façon différente de comprendre le taux actuel de la péridurale, mais aussi son vécu et les impacts sur la pratique des sages-femmes. D'autres questions peuvent en émaner ; est-ce que les sages-femmes se sentent dépossédées face à la péridurale ?

Afin de mieux répondre aux motivations des femmes qui n'ont pas de facteurs de risques connus et/ou pas d'indications médicales à une péridurale et qui n'en souhaitent pas dans un premier temps, il serait tout à fait adéquat de leur proposer un accouchement au sein des « unités physiologiques ». Il est nécessaire de relever le développement progressif des « unités physiologiques » gérées par les sages-femmes telle que l'unité déjà en place : Accueillir la vie autrement (AVA), au sein de la maternité de l'hôpital Pourtalès de Neuchâtel, qui a ouvert en septembre 2016. Ce système permet aux femmes, sans facteur de risque, de bénéficier d'un suivi global

réalisé par les sages-femmes et d'une naissance sans intervention médicale. Les unités physiologiques se trouvent au sein même de l'hôpital. Le principe est de respecter la physiologie de la naissance et le temps nécessaire au corps pour enfanter. Ce type de structure permet d'offrir une alternative aux accouchements « classiques » dans un hôpital. Les sages-femmes sont autonomes et dès qu'elles détectent un problème ou un facteur de risque pour les femmes, elles peuvent à tout moment décider que la femme doit « sortir » de l'espace physiologique et être prise en soins de manière médicale. Ce type de prise en soins peut être complémentaire aux maisons de naissance, aux accouchements à domicile et ceux en milieu hospitalier.

Au terme de ce présent travail, il est important de souligner que notre objectif n'est pas de diminuer le taux de péridurale, mais de mieux comprendre les processus qui orientent le choix des femmes afin d'améliorer nos prises en soins futures.

En tant que sages-femmes notre rôle est d'accompagner sans jugement les femmes dans leurs souhaits, en respectant leurs choix, mais aussi en leur donnant les outils pour que ceux-ci soient réalisés de manière éclairée.

## **11. Bibliographie**

- Akrich, M. (1999). La péridurale, un choix douloureux. *Cahiers du Genre*, 25, 17-48. Accès <https://hal.archives-ouvertes.fr/halshs-00082060/document>
- Akrich, M. & Pasveer, B. (1996). *Comment la naissance vient aux femmes : Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*. Le Seuil. Les empêcheurs de penser en rond.
- Alexander, J.-M., Sharma, S.-K., McIntire, D.-D. & Leveno, K.-J. (2002). Epidural analgesia lengthens the Friedman active phase of labor. *Obstet Gynecol*, 100, 46-50.
- Antonio Aldrete, J. (2004). Manuel Martinez Curbelo And Continuous Lumbar Epidural Anesthesia. *Bulletin of Anesthesia history*, 22(4), 4-20. Accès [http://ahahq.org/Bulletin/October\\_2004.pdf](http://ahahq.org/Bulletin/October_2004.pdf)
- Arnal, M. (2016). Soulager les douleurs de femmes lors de l'accouchement. *Genre sexualité & société*, 16, 1-20. Accès <https://gss.revues.org/3870>
- Bacigalupo, G., Riese, S., Rosendahl, H. & Saling, E. (1990). Quantitative relationships between pain intensities during labor and beta-endorphin and cortisol concentrations in plasma. Decline of the hormone concentrations in the early postpartum period. *Journal of Perinatal Medicine*, 18(4), 289-296.
- Bienvenu, M., Roger, L., Andreu-Gallien, J., Thiollier, A.-F., Ignace, I., Oury, J.-F., Sibony, O., Dahmani, S. & Wood, C. (2013). L'hypnose pour accompagner la grossesse et l'accouchement : travail hospitalier de préparation à la naissance. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 14(5), 250-254.
- Braun, F. & Lalman, L. (2014). *Naissance respectée ? Naissance d'un mouvement* [Brochure]. Accès <https://www.asblcefa.be/cefa/images/pdf/etude2014.pdf>
- Bruyere, M. & Mercier, F. J. (2005). Alternatives à l'analgésie péridurale au cours du travail. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 24(11-12), 1375-1382.

- Buckley, S. (S.d.). Les risques cachés de la péridurales (ou épidurale). Accès <https://scholar.google.ch/scholar?hl=fr&q=endorphine+p%C3%A9ridurale&btnG=&lr>
- Cardin, H., Moisson-Tardieu, M.-T. & Tournaire, M. (1986). *Péridurale : La douleur de l'accouchement vaincue*. Mesnil-sur-l'Estrée : Balland.
- Caron-Leulliez, M. & George, J. (2004). *L'accouchement sans douleur : Histoire d'une révolution oubliée*. Paris : L'atelier.
- Carricaburu, D. (2005). De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public. *Sociologie du travail*, 47(245-262). Accès <https://www.yumpu.com/fr/document/view/16699862/de-la-gestion-technique-du-risque-a-celle-du-travail-laccouchement->
- Carricaburu, D. (2007). De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition. *Sociologie et sociétés*, 39(1), 123-144. doi.org/10.7202/016935ar
- Cesbron, P. & Knibiehler, Y. (2004). *La naissance en occident*. Paris : Albin-Michel.
- Code déontologique des sages-femmes (1994). Accès [http://www.sage-femme.ch/x\\_dnld/doku/ethikkodexf.pdf](http://www.sage-femme.ch/x_dnld/doku/ethikkodexf.pdf)
- Collière, M.-F. (1998). *Soigner, le premier art de la vie*. Paris : InterEditions.
- Dutriaux, N. (2016). Recours à la péridurale : les femmes et les sages-femmes ont-elles encore le choix ? *La Revue Sage-Femme*, 15 (1), 1-2.
- Encyclopædia Britannica. (2017). Grantly Dick-Read. Accès <https://www.britannica.com/biography/Grantly-Dick-Read>
- Fédération suisse des sages-femmes. (s.d.). Entre de bonnes mains... celles de votre sage-femme. Accès <http://www.sage-femme.ch/fr/elt/>
- Fédération suisse des sages-femmes. (2011). Pour chaque grossesse, une sage-femme ! Accès [http://www.hebamme.ch/x\\_dnld/htag/2011/Communique\\_de\\_%20presse\\_5\\_mai%202011.pdf](http://www.hebamme.ch/x_dnld/htag/2011/Communique_de_%20presse_5_mai%202011.pdf)

- Fischer, C. (2017). Recommandations pour l'administration d'ocytocine au cours du travail spontané. Chapitre 7 : analgésie péridurale et utilisation de l'ocytocine au cours du travail spontané. *La Revue Sage-Femme*, 16(1), 99-110. Accès <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2016.11.005>
- Frydman, R. & Schilte, C. (2017). *Neuf mois : Attendre bébé*. Hachette Pratique.
- Godart, C., Picard, P., Chabbouh, S., Berl, M., Rackelboom, T., Samama, M. & Bonnet, M. (2015). Adéquation entre le souhait des femmes enceintes et la prise en charge effective concernant l'analgésie péridurale au cours du travail. *Anesthésie & Réanimation*, 1, A184-A185.
- Goubier-Boula M.-O. (2005). Processus d'attachement et processus d'adoption. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Volume 53, (Issue 5), 263-271. Accès <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961705000802>
- Gutierrez, H. & Houdaille, J. (1983). La mortalité maternelle en France au XVIIIe siècle. *Population*, 38(6), 975-994. <https://doi.org/10.2307/1532520>
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J. & Sakala, C. (2012). Continuous support for women during childbirth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub4
- Hôpitaux Universitaires Genevois (HUG). (2007). *Brochure d'accueil* [Brochure]. Accès [http://www.hcuge.ch/~infotec/rapport\\_activites\\_2007/files/pdfs/brochure\\_accueil.pdf](http://www.hcuge.ch/~infotec/rapport_activites_2007/files/pdfs/brochure_accueil.pdf)
- Ismail, S., Abbasi, S., Khan, S., Monem, A., & Afshan, G. (2016). Factors associated with choice of delivery with or without epidural analgesia among laboring women: a cross-sectional survey at a tertiary care hospital of a developing country. *Journal of Perinatal Medicine*, 44(7), 799-806.
- Jacques, B. (2000). L'expérience de la maternité sous influence médicale. *Face à face. Regards sur la santé*, (2), Accès <https://faceaface.revues.org/551>

- Kpéa, L., Bonnet, M.-P., Le Ray, C., Prunet, C., Ducloy-Bouthors, A.-S. & Blondel, B. (2015). Initial Preference for Labor Without Neuraxial Analgesia and Actual Use: Results from a National Survey in France. *Anesthesia and Analgesia*, 121(3), 759-766.
- Lansac, J., Descamps, P. & Oury, J.-F. (2011). *Pratique de l'accouchement*. Issy-les-moulineaux : Elsevier Masson.
- Le Breton, D. (2010). *Expériences de la douleur : entre destruction et renaissance*. Paris : Métailié.
- Leighton, B. L. & Halpern, S. H. (2002). The effects of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: A systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186(5), S69-S77. Accès [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(02\)70182-8](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(02)70182-8).
- Le Ray, C., Goffinet, F., Palot, M., Garel, M. & Blondel, B. (2008). Factors associated with the choice of delivery without epidural analgesia in women at low risk in France. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 35(3), 171-178.
- Maria, B. (2006). A propos des recommandations pour la pratique clinique de la Haute Autorité de Santé : préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) (novembre 2005). *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 34(6), 539.
- Mary-Pasquier, L. (Dir.). (2011). *Pour chaque grossesse, une sage-femme ! Journée internationale de la sage-femme, 5 mai 2011*. Bern : Fédération suisse des sages-femmes.
- Maternité - HNE. (s. d.). Maternité. Accès <http://www.h-ne.ch/maternite>
- Maurer, W. (2004). *Mère et bébé l'un contre l'autre : Du processus d'attachement à l'appartenance sociale*. Barret-sur-Méouge : Le souffle d'or.
- Michaels, P. (2014). *Lamaze : An International History*. New York: Oxford University Press.



- Mignon, A., Mercier, F. & Verroust, N. (2007). *Analgésique obstétricale : alternatives à la péridurale. Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique*. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) : Paris.
- Morel, M.-F. (2002). Histoire de la douleur dans l'accouchement. *Réalités en gynécologie obstétrique*, 67, 31-34.
- Morel, M.-F. (2008). Histoire de la naissance en France (XVII<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècle). Accès [https://www.google.ch/?gfe\\_rd=cr&ei=9fUfWbDEG6XC8gfdgp\\_YCA&gws\\_rd=ssl#q=histoire+de+la+naissance+en+france](https://www.google.ch/?gfe_rd=cr&ei=9fUfWbDEG6XC8gfdgp_YCA&gws_rd=ssl#q=histoire+de+la+naissance+en+france)
- Morel, M.-F. La vie des idées.fr (2015). *L'accouchement, une longue histoire*. Accès : <http://www.laviedesidees.fr/L-accouchement-une-longue-histoire.html>.
- Morton, S., Williams, M. & Keeler, E. (1994). Effect of epidural analgesia for labor on the cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol*, 83, 1045-1052.
- Odent, M. (1976). *Bien-naître*. Eure : Seuil.
- Odent, M. (2001). *L'amour scientifié : Les mécanismes de l'amour*. Dijon-Quetigny : jouvence Editions.
- Office fédéral de la statistique. (2013). *Santé*. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14.html>
- Office fédéral de la statistique. (2016). *Coût-financement*. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/cout-financement/cout.html>
- Panese, F. & Barras V. (2009) : Ambivalences de la médicalisation : patients, maladies, clinique. In Y. Sanni (Ed.), *Pouvoir médicale et santé totalitaire : conséquences socio-anthropologiques et éthiques* (pp. 33-58). Québec : Les Presses de l'Université.
- Pichon, I. (2015). *La péridurale, quand tout n'est pas rose* [Présentation PowerPoint]. Accès [http://www.sigafsia.ch/files/Bilder/Galerie/2015/GIAL\\_2015/3.peridurale.pdf](http://www.sigafsia.ch/files/Bilder/Galerie/2015/GIAL_2015/3.peridurale.pdf)

- Pottecher, J. & Benhamou, D. (2004). Douleur et analgésie obstétricales. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 33(3), 179-191. Accès <http://www.em-consulte.com/en/article/114977>
- Rahm, V.-A., Hallgran, A., Högberg, H., Hurtig, I. & Od lind, V. (2002). Plasma oxytocin levels in women during labor with or without epidural analgesia: a prospective study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81(11), 1033-1039. doi : 10.1034/j.1600-0412.2002.811107.x
- Razurel. C. (2015). Se révéler et se construire comme mère : l'entretien psycho-éducatif périnatal. Chêne-Bourg : Médecine et Hygiène.
- Schaal, J-P., Riethmuller, D. & Baudo, M. (2007). Dilatation cervicale. In J-P. Schall (Dir.), *Mécanique et techniques obstétricales* (3e éd.) (pp. 231-243). Montpellier : Sauramps médical.
- Schneider, M., Drack, G., Hagmann, D., Kern, C. & Listyo, R. (S.d.). « *L'analgésie péridurale « pour le soulagement des douleurs liées à l'accouchement »* [Brochure]. Accès <http://www.chuv.ch/info-patients-peridurale.pdf>
- Schytt, E. & Waldenström, U. (2010). Epidural analgesia for labor pain: whose choice? *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 89(2), 238-242.
- Séjourné, N. & Callahan, S. (2013). Les motivations des femmes pour accoucher avec ou sans analgésie péridurale. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 42(1), 56-63.
- Société Française d'Etude et de Traitement de la douleur. (2016). *Définition*. Accès <http://www.sfetd-douleur.org/definition>
- Soet, J. E., Brack, G. A. & Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 30(1), 36-46.

- Stalla-Bourdillon, A., Moyano, G., Levenet, S., Hoffmann, C. & Mercier, F. (2015). Influence de l'analgésie locorégionale sur la mécanique obstétricale. Accès [http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Influence\\_de\\_l\\_analgesie\\_locoregionale\\_sur\\_la\\_mecanique\\_obstetricale.pdf](http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Influence_de_l_analgesie_locoregionale_sur_la_mecanique_obstetricale.pdf)
- Szejer, M. (2006). Pour une médicalisation raisonnée de la maternité. *Informations sociales*, 132(4), 54-63.
- Trélaün, M. (2008). *J'accouche bientôt et j'ai peur de la douleur*. Gap : Le souffre d'or.
- Trélaün, M. (2012). *J'accouche bientôt que faire de la douleur*. Gap : Le souffre d'or.
- Trousselard, M., Steiler, D., Claverie, D. & Canini, F. (2016). Comment mesurer la mindfulness ? Problèmes et perspectives. *L'encéphale*, 42(1), 99-104.
- Université Virtuelle de Médecine du Travail (UVMT). (2017). *Trichlorométhane, chloroforme*. Accès <http://www.uvmt.org/article.php?sid=87>
- Vadeboncoeur, H. (S.d.). *Ce qu'est la médicalisation de l'accouchement*. Accès <http://www.helenevadeboncoeur.com/index.php/fr/ce-quest-la-medicalisation-de-laccouchement>
- Verdino, S., Azcue, M. & Maccagnan, S. (2015). La péridurale, entre émancipation et norme. *La Revue Sage-Femme*, 14(2), 45-49.
- Vuille, M. (1998). *Accouchement et douleur : une étude sociologique*. Lausanne : Edition Antipodes.
- Vuille, M. (2005). Le militantisme en faveur de l'Accouchement sans douleur. *Nouvelles Questions Féministes*, 24(3), 50-67.
- Vuille, M. (Dir.). (2006). *Quel sens revêt la douleur de l'accouchement ? : Journée scientifique de Genève, 6 novembre 2006*. Genève : (s.n.)
- Vuille, M. (2009). *Les Sages-femmes vaudoises face à l'accouchement sans douleur*. Accès <https://doc.rero.ch/record/17284/files/RapportMV.pdf>

Vuille, M. (2015). L'invention de l'accouchement sans douleur, France 1950-1980.  
*Travail, genre et sociétés*, (34), 39-56. doi : 10.3917/tgs.034.0039