

Le vécu de la prise en charge en salle de naissance : une étude qualitative comparative

Experience of Childbirth Care in Delivery Room: a Qualitative and Comparative Study

C. Devos · L. Gaucher · M. Cortet · F. Gonnaud · R. Ecochard · P. Gaucherand · C. Dupont · C. Huissoud

© Lavoisier SAS 2021

Résumé Le but de cette étude était d'étudier le vécu des mères insatisfaites de la prise en charge en salle de naissance en le comparant avec celui de mères satisfaites, à partir des données recueillies par évocations hiérarchisées dans l'Étude du Vécu de l'Accouchement (EVA). Il s'agissait d'une étude qualitative, contrôlée par témoins, en popula-

tion, réalisée au sein de 25 maternités françaises d'un même territoire (Réseau AURORE). Les expressions recueillies par l'évocation hiérarchisée, appelées verbatim, ont été regroupées en sous-thèmes, thèmes et méta-thèmes. Le critère principal de jugement était le pourcentage de patientes ayant cité au moins un mot appartenant à un sous-thème. Six cent quarante-deux mères ont été incluses dans l'étude EVA. Soixante et onze mères ont répondu « insuffisamment » et/ou « pas du tout » à au moins un des items du questionnaire de satisfaction. Elles ont toutes été incluses dans notre étude et constituaient le groupe de cas (insatisfaites). Le groupe témoin (satisfaites) appariés comprenait 144 mères. Le sous-thème de la peur a été significativement plus évoqué par le groupe de mères insatisfaites que par le groupe témoin (42 versus 22 %, $p = 0,02$). Concernant le sous-thème de la douleur, aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes (45 versus 33 %, $p = 0,09$). Les résultats incitent à porter plus d'attention à la réassurance des mères en salle de naissance. Identifier les mères inquiètes en cours de grossesse et au moment de l'accouchement doit être une priorité pour les soignants.

C. Devos (✉) · M. Cortet (✉) · F. Gonnaud (✉) · C. Huissoud (✉)
Hospices civils de Lyon, hôpital de la Croix-Rousse,
F-69004 Lyon, France
e-mail : chloe.devos89@gmail.com, Marion.cortet@chu-lyon.fr,
Françoise.gonnaud@chu-lyon.fr, Cyril.huissoud@chu-lyon.fr

L. Gaucher (✉) · P. Gaucherand (✉)
Hospices civils de Lyon, hôpital Femme-Mère-Enfant,
F-69500 Bron, France
e-mail : laurent.gaucher@inserm.fr,
Pascal.gaucherand@chu-lyon.fr

L. Gaucher
Inserm U1290, Research on Healthcare Performance
(RESHAPE),
université Claude-Bernard-Lyon-I, F-69008 Lyon, France

Geneva School of Health Sciences,
HES-SO University of Applied Sciences and Arts
Avenue de Champel 47, CH-1206 Genève, Suisse

M. Cortet
CNRS, UMR5558, laboratoire de biométrie et biologie évolutive,
Équipe Biostatistiques-Santé, F-69622 Villeurbanne, France

R. Ecochard (✉) · P. Gaucherand · C. Dupont (✉)
Réseau périnatal AURORE, F-69004 Lyon, France
e-mail : Rene.ecochard@chu-lyon.fr,
Corinne.dupont@chu-lyon.fr

C. Dupont
Health Services and Performance Research HESPER EA 7425,
université de Lyon, université Claude-Bernard Lyon-I,
F-69008 Lyon, France

C. Huissoud
Inserm U846, Stem Cell and Brain Research Institute,
F-69500 Bron, France

Mots clés Satisfaction · Accouchement · Vécu · Salle de naissance

Abstract The objective of our study was to analyze the experience of childbirth care in the delivery room of unsatisfied mothers by comparing it to satisfied mothers. The data was collected using the hierarchical evocation method from the EVA study (Étude du Vécu de l'Accouchement). It was a comparative qualitative study carried out in 25 French maternity hospitals (Réseau AURORE). The words collected using the hierarchical evocation method, called verbatim, have been regrouped into sub-themes, themes and meta-themes. The primary outcome was the percentage of mothers who quoted at least one word belonging to a sub-theme. Six hundred and forty-two mothers were included in the EVA study. Seventy-one mothers reported dissatisfaction and they were included in our study. A control group was formed with

144 satisfied mothers selected on a propensity score. The contextual element that emerges as significantly associated with the declaration of dissatisfaction is the fear expressed by 42% of the mothers declaring themselves dissatisfied, compared to 22% of those declaring themselves satisfied with childbirth care ($P = 0.02$). Regarding the sub-theme of pain, there was no significant difference between the two samples (45 versus 33%, $P = 0.09$). The results suggest that more attention should be paid to preparing and reassuring mothers in the delivery room. The identification of fear during pregnancy and childbirth should be a priority for the caregivers.

Keywords Satisfaction · Childbirth · Birth experience · Delivery room

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), des soins de haute qualité pendant la naissance nécessitent « *l'utilisation appropriée d'interventions cliniques et non cliniques efficaces, le renforcement des infrastructures de santé et l'optimisation des compétences et de l'attitude des soignants* » [1]. Alors que les pays développés ont souvent des infrastructures de santé performantes où des soins efficaces sont fournis de manière fiable, l'évaluation et l'amélioration du comportement des soignants restent une préoccupation importante pour l'amélioration de l'expérience des mères lors de ces soins [2]. Le concept de violences obstétricales est né en Amérique latine au début des années 2000 puis s'est étendu dans le monde anglo-saxon avec la création d'organisations non gouvernementales telles que Human Rights in Childbirth aux États-Unis en 2012, Humanize Birth en 2013, ou Birthrights au Royaume-Uni également en 2013. En France, le débat a d'abord été soulevé par les réseaux sociaux et les forums en 2014, entraînant de nombreux témoignages de patientes. En 2018, l'Académie nationale de médecine propose de remplacer le terme « violences obstétricales » par le qualificatif de « comportements inappropriés ». Elle catégorise sept types de comportements inappropriés permettant d'identifier les principaux motifs d'insatisfaction exprimés par les mères en maternité [3].

Une étude transversale en population, l'Étude du Vécu de l'Accouchement (EVA), a été menée en septembre 2018 dans 25 maternités françaises d'un même territoire (Réseau AURORA). Cette étude comportait deux volets. Le premier avait pour objectif d'estimer la proportion de mères insatisfaites du comportement des soignants. Cela a permis d'identifier 71 patientes insatisfaites parmi les 628 patientes incluses dans l'étude EVA, soit un pourcentage de patientes insatisfaites de 11,3 % [4]. Le second volet, qui est l'objet

du sujet de cet article, avait pour objectif d'étudier le vécu des mères insatisfaites de la prise en charge en salle de naissance, à partir des données recueillies par évocations hiérarchisées dans l'étude EVA, en le comparant avec celui de mères satisfaites.

Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude analytique avec groupe témoin, prospective et multicentrique, réalisée au sein des 25 maternités du réseau AURORA en région Rhône-Alpes. Nous avons utilisé la méthode des évocations hiérarchisées développée par De Rosa [5].

Critères d'inclusion

Les mères incluses dans l'étude EVA étaient des femmes majeures, comprenant le français, ayant accouché par voie basse ou par césarienne, entre le 17 et le 25 septembre 2018, d'un enfant vivant et viable de plus de 24 semaines d'aménorrhées (SA) pendant la période d'étude dans l'une des maternités du réseau de périnatalité AURORA. Les mères ayant refusé de participer à l'étude, ayant accouché hors établissement de santé, les cas de mort fœtale in utero (MFIU) ou d'interruption volontaire de la grossesse pour motif thérapeutique, ont été exclus de l'étude.

Les mères qui ont été incluses dans notre étude sont celles qui, parmi les mères de l'étude EVA, avaient répondu « insuffisamment » et/ou « pas du tout » à au moins un des items du questionnaire de satisfaction. Elles constituaient le groupe de mères insatisfaites (groupe cas).

Un groupe de mères satisfaites (groupe témoin) a été constitué parmi les femmes satisfaites de l'étude EVA, c'est-à-dire n'ayant jamais répondu « insuffisamment » et/ou « pas du tout » lors du questionnaire de satisfaction. Les mères du groupe témoin ont été sélectionnées par tirage au sort après appariement sur la parité, le mode d'accouchement, le niveau d'étude, l'âge, le terme, l'analgésie et le type de maternité. Lorsque ces variables étaient manquantes, elles ont été simulées par l'intermédiaire de régressions séquentielles (imputation multivariée par équations en chaîne de van Buuren et Groothuis-Oudshoorn, 2011). L'effectif du groupe témoin a été constitué pour être deux fois plus important que le groupe de cas.

Questionnaire de satisfaction

Dans le cadre de l'étude EVA, les mères devaient répondre à un questionnaire de satisfaction grâce à une échelle de Likert à quatre niveaux. Les sept critères de satisfaction étaient choisis selon le rapport de l'Académie nationale de médecine sur la bientraitance en obstétrique [3] : la qualité des

informations transmises au cours du travail et de l'accouchement, la participation aux décisions, la délicatesse avec laquelle les soins et les actes étaient pratiqués, les mots utilisés par l'équipe, les attitudes et les comportements de l'équipe, la prise en compte de la douleur et le respect de l'intimité. Les mères devaient choisir une proposition parmi : tout à fait, suffisamment, insuffisamment, pas du tout.

L'évocation hiérarchisée

Le vécu des mères lors de leur accouchement était étudié à l'aide d'une évocation introduite par la phrase inductrice : « *Pendant le temps passé en salle de naissance, comment avez-vous ressenti et vécu les gestes, les actes, les paroles, les attitudes, etc. des médecins, des sages-femmes, de l'équipe ?* ». Les mères étaient alors invitées à écrire librement les mots ou expressions (appelés verbatim par la suite) qui leur venaient à l'esprit. Les expressions recueillies par l'évocation hiérarchisée, appelées verbatim, ont été regroupées en sous-thèmes, thèmes et méta-thèmes. Cette classification a été choisie de manière collégiale lors de réunions plénières réunissant sages-femmes, obstétriciens, psychiatres et biostatisticiens. Afin de limiter l'influence de l'enquêteur, l'interprétation et le classement de chaque évocation ont été réalisés par deux enquêteurs différents. En cas de désaccord, l'avis d'un tiers non enquêteur était sollicité, permettant ainsi une triangulation des données. Un même verbatim pouvant contenir plusieurs notions, il pouvait être classé dans plusieurs sous-thèmes. Chaque classement d'un verbatim dans un sous-thème a été appelé une occurrence.

Critère de jugement

Le critère de jugement principal était le pourcentage de mères ayant cité au moins un mot appartenant à un sous-thème.

Analyse des données

Les deux groupes ont été comparés à l'aide du test exact de Fisher. La significativité des écarts observés entre les groupes cas et témoins était étudiée par test de χ^2 ou test de Fisher si l'effectif attendu était inférieur ou égal à 5. Une valeur de p inférieure à 0,05 était considérée comme significative.

Aspects réglementaires et éthiques

Le consentement de chaque femme a été obtenu. En accord avec la réglementation française, l'étude EVA a été soumise à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL, numéro d'enregistrement : HCL 18-165), et validée par le Comité de protection des personnes ouest VI, sous

l'autorité de la Direction générale de la santé (numéro : CPP 1084 RNI). L'étude EVA a également été enregistrée sur le site ClinicalTrials.gov sous le numéro ID : NCT03687879.

Résultats

Huit cent trois mères ont accouché durant la période de l'étude. Parmi elles, 642 mères ont été incluses dans l'étude EVA. Soixante et onze mères ont répondu « insuffisamment » et/ou « pas du tout » à au moins un des items du questionnaire de satisfaction. Elles ont toutes été incluses dans notre étude et constituaient le groupe de cas. Le groupe témoin appariés comprenait 144 mères (Fig. 1).

Dans les deux groupes, l'âge moyen des mères était de 31 ans (écart-type : 5 ans), environ la moitié d'entre elles étaient des primipares (47,9 %). Le travail avait commencé spontanément pour 60,6 % des mères et 24 % ont accouché par césarienne. Les caractéristiques des mères satisfaites et insatisfaites étaient comparables sauf pour la réalisation d'une révision utérine et l'hospitalisation avec séparation mère-enfant, significativement plus fréquentes dans le groupe de mères insatisfaites, avec respectivement 23,9 versus 11,1 %, p égal à 0,02 et 11,3 versus 0,7 %, p inférieur à 0,05 (Tableau 1).

Mille sept cent neuf verbatim ont été recueillis, chacun d'eux a été attribué à un ou plusieurs des 17 sous-thèmes, générant ainsi 2 393 occurrences. Les sous-thèmes ont été regroupés en sept thèmes majeurs, constituant trois méta-thèmes : **éléments factuels** (1 198 occurrences, 50,1 %), **environnement** (600 occurrences, 25,1 %) et **ressenti** (595 occurrences, 24,8 %) (Fig. 2).

Les pourcentages de mères ayant cité un ou plusieurs mots appartenant à un sous-thème sont représentés pour chaque sous-thème sur la figure 3. Le sous-thème de la peur a été significativement plus évoqué par le groupe de mères insatisfaites que par le groupe témoin (42 versus 22 %, $p = 0,02$). Concernant le sous-thème de la douleur, aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes (45 versus 33 %, $p = 0,09$).

Discussion

Le groupe de mères insatisfaites a plus évoqué le sous-thème de la peur que le groupe témoin. Concernant le sous-thème de la douleur, aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les deux groupes.

Le sentiment de peur est rarement présent dans les questionnaires de satisfaction sur l'accouchement, alors qu'il est régulièrement décrit comme participant à un mauvais vécu de l'accouchement [6–8]. Demšar et al. rapportent que 75 %

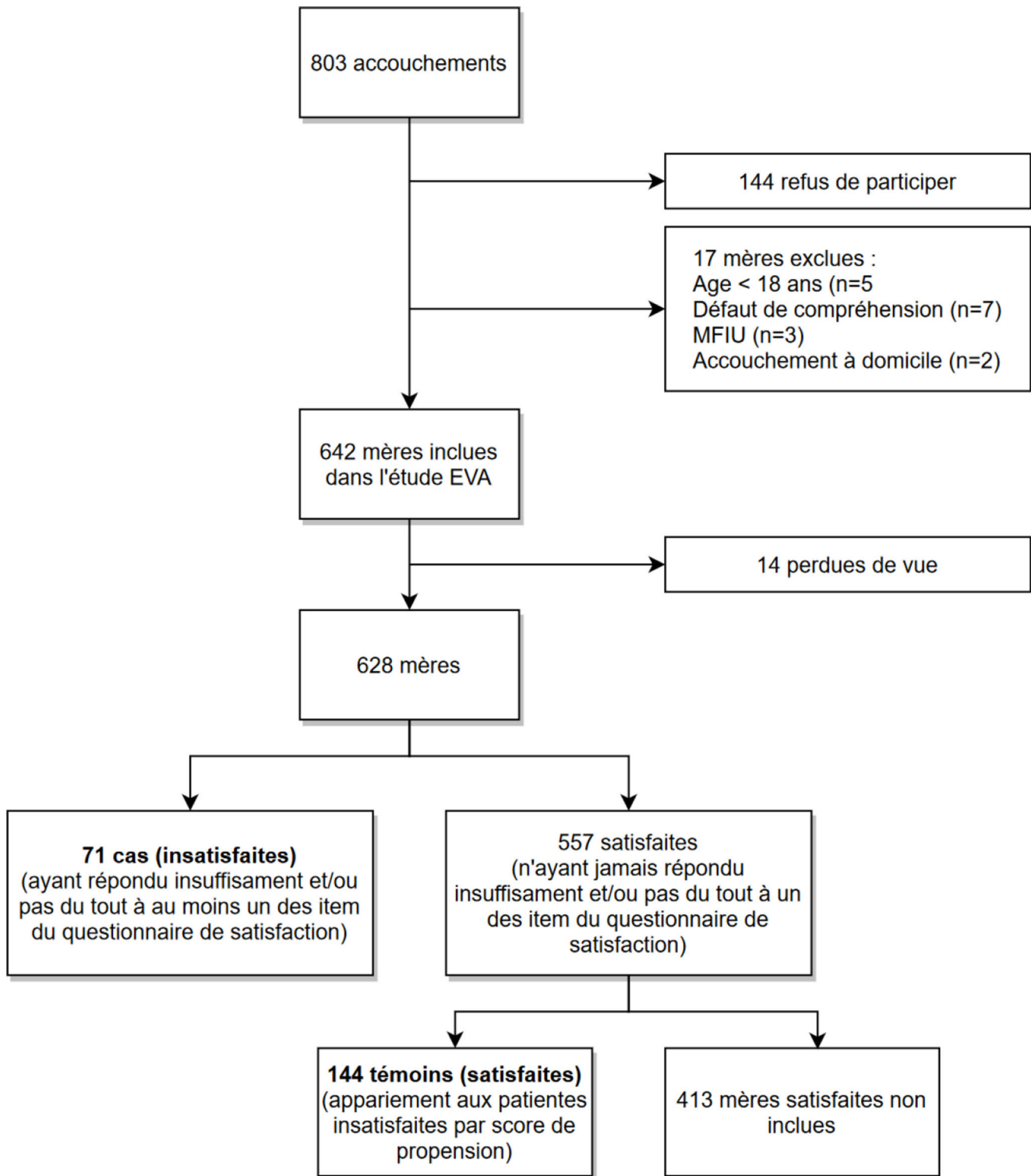


Fig. 1 Flowchart

des femmes ressentait une peur faible à modérée de l'accouchement et 25 % une peur intense [9]. Cette peur semble compréhensible, car l'accouchement est un événement souvent douloureux et dont l'issue est imprévisible. Certaines

études ont identifié des facteurs de risque de peur de l'accouchement tels qu'un antécédent d'accouchement traumatisant, un isolement social, un terrain anxieux ou dépressif, une faible estime de soi, un manque de connaissances sur

Tableau 1 Caractéristiques des patientes			
	Cas (n = 71)	Témoins (n = 144)	Valeur de p
Âge^a (moyenne)	30,9 ans (ET 5 ^b)	31,8 ans (ET 4,9 ^b)	0,19
Parité^a			
Primipare	47,9 % (n = 34)	41 % (n = 59)	0,41
Multipare	52,1 % (n = 37)	59 % (n = 85)	
Cours de préparation à la naissance	54,3 % (n = 38)	47,2 % (n = 68)	0,41
Entretien prénatal précoce	33,3 % (n = 23)	29,2 % (n = 42)	0,67
Type de maternité^a			
Type 1	25,3 % (n = 18)	27,8 % (n = 40)	0,16
Type 2	45,1 % (n = 32)	54,2 % (n = 78)	
Type 3	29,6 % (n = 21)	18 % (n = 26)	
Hospitalisation pendant la grossesse	15,5 % (n = 11)	9,7 % (n = 14)	0,31
Terme à l'accouchement^a			
< 34 SA	2,8 % (n = 2)	0	0,13
> 34 SA et < 38 SA	9,9 % (n = 7)	8,3 % (n = 12)	
> 38 SA	87,3 % (n = 62)	91,7 % (n = 132)	
Mode de début de travail			
Travail spontané	60,6 % (n = 43)	63,2 % (n = 91)	0,79
Maturation cervicale par prostaglandines	21,2 % (n = 15)	15,3 % (n = 22)	
Déclenchement par ocytocine	7 % (n = 5)	10,4 % (n = 15)	
Césarienne programmée	8,5 % (n = 6)	9 % (n = 13)	
Césarienne en urgence avant travail	2,8 % (n = 2)	2,1 % (n = 3)	
Mode d'accouchement^a			
Voie basse	76 % (n = 54)	85 % (n = 122)	0,12
Césarienne	24 % (n = 17)	15 % (n = 22)	
Épisiotomie	8,5 % (n = 6)	1,8 % (n = 17)	0,6
Délivrance artificielle	9,9 % (n = 7)	4,9 % (n = 7)	0,24
Révision utérine	23,9 % (n = 17)	11,1 % (n = 16)	0,02
Anesthésie péridurale^a	73,2 % (n = 52)	66 % (n = 95)	0,48
Hémorragie du post-partum	11,3 % (n = 8)	4,2 % (n = 6)	0,67
Dystocie des épaules	0 %	0,7 % (n = 1)	1
Déchirure périnéale			
Non	47,9 % (n = 34)	50 % (n = 72)	0,88
1 ^{er} degré	38 % (n = 27)	33,3 % (n = 48)	
2 ^e degré	14,1 % (n = 10)	16 % (n = 23)	
3 ^e degré	0	0,7 % (n = 1)	
4 ^e degré	0	0	
Devenir néonatal			
Avec la mère	88,7 % (n = 63)	99,3 % (n = 143)	< 0,05
Séparation mère-enfant	11,3 % (n = 8)	0,7 % (n = 1)	

^a Critères d'appariement

^b Écart-type (ET)

la grossesse et l'accouchement, un manque de soutien de la part du partenaire ou un antécédent d'abus sexuel [10].

L'analyse en première lecture des questionnaires de satisfaction de l'étude EVA montrait que la douleur était un facteur d'insatisfaction. Or, il n'y avait pas de différence significative de proportion de mères ayant cité au moins un mot classé dans le sous-thème « douleur ». Ainsi, les mères

témoins (satisfaites) ont ressenti de la douleur, puisque le verbatim « douleur » est apparu dans leurs évocations, mais elles estimaient que leur douleur avait été correctement prise en compte par le personnel de la salle de naissance. On peut donc différencier la prise en charge technique de la douleur (analgésie), de la prise en considération de la douleur, qui serait la manière dont le personnel de salle de naissance fait

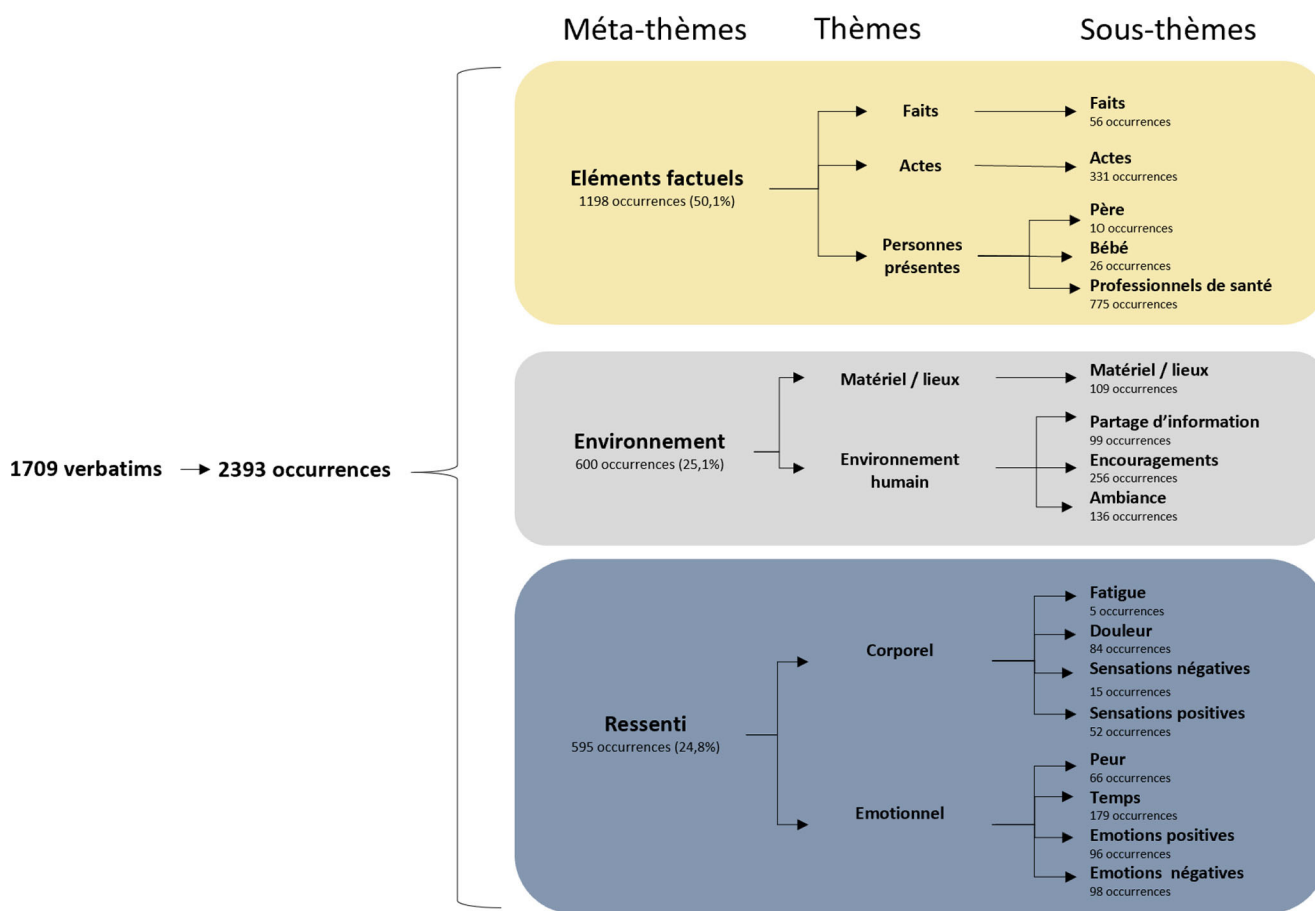


Fig. 2 Hiérarchie des sous-thèmes, thèmes et méta-thèmes

preuve d'empathie et accompagne la patiente pour surmonter cette douleur.

Le sous-thème « émotions négatives » comprenait des mots tels que « restriction », ou « passivité » qui semblaient en rapport avec la participation aux décisions. Cela semble cohérent avec le rapport de l'Académie nationale de médecine sur la bientraitance en obstétrique qui avait déjà identifié cet élément comme un facteur de satisfaction [3]. Le mot « déception » a été cité à plusieurs reprises, faisant écho aux études de Goodman et al. [11] et Hauck et al. [12], qui retrouvaient un taux de satisfaction plus faible lorsqu'il y avait un écart entre les attentes de la patiente relatives à son accouchement et la réalité. L'obstétrique étant un domaine dans lequel des événements imprévus peuvent survenir à chaque moment, il semble que la déception liée à leur survenue soit un facteur difficile à corriger.

L'intérêt d'identifier les contextes liés à l'insatisfaction des mères est d'essayer d'améliorer le vécu de l'accouchement. Dans la pratique clinique, il faudrait s'attacher à identifier les mères inquiètes au cours de la grossesse. L'entretien prénatal précoce et les cours de préparation à l'accouchement doivent permettre de préparer les mères, d'identifier et de verbaliser leurs inquiétudes afin de les rassurer, mais

les mères qui en bénéficient sont encore trop peu nombreuses. La peur des mères est souvent banalisée en milieu de soins. L'information des femmes sur le déroulement d'un accouchement et ses risques potentiels mais aussi l'information délivrée aux femmes, avant chaque décision ou chaque geste entrepris, doivent donc être une priorité pour les soignants. En salle de naissance, les professionnels de santé doivent s'efforcer de ne pas avoir de paroles ou de comportements qui suscitent de la peur.

L'amélioration de la prise en considération de la douleur est un axe de progression à explorer dans notre pratique quotidienne en salle de naissance. Cependant, un accompagnement de qualité nécessite de consacrer du temps avec chaque patiente [7,11], ce qui n'est pas toujours compatible avec l'organisation et les effectifs de personnel en salle de naissance. La modification de l'organisation des salles de naissance avec la méthode « one to one » : une sage-femme par patiente, pourrait permettre une meilleure prise en compte de la douleur.

La formation des soignants pourrait davantage explorer les méthodes non médicamenteuses de prise en charge de la douleur telles que l'hypnose ou la relaxation. Ces méthodes sont moins efficaces sur l'analgésie, mais permettent le

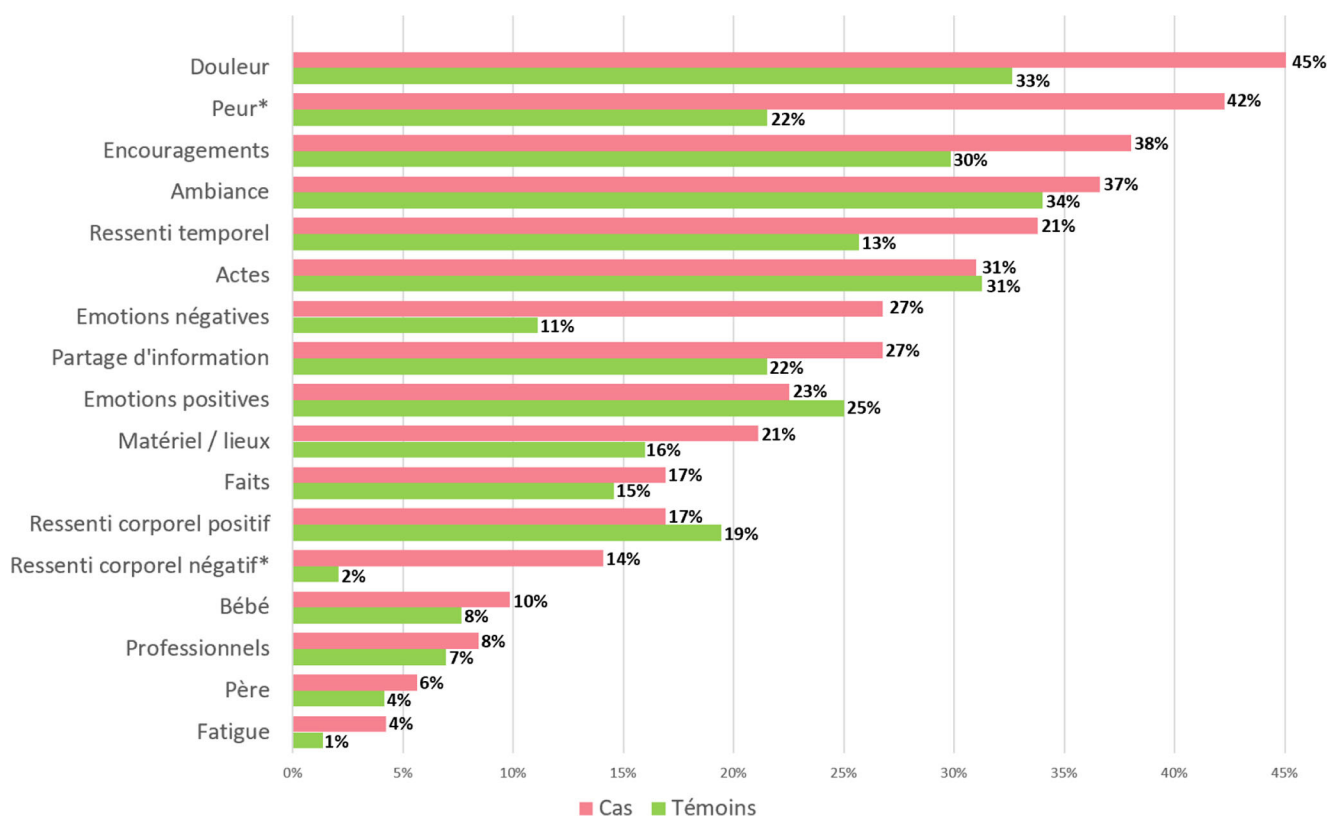


Fig. 3 Pourcentages de mères ayant cité un ou plusieurs mots appartenant à un sous-thème * $p < 0,05$

développement d'une relation de meilleure qualité avec les soignants et un meilleur vécu de l'accouchement [13].

Demander systématiquement aux mères quel a été le vécu de leur accouchement lors de la visite postnatale pourrait permettre de répondre à certaines incompréhensions ou craintes.

La force de cette étude est la taille de notre population qui comprenait toutes les femmes d'une zone géographique sur une période de temps continue, ce qui renforce la représentativité de notre étude sur la population du réseau AUORE. La méthode de recueil des propos par la méthode de De Rosa [5] permettait aux mères de s'exprimer librement, libérées de l'influence de l'enquêteur. L'originalité résidait dans la réalisation d'un groupe témoin, ce qui n'a, à notre connaissance, jamais été réalisé pour l'étude d'un vécu.

La création des sous-thèmes, thèmes et méta-thèmes, ainsi que le classement des verbatim dans ces catégories pouvaient être subjectifs. Pour limiter cet effet, une double lecture des évocations a été effectuée, et des discussions avec des tiers non enquêteurs ont permis une triangulation des données. Cela reste cependant une des limites de notre travail.

Conclusion

Les mères insatisfaites de la prise en charge lors de leur accouchement semblent avoir été marquées de façon plus

importante par la peur. Notre analyse des évocations hiérarchisées a permis de souligner que ce n'était pas le fait de ressentir de la douleur qui influençait la satisfaction de la prise en charge, mais la manière dont elle était prise en considération par les soignants. L'identification des craintes des femmes et la réassurance doivent être une priorité pour les soignants.

Remerciements Nous tenons à remercier l'ensemble des soignants des maternités du Réseau AUORE qui ont accepté de participer à l'étude et bien sûr toutes les mères qui nous ont confié le vécu de leur accouchement. Enfin, nous remercions particulièrement le Pr Rudigoz pour son aide précieuse

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, et al (2015) Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision. *BJOG* 122:1045-9
2. Reis V, Deller B, Carr C, Smith J (2012) Respectful maternity care. Country experience. USAID, MCHIP

3. Rudigoz RC, Milliez J, Ville Y, Crepin G (2018) De la bienveillance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités. *Bull Acad Natl Med* 202:1323–40
4. Gaucher L, Huissoud C, Ecochard R, et al (2021) Women's dissatisfaction with inappropriate behavior by health care workers during childbirth care in France: a survey study. *Birth* 00:1–10
5. De Rosa A (2005) Le « réseau d'associations ». Une technique pour détecter la structure, les contenus, les indices de polarité, de neutralité et de stéréotypie du champ sémantique liés aux représentations sociales. In: *Méthodes d'étude des représentations sociales*, Jean-Claude Abric, Érès, pp 81–117
6. Henriksen L, Grimsrud E, Schei B, Lukasse M (2017) Factors related to a negative birth experience — A mixed methods study. *Midwifery* 51:33–9
7. Nilsson C, Bondas T, Lundgren I (2010) Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 39:298–309
8. Riquet S, Henni M, Fremondiere P (2020) Évaluation de la peur de l'accouchement chez les femmes enceintes. *Périnat* 12:130–9
9. Demšar K, Svetina M, Verdenik I, et al (2018) Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. *J Perinat Med* 46:151–4
10. Moghaddam Hosseini V, Nazarzadeh M, Jahanfar S (2018) Interventions for reducing fear of childbirth: a systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Women Birth* 31:254–62
11. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS (2004) Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs* 46:212–9
12. Hauck Y, Fenwick J, Downie J, et al (2007) The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery* 23:235–47
13. Thomson G, Feeley C, Moran VH, et al (2019) Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reprod Health* 16:71