

UNIVERSITE VICTOR SEGALEN-BORDEAUX 2-

ECOLE DE SAGES-FEMMES

**VECU DE LA SALLE DE NAISSANCE PAR LES  
PARTURIENTES APPARTENANT A UNE PROFESSION DE SANTE**

Mémoire de fin d'études  
présenté par

BLONDEAU Mathilde  
Née le 9 Septembre 1988

Sous la direction de Madame Julie-Céline CARDINAUD, sage-femme

***Première année du premier cycle des études médicales 2007/2008  
PROMOTION Ecole de Sages-Femmes 2008/2012***

## REMERCIEMENTS

*A Julie CARDINAUD, sage-femme à la maternité de Bordeaux Pellegrin, pour ses conseils précieux, son implication et ses encouragements durant l'élaboration de l'étude.*

*Aux sages-femmes enseignantes de l'école de sage-femme de Bordeaux, pour leur soutien, leurs encouragements et la transmission de leurs connaissances.*

*A Patricia GHILARDI, directrice de l'école de sage-femme pour son aide concernant la réalisation de l'étude.*

*A Christine MORIN, sage-femme enseignante, pour sa disponibilité et ses conseils concernant la méthodologie du mémoire.*

*A Madame GLATIGNY, psychologue à la maternité de Bordeaux Pellegrin, pour son apport considérable lors de l'élaboration de l'étude.*

*A toutes les personnes qui ont participé à la relecture de ce travail.*

*A mes amies, Emmanuelle, Marie, Vanessa pour les moments de détente et pour leur soutien.*

*A Marielle pour ces bons moments passés ensemble et pour son soutien.*

*A mes parents, mon frère, pour leur soutien psychologique et financier tout au long de mes études, pour leurs conseils, pour leur disponibilité et leur patience.*

*A mes camarades, pour toutes ces années passées ensemble.*

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité.

SA : Semaines d'Aménorrhées.

W-DEQ : Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire.

# SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
LISTE DES ABREVIATIONS.....	3
SOMMAIRE.....	4
INTRODUCTION.....	6
CHAPITRE 1 : GENERALITES .....	9
1. DEFINITIONS .....	10
1.1 Stress, anxiété et angoisse.....	10
1.2 La peur .....	12
2.EVALUATION DES PEURS.....	13
2.1 Les différentes peurs .....	13
2.2 La peur de la douleur.....	14
2.3 Les différents facteurs pouvant induire les peurs durant l'accouchement.....	16
3.LA SOIGNANTE EN TANT QUE PATIENTE .....	18
3.1 Les connaissances médicales .....	18
3.2 La confiance envers l'équipe médicale .....	20
CHAPITRE 2 : MATERIEL ET METHODE .....	21
1.TYPE D'ETUDE .....	22
2.CRITERES D'INCLUSION .....	22
3.CRITERES D'EXCLUSION.....	23
4.CRITERES DE JUGEMENT .....	24
5.REALISATION PRATIQUE .....	24
6.ANALYSE STATISTIQUE .....	26

CHAPITRE 3 : PRESENTATION DES RESULTATS .....	27
1.CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION .....	28
2.LE RESSENTI DES PARTURIENTES EN SALLE DE NAISSANCE .....	30
2.1 Les sentiments relatifs à l’anxiété et l’angoisse .....	30
2.2 Les différentes peurs .....	31
2.3 Le soutien et l’accompagnement .....	32
2.4 Le contrôle de soi-même, et la confiance en soi pendant le travail et l’accouchement.....	33
2.5 L’accouchement est-il perçu comme «une expérience formidable» par les patientes ?.....	33
3.LE PASSAGE DE «L’AUTRE COTE DE LA BARRIERE» .....	34
3.1 Peut-on faire abstraction de notre profession ? .....	34
3.2 Les connaissances médicales jouent-elles un rôle dans le vécu? .....	35
3.3 Peut-on «lâcher prise» lorsque l’on passe de «l’autre côté de la barrière» ? .....	35
3.4 Et la présence et participation des étudiants ? .....	36
3.5 En conclusion, les connaissances médicales influencent-elles le vécu du travail et de l’accouchement ? .....	37
CHAPITRE 4 : ANALYSE ET DISCUSSION .....	38
1.ANALYSE DES RESULTATS .....	39
1.1 La population étudiée .....	39
1.2 L’évaluation de l’angoisse et des peurs chez les parturientes .....	40
1.3 Qu’est-ce qui peut diminuer ces peurs et ces angoisses ?.....	41
1.4 L’étude du cas particulier des patientes travaillant à la maternité .....	44
1.5 Les biais de l’étude .....	46
2.PROPOSITIONS.....	48
CONCLUSION .....	49
BIBLIOGRAPHIE.....	51
ANNEXES .....	53

## INTRODUCTION

Pour toutes les femmes, la naissance d'un enfant est un évènement merveilleux mais bouleversant sur le plan émotionnel. Elle est aussi décrite comme un évènement potentiellement stressant dans la vie d'une femme. Il paraît donc important que les femmes soient soutenues et encadrées de manière continue par les professionnels de la naissance afin de diminuer leurs inquiétudes et leurs angoisses [1].

Des auteurs tels que M.Szejer et R.Stewart [2] abordent, dans leur ouvrage, l'ensemble des sentiments que les femmes peuvent éprouver au décours du travail et de l'accouchement. Il peut s'agir de sentiments positifs, comme par exemples la sensation de plénitude, d'épanouissement voire même la sensation de plaisir lors de l'accouchement.

En revanche, ces auteurs traitent également des sentiments opposés. Les femmes peuvent être angoissées, paniquées, effrayées face à certaines situations de la vie que l'on peut retrouver lors de l'accouchement comme la douleur, la mort de l'enfant et/ou de la mère. Elles peuvent ressentir, par ailleurs, un certain stress, une certaine pression lors de cet évènement qui est important et non négligeable dans leur vie [2].

Cet ouvrage nous offre une vue d'ensemble sur les sentiments qu'éprouvent les femmes, futures mères, lors de leurs accouchements.

Une partie de cet ouvrage aborde très brièvement mais plus précisément les sentiments appartenant aux «*femmes dont le métier est d'accoucher les autres*» [2], et nous pensons ainsi aux sages-femmes et aux gynécologues-obstétriciennes.

En effet, d'après ces auteurs, il est intéressant de noter que ces patientes peuvent, par exemple, refuser l'anesthésie péridurale, considérant ce geste comme «*invasif et possiblement dangereux*». Il convient aussi de souligner que

ces femmes peuvent percevoir la médicalisation comme «*inutile voire frustrante*» [2].

De même, S.Eyquem et C.Gensous [3] ont montré en 1997, dans leur mémoire de fin d'études, que la connaissance du milieu hospitalier, pour la sage-femme, inspire un climat familial (par rapport aux lieux, au matériel, aux soignants) qui peut être ainsi un remède contre l'angoisse.

Mais inversement, cette connaissance professionnelle des risques et pathologies peut aussi être source d'angoisse plus importante.

Venant d'évoquer les métiers se consacrant au domaine de la naissance, il serait intéressant de se demander si ce ressenti et ces sentiments, abordés précédemment, peuvent se rencontrer chez d'autres patientes, dont le métier n'est pas forcément d'accoucher les autres, mais dont les professions font parties du domaine médical ou paramédical.

Une question plus générale découle donc de toute cette réflexion : quel est le vécu en salle d'accouchement des patientes appartenant à une profession de santé ?

L'objectif est d'étudier chez ces personnes, l'influence de leurs professions de santé en salle d'accouchement, sur leur ressenti de patientes. Nous nous demandons alors si le vécu pendant le travail et l'accouchement de ces patientes n'est pas plus anxiogène qu'une patiente n'ayant pas ou peu de connaissances médicales sur le sujet. Les connaissances médicales acquises par le biais de leur profession n'influencent-elles pas le vécu de ces patientes en salle d'accouchement ?

Ainsi, il s'agit de prendre en compte dans l'étude qui suit, les patientes ayant une profession médicale ou paramédicale et de savoir si le fait que ces patientes côtoyant quotidiennement le milieu médical, de par leur profession, entraîne un vécu plus ou moins anxiogène de leur accouchement.

Il est donc intéressant de comparer de manière observationnelle leur vécu à celui des patientes n'ayant pas de profession de santé et donc ne travaillant pas au sein de ce milieu médical et/ou hospitalier.

Par conséquent l'objectif final de cette étude est d'analyser le ressenti des patientes ayant une profession de santé pour savoir si leur vécu en salle d'accouchement n'est pas plus anxiogène par rapport aux patientes n'ayant pas ce type de profession, en utilisant un questionnaire complété lors d'entretiens semi-dirigés.

Après avoir rappelé les généralités sur les facteurs de stress d'un accouchement dans les deux populations étudiées, puis détailler le matériel et la méthode utilisés pour cette étude, les résultats comparatifs seront exposés et enfin discutés pour analyser les différences possibles entre les deux groupes étudiés.

Nous pourrions ainsi nous interroger sur la qualité et l'orientation dans l'accompagnement à donner à ces patientes particulières, que sont les soignantes.



## **CHAPITRE 1 : GENERALITES**

## 1. DEFINITIONS

Pour comprendre le ressenti des patientes lors d'un moment capital et inoubliable de leur vie qui est, en l'occurrence le travail et l'accouchement, il est important de décrire précisément certains sentiments que révèlent M.Szejer et R.Stewart dans leur ouvrage. Ils insistent sur des sentiments comme l'angoisse, l'anxiété, la peur, l'appréhension mais aussi le sentiment de sérénité [2].

Il s'agit d'un ensemble de sentiments que beaucoup de femmes peuvent ressentir au cours de ce moment unique dans leur vie de femme, qu'elles soient, professionnellement parlant, du milieu médical ou non.

Nous retiendrons plus précisément, en ce qui concerne les définitions, les thèmes relatifs à l'angoisse, l'anxiété, le stress et la peur.

### 1.1 Stress, anxiété et angoisse

Le stress, désigne la réponse que l'organisme a lorsqu'il doit faire face à des agressions physiologiques et psychologiques. Cet organisme répond aux émotions et cela nécessite une adaptation. Il s'agit d'un processus psychosomatique. Ainsi, les événements vécus sont corrélés à des paramètres physiques, biologiques et psychiques. Ceci correspond à une définition récente du stress. Mais nous remarquons qu'au fil du temps la définition du stress ne change pas puisque, dans les années 1920, un nouveau courant de pensée médicale est instauré et Hans SELYE décrit le stress comme «*une réponse non spécifique de l'organisme à toute sollicitation*». Le stress est donc un ensemble de réactions spécifiques que manifeste un organisme lorsqu'il est soumis à des facteurs d'agression [4,5].

De ce fait, un événement majeur de la vie tel que la naissance, peut potentiellement engendrer un certain stress dont la répercussion est l'anxiété [6].

L'anxiété, quant à elle, est une émotion désagréable, il s'agit «*d'une sensation subjective de malaise, de tension interne*». [4]

Les pensées de l'anxieux se projettent vers l'avenir. Et ses pensées s'orientent vers des «*scénarii catastrophiques*» [4], c'est-à-dire que l'anxieux peut facilement penser à l'échec, à la survenue d'un accident, d'une catastrophe. Quand un sujet est trop anxieux, cela peut le conduire à une altération de ses performances.

De plus, l'entourage d'une personne anxieuse est très réceptif au comportement de l'anxieux et peut facilement ressentir son état car les mimiques et l'attitude de la personne anxieuse sont très perceptibles.

Enfin, les troubles anxieux d'une personne sont déterminés par des facteurs environnementaux, facteurs que l'on peut retrouver dans certains moments de la vie comme à l'occasion d'un évènement important de la vie qui est la naissance d'un enfant [4].

Selon M.Bydlowski, l'angoisse est un «*état d'attente du danger, connu ou inconnu comme un essai de liaison des quantités d'énergie libidinale qui affluent pour continuer une ligne de défense*» [7].

Dans leur mémoire, S.Eyquem et C.Gensous s'inspirent d'un dictionnaire de la psychologie [8] dans lequel l'angoisse est définie de manière moins philosophique que M.Bydlowski. Il s'agit d'une peur irrationnelle, une peur sans objet réel. C'est également une inquiétude, une sensation pénible d'un malaise profond due à un danger que l'on sent venir mais face auquel on reste impuissant. Des manifestations physiques peuvent apparaître comme des palpitations, une hypersudation, des tremblements, des nausées, une pollakiurie, etc.

Pour JM Thurin, l'angoisse est la réaction du sujet à chaque fois qu'il se retrouve dans une situation traumatique, lorsqu'il est soumis à des excitations, externes ou internes et qu'il est incapable de les maîtriser [6].

Selon Guy Besançon, l'angoisse est un terme ancien qui désigne l'aspect corporel de l'anxiété. L'angoisse et l'anxiété sont des termes liés dans la mesure où l'angoisse est la manifestation corporelle de l'anxiété [4].

Ainsi, l'angoisse n'est pas un phénomène pathologique. Elle est liée à la condition humaine, aux moments très importants de notre existence comme l'accouchement. Lorsqu'une nouvelle adaptation s'avère nécessaire, l'être humain éprouve temporairement l'angoisse [3,8].

Nous pouvons conclure qu'un stress peut entraîner de l'anxiété qui, elle-même peut amener à l'angoisse et que chacun de ces paliers sont liés à des manifestations physiques chez l'individu qui le ressent.

## **1.2 La peur**

D'après le dictionnaire de la psychologie, la peur est un sentiment d'inquiétude en présence d'un danger ou bien simplement, elle s'exprime lorsque l'on pense à un danger [8].

Les psychanalystes distinguent la peur de l'angoisse. En effet, la peur est une réaction normale face à un danger réel alors que l'angoisse n'a pas d'objet, c'est-à-dire qu'elle serait l'impression vague de courir un danger indéfini devant ses propres pulsions.

M.Bydlowski va même jusqu'à décrire la «frayeur», ce terme est utilisé pour décrire un état provoqué par un danger auquel le sujet n'est pas préparé [7].

Dans cette étude, nous évaluons certaines peurs comme la peur de la mort, la peur de l'imprévu, la peur de perdre l'enfant et la peur de l'échec. Ce sont des phobies que décrivent M.Szejer et R.Stewart dans leur ouvrage : «*Ces neuf mois-là, une approche psychanalytique de la grossesse et de la naissance*» [2].

## 2. EVALUATION DES PEURS

Daniel N.Stern, dans son ouvrage *«La naissance d'une mère»*, relate le comportement d'une future mère, dans les derniers mois de sa grossesse, lorsque l'accouchement approche [9]. Ces femmes, approchant du moment tant attendu, éprouvent un *«éventail de peurs»*. Ces futures mères peuvent ressentir la peur et la crainte de mettre au monde un enfant mort à la naissance et peuvent exprimer la peur de perdre cet enfant tant désiré.

Elles peuvent également ressentir la peur de la douleur, la crainte de ne pas pouvoir supporter et gérer cette douleur, la peur de l'échec, la peur de ne pas pouvoir passer cet obstacle, la peur *«que le bébé reste coincé et ne puisse pas sortir»* et la peur de donner naissance à un enfant malformé.

Ceci représente un ensemble de peurs très courantes chez des femmes enceintes, dont l'accouchement constitue un futur proche.

Il nous paraît important de détailler plus particulièrement la peur de la douleur dans cette partie de la définition.

### 2.1 Les différentes peurs

Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine des peurs ressenties chez la femme enceinte.

Une étude, publiée en 1997 par B.Sjogren, a voulu évalué les différentes raisons pouvant provoquer l'anxiété chez 100 femmes enceintes [10].

Les résultats de cette étude montrent que 65% de ces femmes ont un manque de confiance en elles et 73% de ces femmes ont ce manque de confiance envers le personnel obstétrical. Il faut aussi souligner que 55% de ces femmes ont peur de mourir et ont peur que leur enfant meurt.

De plus, **44% des parturientes craignent une douleur insoutenable** et 43% sont anxieuses par rapport à l'idée de perdre le contrôle d'elle-même.

Donc, l'anxiété au cours de l'accouchement est étroitement liée au manque de confiance en soi et en l'équipe médicale.

Nous constatons aussi que la peur de la douleur tient une place relativement importante lors dans l'accouchement [10].

## 2.2 La peur de la douleur

### 2.2.1 Les composantes de la douleur

La douleur est un phénomène multifactoriel :

Tout d'abord la douleur est composée d'un **caractère sensori-discriminatif**. Cette composante permet à l'être humain d'analyser le type de stimulus (brûlure, piqûre), la durée du stimulus, son intensité et sa localisation. Si nous faisons la comparaison avec la femme enceinte, la douleur est liée à la contraction utérine, sa durée et son intensité.

Ensuite, il existe une **composante affective-émotionnelle**. Cette composante est déterminée par un stimulus nociceptif mais aussi par le contexte et l'environnement dans lequel ce stimulus est produit. C'est cette composante qui donne un aspect désagréable à la douleur. Elle peut aussi conduire à un état d'anxiété et de dépression.

La **composante cognitive** de la douleur est celle qui désigne l'ensemble des réactions comportementales qu'elle va engendrer (attention, diversion de l'attention, anticipation, décision sur le comportement à adopter).

Enfin, la douleur a aussi une **composante comportementale** qui désigne l'ensemble des «*manifestations verbales et non verbales de la personne qui souffre*» [11,12].

### 2.2.2 La douleur et la parturiente

De nos jours, la douleur à l'accouchement **n'est plus «obligatoire»**, les femmes sont libres et ont le choix de souffrir ou de ne pas supporter de souffrir. Nous ne sommes plus dans l'optique de la culture millénaire «*tu accoucheras dans la douleur*» [9].

Dans la tradition chrétienne, accoucher sans douleur peut être perçu comme une «*transgression*». Les femmes, peuvent par ailleurs, ressentir à notre époque un sentiment de culpabilité (qui peut être inconscient) lorsqu'elles choisissent d'accoucher sans douleur par rapport à leur mère, ou leur grand-mère qui ont accouché avec cette douleur [9].

Notons que la douleur reste une **notion subjective**, elle est vécue différemment d'une femme à une autre. En effet, cette sensibilité serait «*liée à l'émotivité : la douleur ne serait pas un fait objectif mais une émotion*». Ceci signifie donc que les sujets ayant un trait de caractère émotif seraient plus exposés à la douleur que les autres [9].

Pour beaucoup de femmes, «*être capable de supporter la douleur est quasiment synonyme d'être capable d'accoucher*» [9].

Certaines femmes vont vouloir dominer cette douleur et l'assumer, d'autres au contraire vont vouloir qu'on atténue cette douleur, voire qu'on la supprime pour être soulagées [2].

### 2.2.3 Les conséquences de la douleur à l'accouchement

La douleur associée aux contractions utérines pendant la première phase de travail induit un **stress généralisé** neuro-endocrinale comprenant une **symptomatologie physique** complexe incluant une augmentation de la consommation en oxygène, une hyperventilation, une augmentation du débit cardiaque et une augmentation de la pression artérielle.

Ces facteurs (stress et anxiété) diminueraient avec une analgésie péridurale efficace [13].

### 2.2.4 Les avantages de l'analgésie

Comme nous l'avons vu précédemment, la douleur est un facteur source d'angoisse et de peur chez la femme enceinte qui se prépare à accoucher.

Une étude réalisée en 2005 par K.Wijma et ses collaborateurs [14] a cherché à évaluer le lien entre la douleur, le stress et la peur.

Pour se faire, une échelle d'intensité de la douleur et une échelle d'évaluation des peurs à l'accouchement ont été utilisées chez des femmes enceintes entre 37 et 39 SA. De plus, des prélèvements salivaires et urinaires ont été réalisés afin de mesurer les concentrations d'hormones de stress (catécholamines et cortisol) pendant le travail.

L'étude conclut que la peur, la douleur et les concentrations d'hormones de stress étaient influencées et diminuaient lorsque la péridurale était posée et que l'analgésie était correctement installée [14].

### **2.3 Les différents facteurs pouvant induire les peurs durant l'accouchement**

Plus de 20% des femmes ont peur durant la naissance de leur enfant. D'ailleurs, il est intéressant de rappeler que la peur de l'accouchement est davantage prononcée chez les **primipares** que chez les multipares.

Le vécu de l'accouchement est largement influencé par les propres expériences des femmes, comprenant les évènements de leur vie personnelle et leurs antécédents obstétricaux. En effet, lorsque les multipares sont stressées et anxieuses durant leur accouchement, cela vient probablement de leurs **expériences passées** laissant un souvenir traumatique de leur accouchement. Ces femmes sont alors plus sujettes à développer des troubles de stress post-traumatique [15].

La peur de l'accouchement est étroitement liée au stress, à l'anxiété et à l'inquiétude que ressent la femme enceinte.

Le degré de peur en salle d'accouchement peut aussi dépendre du **succès du travail**. Plusieurs hypothèses sont donc possibles pour connaître l'origine de ces peurs [15].



### 2.3.1 La peur de l'inconnu chez les primipares

Nous venons d'évoquer la peur de l'accouchement ressentie chez les multipares, qui serait en lien avec leurs expériences passées traumatisantes.

L'accouchement, encore inconnu chez les primipares, engendre un certain nombre de peurs. Les primipares n'ont aucune expérience, n'ont jamais accouché, que ce soit par voie basse ou par césarienne, elles n'ont jamais vu une salle d'accouchement. Elles ne connaissent pas cet environnement si particulier et n'ont jamais vécu la mise au monde d'un enfant et tout ce qui accompagne cette naissance : les douleurs associées aux contractions utérines, l'expulsion, la délivrance, etc.

Il est important de souligner que cet évènement encore inconnu pour elle, peut les effrayer et être générateur d'angoisses [15].

### 2.3.2 L'influence de l'expérience personnelle

Evaluer l'anxiété chez la parturiente doit tenir compte des expériences précédentes qui peuvent s'avérer traumatiques pour certaines multipares. Ces expériences peuvent alors influencer le vécu de leur accouchement.

En effet, en fonction du vécu de (ou des) accouchement(s) précédent(s), la multipare ne réagira pas de la même manière lors de la naissance de son enfant. Si la multipare garde un bon souvenir de son (ou ses) accouchement(s), alors elle manifestera moins d'inquiétude. Au contraire, si le vécu de son (ou ses) accouchement(s) précédent(s) reste traumatique, alors la parturiente multipare montrera plus d'appréhension à l'égard de la nouvelle situation [7,15].

### 2.3.3 La manière dont se déroule le travail

Chaque travail est différent et peut sortir des descriptifs habituels (littératures, internet, média) sans pour autant basculer sur le plan pathologique. Ces petites variations ainsi que l'attitude des soignants face à celles-ci peuvent engendrer des peurs et inquiétudes chez les parturientes.

Tout dépend aussi de la manière dont les femmes interprètent la situation, en effet elles peuvent percevoir la situation comme dangereuse voire menaçante, ce qui contribue à majorer les angoisses.

### 3. LA SOIGNANTE EN TANT QUE PATIENTE

#### 3.1 Les connaissances médicales

##### 3.1.1 L'apport positif des connaissances médicales

Il est vrai qu'une patiente ayant une profession de santé, qu'elle soit sage-femme, infirmière, médecin ou aide-soignante se retrouve dans un environnement familial lors de son accouchement.

Les connaissances du matériel médical (le monitoring, les appareils échographiques, le matériel à perfusion, etc...), des lieux, de l'organisation du système hospitalier, des normes et des protocoles d'hygiène et de sécurité des soins, impliquent un climat plus serein, **un climat de sécurité**. Cela contribue à **diminuer la peur de l'inconnu** et à instaurer une certaine **confiance en soi et envers l'équipe médicale**.

Nous évoquons ceci d'une manière générale, c'est-à-dire que nous parlons globalement de l'ensemble des patientes ayant une profession de santé et de leur vécu lors de la naissance de leur enfant.

Le mémoire de S.Eyquem et C.Gensous [3] est très intéressant car ces deux étudiantes ont ciblé le vécu de la sage-femme.

Leur étude a montré que les connaissances des sages-femmes apportent de nombreux avantages dans le vécu de leur accouchement étant donné que leurs connaissances diminuent la peur de l'inconnu. Leur savoir peut aussi **atténuer la sensation d'angoisse**.

De plus, les sages-femmes sont parfois prises en charges et suivies par des membres du **personnel soignant qu'elles ont voulu choisir**, ceci contribuant à instaurer une certaine confiance entre elles et les soignantes qu'elles connaissent bien, ce qui peut les amener à être plus sereines et donc à diminuer leurs peurs et angoisses [3].

Enfin, avec leurs connaissances précises en obstétrique, les sages-femmes peuvent s'auto-examiner et partir ainsi à la maternité au bon moment. Ceci les laissant plus libres de leurs mouvements. Elles peuvent être plus impliquées, ne pas être passives pour gérer une partie du travail et de l'accouchement. De ce fait, elles «subissent» moins le travail et participent ainsi de manière plus active à leur propre accouchement [3].

Ces spécificités de connaissances médicales pour la sage-femme sont bien évidemment superposables en tous points aux gynécologues-obstétriciennes.

### 3.1.2 Les aspects négatifs de cette connaissance

Dans leur mémoire, S.Eyquem et C.Gensous étudient également les inconvénients causés par les connaissances que détient la sage-femme.

En effet, la sage-femme (ou obstétricienne ou pédiatre), grâce à ses études puis dans l'exercice de sa profession, **connaît un large éventail de pathologies** spécifiques à l'obstétrique et à la pédiatrie. De par son expérience, la sage-femme a certainement connu en salle d'accouchement, en tant que professionnelle, des situations délicates voire même effrayantes et catastrophiques, tant pour la femme que pour l'enfant.

Ces connaissances font que la sage-femme peut se poser beaucoup de questions, **transposer des situations déjà vécues, voir somatiser des symptômes**, ce qui constitue un facteur supplémentaire de stress et d'angoisse.

Ceci, peut par conséquent, entraîner ces femmes dans **un état de vigilance extrême** par rapport à leur propre accouchement, en ne mettant pas de côté leur profession mais au contraire en la laissant s'immiscer durant tout le travail et l'accouchement. De ce fait, ces femmes peuvent **ne pas réussir à «lâcher prise»** et à se laisser aller complètement durant leur propre expérience de l'accouchement [3].

Enfin, le fait de connaître l'équipe qui nous prend en charge, peut aussi freiner l'épanouissement en tant que patiente, par **peur du regard de ses propres collègues**.

## 3.2 La confiance envers l'équipe médicale

Une relation de confiance s'établit entre la sage-femme qui accouche et le personnel soignant, au même titre qu'entre une «patiente lambda» et son soignant.

Une étude, publiée en 2002 par Hodnett et ses collaborateurs, a établi un lien entre la douleur et la satisfaction des femmes en ce qui concerne l'expérience de l'accouchement [16].

Beaucoup de facteurs semblent être importants dans la satisfaction de la patiente pour son accouchement, tel que le soutien des soignants. Un soutien continu par les soignants est important dans le vécu de l'accouchement. Les réponses aux attentes de la patiente sont aussi primordiales [1].

La qualité de la relation soignant-soignée, la mise en confiance de la patiente ainsi que l'implication de la patiente dans la prise de décision jouent un rôle capital en faveur d'un bon vécu de l'accouchement.

Cette étude [16] met en évidence le fait que l'attitude et le comportement des soignants sont très importants dans le vécu de l'accouchement et contribuent à satisfaire les patientes.

Cette relation soignant-soignée est capitale car elle contribue d'une part, à instaurer un climat de confiance. D'autre part, lorsque les femmes évaluent leur expérience de l'accouchement, on constate que la relation soignant-soignée prime par rapport à d'autres facteurs tels que l'environnement matériel, la prise en charge de la douleur, les différentes interventions médicales [3,16].

Ainsi, selon S.Eyquem et C.Gensous, le vécu de l'accouchement chez une femme dépend fortement du climat qui l'entoure. La patiente est très réceptive aux attentions des soignants et à leur comportement.

Par conséquent, la relation de confiance entre le soignant et la soignée reste primordiale, quel que soit le statut professionnel de la patiente. Mais pourtant, la sage-femme enceinte fait partie des patientes ayant le privilège de pouvoir choisir la personne qui la prendra en charge, que ce soit une amie proche et collègue ou bien une autre personne. Dans tous les cas, elle pourra facilement donner son avis sur sa propre prise en charge médicale et sur les conduites à tenir [3].

## **CHAPITRE 2 : MATERIEL ET METHODE**

## 1. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude descriptive et observationnelle à visée comparative, de type transversale. Cette enquête uni-centrique a été réalisée au sein de la maternité du groupe hospitalier de Pellegrin à Bordeaux.

L'étude vise à évaluer le vécu de la salle d'accouchement par les parturientes appartenant à une profession de santé.

Ce vécu est ensuite comparé à celui des parturientes ayant une profession autre que du domaine la santé. Notre hypothèse serait que le vécu en salle d'accouchement des patientes appartenant à une profession de santé est plus anxiogène que le vécu des parturientes appartenant à un autre type de profession.

Les inclusions de patientes pour cette étude ont débuté le 27 Juin 2011 et se sont terminées le 05 Septembre 2011.

## 2. CRITERES D'INCLUSION

Tout d'abord, pour notre **population test**, les patientes incluses dans notre étude devaient avoir une **profession de santé**, qu'elle soit médicale ou paramédicale.

Le terme médical comporte : les patientes médecins (toutes spécialités confondues), les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens mais aussi les étudiantes sages-femmes et étudiantes en médecine.

En ce qui concerne les patientes ayant une **profession paramédicale**, étaient incluses les infirmières (travaillant dans tous services confondus), les puéricultrices, les auxiliaires de puériculture et les aides-soignantes travaillant

dans les services en relation avec la maternité et la pédiatrie ainsi que les étudiantes correspondant aux mêmes catégories.

Ensuite, pour notre **population témoin**, les patientes ayant un **tout autre type de profession** que du domaine de la santé étaient incluses dans l'enquête afin d'effectuer la comparaison entre les deux groupes de patientes.

Pour les deux populations (test et témoin), les patientes primipares, multipares, ayant eu une grossesse physiologique ou pathologique, ayant accouché par voie basse ou par césarienne, ayant eu une analgésie péridurale ou pas d'anesthésie ont été incluses dans notre étude.

Enfin, les patientes devaient être majeures, elles devaient parler et comprendre le français et elles devaient avoir donné leur consentement.

### **3. CRITERES D'EXCLUSION**

Les critères d'exclusion concernaient :

- Les patientes ne comprenant pas et ne parlant pas la langue française
- Les patientes refusant de participer à l'étude.
- Les patientes que j'ai eu l'occasion de suivre lors de mon stage en salle d'accouchement au mois d'Août.
- Les aides-soignantes travaillant dans un service n'ayant pas de rapport avec la maternité et la pédiatrie étaient exclues
- Les accouchements prématurés avant 36 SA
- Les accouchements ayant une issue dramatique pour la mère et l'enfant.

## 4. CRITERES DE JUGEMENT

Pour évaluer le ressenti et le vécu des patientes ayant une profession de santé et celui des patientes ayant un autre type de profession et pour conclure si le vécu était plus anxiogène chez les patientes du milieu médical, nous nous sommes appuyés d'une part, sur les **définitions générales** du stress, de l'anxiété et de l'angoisse.

D'autre part, nous avons étudié les **différentes peurs** que les femmes peuvent ressentir en salle d'accouchement comme la peur de la mort, la peur de perdre l'enfant, la peur de la douleur.

Nous évaluons également la **notion de confiance en soi**.

Ceci concernant la **partie commune** du questionnaire aux deux populations.

En ce qui concerne les patientes appartenant au monde de la santé, nous avons dû prolonger le questionnaire pour ainsi évaluer l'impact de leurs connaissances sur leur vécu. Nous devons donc connaître si ce sont les patientes qui avaient fait le choix du professionnel les ayant pris en charge et si ces patientes ont pu «lâcher prise» ou au contraire si elles ont gardé un état de «vigilance extrême» pendant le travail et l'accouchement.

## 5. REALISATION PRATIQUE

Cette étude a débuté le 27 Juin 2011 et s'est terminée le 5 Septembre 2011. Elle s'est déroulée au sein des trois ailes de **suites de couches** du bâtiment de la maternité du groupe hospitalier Pellegrin.

**Deux types de questionnaires ont été réalisés**, pour le groupe cas et pour le groupe témoin. D'une part, un questionnaire était adressé aux patientes



appartenant à une profession de santé. D'autre part, un questionnaire était adressé aux patientes appartenant à un autre type de profession. Nous avons procédé à des **entretiens semi-dirigés** en suites de couches, en **relevant sur le dossier administratif la profession des patientes** et respectant les critères d'inclusion. Pour chaque patiente du groupe cas qui acceptait l'étude, nous interrogeons une patiente pour le groupe témoin, dans une des chambres jouxtant celle de la patiente ayant une profession de santé.

Les deux types de questionnaires comportent **une partie commune** dont les questions ont été rédigées à partir d'un ouvrage sur la psychanalyse de l'accouchement «*Ces neuf mois-là : une approche psychanalytique de la grossesse et de la naissance*» [3] conseillé par Mme Glatigny, psychologue travaillant à la maternité.

Les premières questions portent tout d'abord sur des généralités en rapport avec leur grossesse puis essentiellement sur des **sentiments** tels que la sérénité, l'angoisse, l'anxiété, les différentes peurs, les sentiments de contrôle de soi et de confiance en soi.

Sont ajoutées des **questions spécifiques** pour la population cas. Ces questions portent sur **l'influence des connaissances médicales** dans le vécu de l'accouchement.

Les patientes ont été interrogées à l'oral de manière semi-dirigée. Pour se faire, les questionnaires sont constitués de questions fermées. Ces entretiens ont été réalisés par nos soins, dans **l'anonymat** et en ayant recueilli le **consentement** des patientes. Les questions ont été posées de la même manière à toutes les patientes avec un interrogatoire pouvant durer environ vingt minutes sans s'étendre au-delà du questionnaire.

## 6. ANALYSE STATISTIQUE

Pour les variables qualitatives, les données seront présentées en pourcentage. La comparaison des pourcentages sera réalisée par le Test du Chi 2 lorsque les effectifs attendus seront supérieurs à 5, voire un Test de Fisher si les effectifs théoriques sont trop faibles.

Pour les variables quantitatives, les données seront présentées en moyenne + / - écart-type, et en médiane avec l'écart interquartile.

La comparaison des variables quantitatives reposera sur le Test de Student pour les effectifs supérieurs à 30 ou si la distribution de la variable suit une loi normale.

Sinon un test non-paramétrique de Mann-Whitney sera utilisé si les effectifs sont trop faibles ou si les variables étudiées ne suivent pas une loi normale.

Une p-value inférieure à 0,05 sera utilisée comme seuil d'une différence significative.

Les données seront saisies à l'aide d'un fichier Excel et les analyses seront réalisées sur le logiciel R.

## **CHAPITRE 3 : PRESENTATION DES RESULTATS**

Le recrutement des patientes s'est terminé début Septembre, incluant ainsi 40 patientes dans le groupe cas (professionnelles de santé) et 40 patientes dans le groupe témoin.

## 1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

**Tableau I** : Age, niveau d'étude, statut social, profession de la mère et du père, gestité, parité et terme.

Caractéristiques	Groupe cas (n=40)	Groupe témoin (n=40)	P value
<b>Age</b>	30.98+/-4.07	29.63+/-5.46	0.21* NS
<b><u>Niveau d'étude</u></b>			
- Collège	0 (0%)	3 (7.5%)	<<<0,02**
- CAP, BEP	0 (0%)	4 (10%)	
- Lycée	0 (0%)	6 (15%)	
- Supérieur bac	40 (100%)	27 (67.5%)	
<b><u>Statut social</u></b>			
- En couple	40 (100%)	37 (92.5%)	NS**
- Célibataire	0 (0%)	3 (7.5%)	
<b><u>Profession mère</u></b>			
- Paramédicale	24 (60%)	0 (0%)	<<<0.02**
- Paramédicale maternité	4 (10%)	0 (0%)	
- Médicale	9 (22.5%)	0 (0%)	
- Médicale maternité	3 (7.5%)	0 (0%)	
- Autre intellectuelle	0 (0%)	20 (50%)	
- Autre manuelle	0 (0%)	15 (37.5%)	
- Sans profession	0 (0%)	5 (12.5%)	
<b><u>Profession père</u></b>			
- Santé	8 (20%)	1 (2.5%)	0.007**
- Autre manuel	8 (20%)	16 (40%)	
- Autre intellectuel	24 (60%)	20 (50%)	
- Sans profession	0 (0%)	3 (7.5%)	
<b><u>Gestité</u></b>			
- Primigeste	15 (37.5%)	18 (45%)	NS***
- Multigeste	25 (62.5%)	22 (55%)	
<b><u>Parité</u></b>			
- Primipare	22 (55%)	20 (50%)	NS***
- Multipare	18 (45%)	20 (50%)	
<b><u>Antécédents obstétricaux des multipares</u></b>			
- positifs	13 (71.5%)	13 (65%)	NS***
- négatifs	5 (28.5%)	7 (35%)	
<b><u>Terme</u></b>	39.73+/-1.47	39.03+/-1.80	NS*

\* = Test de Student \*\* = Test de Fisher \*\*\* = Test du Chi2 NS : Non Significatif

En ce qui concerne l'âge, le statut social, la gestité, la parité et le terme, les deux groupes sont comparables. Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes (p-value>0.05).

En revanche, les deux groupes révèlent leurs différences significatives pour le niveau d'études, la profession du père avec une p-value très inférieure à 0.02. Bien évidemment cette valeur est aussi significative pour la profession de la patiente dans la mesure où c'est l'objectif des deux groupes étudiés (Tableau I).

**Tableau II** : Déroulement du travail, de l'accouchement, accès à la péridurale, déroulement de la grossesse et antécédents de dépression.

Caractéristiques	Groupe cas (n=40)	Groupe témoin (n=40)	P value
<b>Travail</b>			
- <i>Spontané</i>	26 (65%)	23 (57.5%)	<b>NS**</b>
- <i>Déclenchement</i>	14 (35%)	17 (42.5%)	
<b>Accouchement</b>			
- <i>Normal</i>	29 (72.5%)	27 (67.5%)	<b>NS**</b>
- <i>Instruments</i>	7 (17.5%)	5 (12.5%)	
- <i>Césarienne programmée</i>	2 (5%)	2 (5%)	
- <i>Césarienne en urgence</i>	2 (5%)	6 (15%)	
<b>Péridurale</b>			
- <i>Présence</i>	36 (90%)	35 (87.5%)	<b>NS**</b>
- <i>Absence</i>	4 (10%)	5 (12.5%)	
<b>Episiotomie :</b>			
- <i>Présence</i>	12 (30%)	6 (15%)	<b>NS***</b>
- <i>Absence</i>	28 (70%)	34 (85%)	
<b>Pathologies</b>			
- <i>Présence</i>	9 (22.5%)	9 (22.5%)	<b>NS***</b>
- <i>Absence</i>	31 (77.5%)	31 (77.5%)	
<b>Antécédents de dépression</b>			
- <i>Oui</i>	11 (27.5%)	6 (15%)	<b>NS***</b>
- <i>Non</i>	29 (72.5%)	34 (85%)	
<b>Préparation</b>			
- <i>Oui</i>	31 (77.5%)	21 (52.5%)	<b>NS***</b>
- <i>Non</i>	9 (22.5%)	19 (47.5%)	
<b>Préparation faite utile</b>			
- <i>Oui</i>	28 (90.3%)	19 (90.5%)	<b>NS***</b>
- <i>Non</i>	3 (9.7%)	2 (9.5%)	

\* = Test de Student \*\* = Test de Fisher \*\*\* = Test du Chi2 NS : Non Significatif

Le tableau II nous montre qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes par rapport au déroulement du travail, de l'accouchement ainsi que le déroulement de la grossesse (p-value>0.05). **Donc pour ces critères concernant le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, les deux groupes sont similaires pour évaluer le vécu de l'accouchement.**

## 2. LE RESENTI DES PARTURIENTES EN SALLE DE NAISSANCE

### 2.1 Les sentiments relatifs à l'anxiété et l'angoisse

**Tableau III :** Les sentiments des patientes portant sur l'angoisse et l'anxiété.

Caractéristiques	Groupe cas	Groupe témoin	P-value
<b><u>Anxiété/angoisse</u></b>			
- <i>Oui</i>	21 (52.5%)	23 (57.5%)	<b>NS***</b>
- <i>Non</i>	19 (47.5%)	17 (42.5%)	
<b><u>Appréhension</u></b>			
- <i>Oui</i>	27 (67.5%)	24 (60%)	<b>NS***</b>
- <i>Non</i>	17 (42.5%)	16 (40%)	
<b><u>Sérénité</u></b>			
- <i>Oui</i>	25 (62.5%)	25 (62.5%)	
- <i>Non</i>	15 (37.5%)	15 (37.5%)	<b>NS***</b>

\* = Test de Student \*\* = Test de Fisher \*\*\* = Test du Chi2 NS : Non Significatif

Concernant l'évaluation de l'angoisse durant l'accouchement, il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes (p-value>0.05 : Tableau III).

## 2.2 Les différentes peurs

**Tableau IV** : Les différentes peurs que peuvent ressentir les femmes en salle d'accouchement

Les peurs	Groupe cas	Groupe témoin	P-value
<b><u>Douleur</u></b>			
-pas du tout	13 (32.5%)	13 (32.5%)	<b>NS***</b>
-un peu	12 (30%)	10 (25%)	
-assez	2 (5%)	1 (2.5%)	
-beaucoup	13 (32.5%)	16 (40%)	
<b><u>Echec</u></b>			
-pas du tout	18 (45%)	20 (50%)	<b>NS**</b>
-un peu	12 (30%)	6 (15%)	
-assez	1 (2.5%)	0 (0%)	
-beaucoup	9 (22.5%)	14 (35%)	
<b><u>Imprévu</u></b>			
-pas du tout	8 (20%)	15 (37.5%)	<b>NS**</b>
-un peu	20 (50%)	10 (25%)	
-assez	1 (2.5%)	0 (0%)	
-beaucoup	11 (27.5%)	15 (37.5%)	
<b><u>Mort</u></b>			
-pas du tout	25 (62.5%)	24 (60%)	<b>NS**</b>
-un peu	10 (25%)	11 (27.5%)	
-assez	0 (0%)	2 (5%)	
-beaucoup	5 (12.5%)	3 (7.5%)	
<b><u>Perdre l'enfant</u></b>			
-pas du tout	17 (42.5%)	18 (45%)	<b>NS**</b>
-un peu	13 (32.5%)	9 (22.5%)	
-assez	0 (0%)	1 (2.5%)	
-beaucoup	10 (25%)	12 (30%)	
<b><u>Subir sans être écoutée</u></b>			
-pas du tout	29 (72.5%)	24 (60%)	<b>NS**</b>
-un peu	9 (22.5%)	13 (32.5%)	
-assez	0 (0%)	1 (2.5%)	
-beaucoup	2 (5%)	2 (5%)	
<b><u>Gênée par le regard des autres</u></b>			
-pas du tout	32 (80%)	35 (87.5%)	<b>NS**</b>
-un peu	7 (17.5%)	5 (12.5%)	
-assez	0 (0%)	0 (0%)	
-beaucoup	1 (2.5%)	0 (0%)	

\* = Test de Student \*\* = Test de Fisher \*\*\* = Test du Chi2 NS : Non Significatif

Nous étudions les diverses peurs que peuvent ressentir les patientes en salle d'accouchement pour pouvoir évaluer leur angoisse et leur anxiété.

En ce qui concerne la peur de la douleur, la peur de l'échec, la peur de l'imprévu, la peur de la mort et la peur de perdre l'enfant, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes ( $p\text{-value} > 0.05$ ), les deux groupes sont donc semblables. (Tableau IV).

## 2.3 Le soutien et l'accompagnement

**Tableau V :** Le soutien et l'accompagnement des patientes en salle d'accouchement

<b>Caractéristiques</b>	<b>Groupe cas</b>	<b>Groupe témoin</b>	<b>P-value</b>
<b><u>Accompagnant</u></b>			
-présent	38 (95%)	37 (92.5%)	<b>NS**</b>
-absent	2 (5%)	3 (7.5%)	
<b><u>Soutien par le personnel soignant</u></b>			
-oui	40 (100%)	40 (100%)	<b>NS**</b>
-non	0 (0%)	0 (0%)	
<b><u>Encadrement rigide par le personnel soignant</u></b>			
-oui	0 (0%)	0(0%)	<b>NS**</b>
-non	40 (100%)	40 (100%)	

\* = Test de Student \*\* = Test de Fisher \*\*\* = Test du Chi2 NS : Non Significatif

En ce qui concerne le fait que les patientes soient soutenues et encadrées durant ce moment important de leur vie, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes car dans chaque groupe 100% des femmes disent avoir été soutenues et encadrées par le personnel soignant de manière rassurante.

De même, **95%** des femmes du groupe cas avaient un accompagnant et pour **92.5%** des femmes dans le groupe témoin. Avec une p-value à 1, les deux groupes sont comparables (Tableau V).



## 2.4 Le contrôle de soi-même, et la confiance en soi pendant le travail et l'accouchement

**Tableau VI** : Le contrôle de soi et la confiance en soi pendant le travail et l'accouchement.

Caractéristiques	Groupe cas	Groupe témoin	P-value
<b><u>Le contrôle de soi</u></b>			
- <i>Oui</i>	32 (80%)	33 (82.5%)	<b>NS***</b>
- <i>Non</i>	8 (20%)	7 (17.5%)	
<b><u>La confiance en soi</u></b>			
- <i>Oui</i>	31 (77.5%)	27 (67.5%)	<b>NS***</b>
- <i>Non</i>	9 (22.5%)	13 (32.5%)	

\* = Test de Student \*\* = Test de Fisher \*\*\* = Test du Chi2 NS : Non Significatif

Entre les deux groupes, il n'y a pas de différence significative par rapport à la notion de contrôle de soi ( $p\text{-value} > 0.05$ ).

Pour la confiance en soi, la différence n'est pas non plus significative. Les deux groupes sont aussi comparables ( $p\text{-value} > 0.05$  : Tableau VI).

## 2.5 L'accouchement est-il perçu comme une «expérience formidable» par les patientes ?

**Tableau VII** : L'accouchement : «expérience formidable» ?

Caractéristiques	Groupe cas	Groupe témoin	P-value
- <b>Oui</b>	25 (62.5%)	27 (67.5%)	<b>NS**</b>
- <b>Non</b>	15 (37.5%)	13 (32.5%)	

\* = Test de Student \*\* = Test de Fisher \*\*\* = Test du Chi2 NS : Non Significatif

L'accouchement est perçu comme une expérience formidable pour **62.5%** des patientes dans le groupe cas contre **67.5%** des patientes dans le groupe

témoin (Tableau VII). La différence entre les deux groupes n'est pas significative (p-value>0.05).

### 3. LE PASSAGE DE «L'AUTRE COTE DE LA BARRIERE»

#### 3.1 Peut-on faire abstraction de notre profession ?

**Tableau VIII** : Fait-on abstraction de sa profession de santé lors de son propre accouchement ?

Caractéristiques	Profession de santé (n=40)
<b><u>Changement par rapport à la profession</u></b>	
- <i>Oui</i>	31 (77.5%)
- <i>Non</i>	9 (22.5%)
<b><u>Choix du professionnel</u></b>	
- <i>Oui</i>	9 (22.5%)
- <i>Non</i>	31 (77.5%)
<b><u>Abstraction de la profession par la patiente</u></b>	
- <i>Oui</i>	26 (65%)
- <i>Non</i>	14 (35%)
<b><u>Abstraction de la profession par les soignants</u></b>	
- <i>Oui</i>	33 (82.5%)
- <i>Non</i>	7 (17.5%)

**Notons que 77.5%** des patientes du groupe cas estiment que le fait d'avoir **une profession de santé a changé quelque chose dans le vécu** de leur accouchement (Tableau VIII).

On constate aussi que **22.5%** de ces patientes **ont voulu choisir le professionnel qui les prenait en charge**. De même, **65%** de ces patientes ont fait **totalemment abstraction de leur profession** et se considéraient comme des patientes n'ayant pas de profession dans le milieu de la santé.

Enfin, **82.5%** des patientes ayant une profession de santé voulaient que **le personnel soignant fasse abstraction de leur profession** (Tableau VIII).

### 3.2 Les connaissances médicales jouent-elles un rôle dans le vécu?

**Tableau IX** : L'influence des connaissances médicales sur le vécu de l'accouchement.

Caractéristiques	Profession de santé (n=40)
<b><u>Inconnu</u></b>	
- <i>Oui</i>	14 (35%)
- <i>Non</i>	26 (65%)
<b><u>Éléments appris durant l'accouchement</u></b>	
- <i>Oui</i>	29 (72.5%)
- <i>Non</i>	11 (27.5%)

Selon notre étude, **35%** des patientes ayant le métier de soignante considèrent que l'accouchement est un évènement **totalelement inconnu** pour elles.

Et inversement, **72.5%** des femmes-cas considèrent avoir **appris des choses durant leur accouchement** (Tableau IX).

### 3.3 Peut-on « lâcher prise » lorsque l'on passe de « l'autre côté de la barrière » ?

**Tableau X** : «Lâche-t-on prise» ou au contraire, garde-t-on un état de vigilance extrême lorsque l'on passe de «l'autre côté de la barrière» ?

Caractéristiques	Profession de santé (n=40)
<b><u>Lâcher prise</u></b>	
- <i>Oui</i>	36 (90%)
- <i>Non</i>	4 (10%)
<b><u>Vigilance extrême</u></b>	
- <i>Oui</i>	11 (27.5%)
- <i>Non</i>	29 (72.5%)

Dans notre population de patientes ayant une profession de santé, **90%** estiment avoir **lâché prise** durant leur travail et accouchement et **27.5%** de ces femmes ont gardé, selon elles, une **vigilance extrême** durant leur travail et accouchement (Tableau X).

### 3.4 Et la présence et participation des étudiants ?

**Tableau XI** : La participation des étudiants

<b>Caractéristiques</b>	<b>Profession de santé (n=40)</b>
<b><u>Dérangées par les étudiants</u></b>	
- <i>Oui</i>	2 (5%)
- <i>Non</i>	38 (95%)

Nous voulions savoir si ces professionnelles de santé ayant l'habitude d'encadrer les étudiants dans leur vie quotidienne au travail étaient dérangées ou non par la présence des étudiants.

Il s'avère que **95%** de ces patientes ne sont pas dérangées par la présence des étudiants (tableau XI).

### 3.5 En conclusion, les connaissances médicales influencent-elles le vécu du travail et de l'accouchement ?

**Tableau XII** : L'influence des connaissances médicales sur le vécu de l'accouchement.

Caractéristiques	Profession de santé (n=40)
<b>Influence</b>	
- <i>Pas du tout</i>	4 (10%)
- <i>Un peu</i>	12 (30%)
- <i>Modérément</i>	12 (30%)
- <i>Assez</i>	8 (20%)
- <i>Beaucoup</i>	4 (10%)

Nous constatons, d'après notre étude, que 10 % des patientes ayant une profession de santé considèrent que les connaissances dans le domaine médical n'influencent pas du tout le vécu de leur accouchement, **30% considèrent «un peu», 30% «modérément», 20% «assez» et 10% «beaucoup».**

Dans si l'on regroupe : «un peu, modérément, assez, beaucoup» en «oui» et «pas du tout» en «non», nous constatons que pour **90% de ces patientes les connaissances médicales influencent le vécu de l'accouchement** (Tableau XII).

## **CHAPITRE 4 : ANALYSE ET DISCUSSION**

# 1. ANALYSE DES RESULTATS

## 1.1 La population étudiée

Dans notre étude, nous avons comparé deux groupes de patientes. Dans le groupe cas, les patientes ont une profession de santé (médicale ou paramédicale). Dans le groupe témoin, les patientes ont un autre type de profession qui ne correspond pas à une profession médicale ou paramédicale.

En ce qui concerne **l'âge et le statut social**, les deux groupes étaient comparables.

Les deux groupes étaient aussi semblables par rapport à la **parité**. En effet, la répartition des primipares et des multipares dans chacun des deux groupes était similaire.

Concernant les caractéristiques relatives aux circonstances du déroulement de la grossesse, les deux groupes étaient donc comparables.

Par rapport au déroulement global de l'accouchement (le terme de l'accouchement, le déroulement du travail, de la naissance, de l'accès à l'analgésie), les deux groupes étaient identiques.

Compte tenu de l'objectif de notre étude, il est évident que les deux groupes soient **différents en ce qui concerne la profession de la mère** puisque nous recherchions des professions médicalisées dans le groupe cas et des professions toutes autres pour le groupe témoin ( $p\text{-value} \lll 0.02$ ).

En conclusion, nos deux groupes, cas et témoins, étaient similaires concernant les circonstances de la grossesse et de l'accouchement pour être facilement appareillables et fiables dans l'étude.

## 1.2 L'évaluation de l'angoisse et des peurs chez les parturientes

Dans notre étude, nous avons voulu savoir si le fait d'avoir une profession de santé ne génère pas plus d'anxiété et d'angoisse lorsque la patiente passe «de l'autre côté de la barrière», autrement dit, lorsqu'elle se retrouve, non pas dans une position de soignante, mais à l'inverse, de patiente.

En comparant les deux groupes sur les sentiments d'**angoisse et d'anxiété**, nous obtenons des **résultats non significatifs** avec une p-value  $>0,05$ . Il est donc important de constater que le personnel médical, quelles que soient ses connaissances sur l'accouchement, ressent les mêmes angoisses, ni plus ni moins, que les patientes «lambda». Cela doit nous faire prendre conscience de l'importance **d'encadrer de manière similaire** nos deux groupes étudiés, tout en adaptant bien sûr un **langage adapté** pour chacun.

Dans la littérature, nous n'avons pas retrouvé d'études comparant l'angoisse chez les patientes durant l'accouchement entre les professionnelles de santé et les autres patientes.

Ensuite, nous avons analysé les **peurs** que peuvent éprouver les femmes enceintes lorsqu'elles vont accoucher dans un futur proche. Nous obtenons des **résultats non significatifs** (p-value $<0,05$ ).

Une femme qui vit un évènement tel que l'accouchement exprimera certaines craintes, qu'elle travaille dans un milieu médicalisé ou dans un tout autre milieu. Dans notre étude, dans les deux groupes, les femmes expriment de manière similaire des peurs comme la peur de la douleur, la peur de la mort, la peur de perdre l'enfant et la peur de l'échec.

Une étude, publiée en 2001 par K.Wijma et ses collaborateurs [15] fait le **lien entre l'anxiété et l'expression des différentes peurs**. L'anxiété ressentie par les femmes est liée aux peurs qu'elles éprouvent ; d'ailleurs cette étude



montre que les femmes qui ont un niveau de peur très élevé vont être plus anxieuses que les femmes qui ont un faible niveau de peurs.

Donc un lien existe entre les peurs exprimées et l'anxiété ressentie.

Dans notre étude, pour pouvoir évaluer l'angoisse, l'anxiété et les différentes peurs, nous nous sommes appuyés sur l'analyse précise et détaillée des sentiments ressentis par la femme enceinte figurant dans l'ouvrage de M.Szejer et R.Stewart : «*Ces neuf mois-là : une approche psychanalytique de la grossesse et de l'accouchement*» [2].

Il est important de noter que, en 1998, dans une étude publiée dans le journal psychosomatique d'Obstétrique et de Gynécologie [17], les auteurs montrent qu'il est difficile d'étudier et de mesurer les peurs de manière précise par manque et insuffisance d'outils de mesures.

Ainsi, même si la mesure précise des peurs est difficile, certains auteurs comme M.Szejer et R.Stewart ont observé les différentes peurs pendant la grossesse et l'accouchement. Grâce à leur analyse, ceci a permis à notre étude de montrer qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant l'ensemble des peurs que peuvent exprimer les parturientes.

### **1.3 Qu'est-ce qui peut diminuer ces peurs et ces angoisses ?**

#### **1.3.1 Les expériences passées**

Nous sommes partis du postulat de départ que les peurs et les angoisses sont proportionnellement moindres chez une multipare si on considère que ses expériences passées de la maternité aient été positives.

Dans notre étude, parmi les multipares du groupe cas, **71.5%** des patientes ont un vécu positif de leur(s) précédent(s) accouchement(s) contre **65%** dans le groupe témoin.

Dans la littérature, nous avons retrouvé une étude s'intéressant à la comparaison du vécu entre les nullipares et les multipares. Cette étude, réalisée

par K.Wijma et ses collaborateurs [15] a voulu évaluer l'angoisse chez 77 nullipares et 85 multipares par l'intermédiaire des différentes peurs exprimées à 32 SA, à deux heures et à cinq semaines dans le post-partum à l'aide du W-DEQ. Les parturientes ont été réparties en trois groupes comprenant des niveaux de peurs élevés, modérés et faibles.

Les résultats montrent que 79,2% des nullipares ont un niveau de peur élevé et parmi ces femmes, 55,4%, sont anxieuses. Chez les multipares, 77,4% ont un niveau élevé de peurs et parmi ces multipares, 57,9% sont anxieuses.

Selon l'étude de K.Wijma, quelle que soit la parité de la patiente, le niveau de peurs et d'anxiété n'est pas différent.

### 1.3.2 La préparation à la naissance

Nous nous sommes demandé si la préparation à la naissance n'influence pas le vécu en diminuant les angoisses et les peurs par rapport à l'inconnu de la situation.

Dans notre étude, les deux groupes sont **semblables** concernant la **préparation à l'accouchement** ( $p$ -value>0.05). Parmi les femmes ayant participé aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité, 90% d'entre elles estiment que ces cours leur ont été utiles pour l'accouchement et ceci est identique dans les deux groupes.

Après s'être intéressée à l'origine des craintes exprimées par les patientes, une étude, publiée en 2002, dans le Journal d'Obstétrique et de Gynécologie psychosomatique [18], s'interroge sur l'influence des informations reçues en cours de préparation à la naissance dans le vécu de l'accouchement. Cette étude a été réalisée auprès de 8000 femmes de 1991 à 1999 par le biais d'un questionnaire. Elle décrit l'ensemble des situations qui ont effrayé les patientes. Cette étude montre que **50%** de ces parturientes avaient peur pour la **santé de leur enfant**, **40%** avaient **peur de la douleur**, enfin **12%** appréhendaient les **interventions médicales** telles que la césarienne, l'anesthésie, etc.

De même, les auteurs se sont demandé si les **séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP)** ne seraient pas à l'origine de ces craintes. D'après leurs travaux, il est difficile d'établir un avantage clair des séances de PNP afin de réduire les peurs de l'accouchement.

Ainsi, les informations reçues par les patientes au cours des séances de PNP jouent un rôle dans le vécu plus ou moins anxiogène de l'accouchement.

### 1.3.3 L'Accompagnement

L'Accompagnement des femmes dans leur travail et accouchement est **primordial**. Cet accompagnement est censé diminuer la peur et les angoisses.

Notre étude montre que la différence entre les deux groupes n'est pas significative ( $p\text{-value}>0.05$ ). Concernant un **accompagnement rassurant par le personnel et l'entourage**, les deux groupes sont semblables. Plus de 92% de ces femmes étaient accompagnées et elles ont toutes estimé avoir reçu un soutien rassurant de la part de l'équipe médicale.

Dans la littérature, une étude parue en 2003 dans les revues Cochrane Database [19], montre que le soutien continu apporté aux femmes pendant le travail est capital. Ce peut être un soutien apporté par une sage-femme, par leur mari, par leur mère ou bien un(e) ami(e).

Il apparaît donc que ce soutien donne plus facilement la chance aux parturientes d'accoucher spontanément par voie basse et sans le recours aux extractions instrumentales.

Cet accompagnement va amener les femmes à une **meilleure confiance** en elle pour diminuer les peurs et les angoisses.

Dans les résultats de notre étude, concernant les notions de contrôle et de confiance en soi, il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes ( $p\text{-value}>0.05$ ).

Mais aussi, il est important de souligner que le soutien continu contribue à créer, chez la femme qui s'apprête à accoucher, **un sentiment contrôle de soi**. Le fait d'être soutenue permet aussi à la femme enceinte de **se sentir**

**compétente.** Ce qui amène, par conséquent, ces femmes à réaliser un travail brillant dans des conditions de confort, d'humanisation et les amenant ainsi à accoucher de manière spontanée sans interventions médicales.

De ce fait, un bon accompagnement et une meilleure confiance en soi contribuent à faire de l'accouchement une «expérience formidable».

Dans notre étude, par rapport au «ressenti **formidable de l'expérience de l'accouchement**», les deux groupes sont comparables (p-value>0.05).

Une étude publiée en 2004, par P.Goodman [20], évalue les facteurs pouvant contribuer à la **satisfaction des femmes** pendant leur accouchement. 60 femmes entre 18 et 46 ans ont été interrogées après leur accouchement.

Cette étude met en évidence que la satisfaction des femmes à l'accouchement est d'une part liée au fait d'avoir **un soutien humain**. D'autre part, cette satisfaction est liée, de manière non négligeable, **au contrôle personnel** de ces femmes et à la façon qu'elles ont de vouloir maîtriser leur propre accouchement.

En conclusion, les éléments qui peuvent être impliqués dans un vécu «fabuleux» de l'accouchement sont l'accompagnement et le soutien, ceux-ci pouvant permettre à la patiente de se sentir compétente.

#### **1.4 L'étude du cas particulier des patientes travaillant à la maternité**

Dans cette étude, nous évaluons l'impact de la profession de santé et l'influence des connaissances médicales sur le vécu de l'accouchement.

Nous constatons que **65%** des patientes du groupe cas ont fait **abstraction** de leur profession. De même, **65%** des patientes ayant une profession de santé ne **considéraient pas** l'accouchement comme un **évènement inconnu**. Même si ces patientes connaissent le milieu médical et hospitalier,

**72,5%** de ces femmes estiment avoir **appris** des choses lors de leur présence en salle d'accouchement.

Donc, en majorité, même si l'accouchement n'est pas totalement inconnu pour ces femmes professionnelles de santé, il reste un **évènement unique** qui permet à la femme de **devenir «maman»**. En salle d'accouchement, ces femmes savent, en partie, «mettre de côté» leur profession le temps de la naissance de leur enfant.

Seulement **27,5%** de ces patientes disent avoir gardé un «**état de vigilance extrême**» durant leur accouchement. Cela concerne surtout les patientes ne travaillant pas dans le domaine de la maternité. On peut même dire que les patientes pédiatres, auxiliaires de puériculture ou bien gynécologues-obstétriciennes ont réussi à se laisser porter et à «lâcher prise» lors de leur propre accouchement. Dans notre étude, parmi les professionnelles de santé, 17.5% travaillent en maternité et celles-ci ont toutes réussi à «lâcher prise» et ont pu «mettre de côté» leur profession.

De même, **95%** des patientes **n'ont pas été gênées** par la présence des étudiants. Parmi le faible pourcentage des femmes qui ont été dérangées par leur présence, nous avons voulu savoir s'il y avait des professionnelles de santé travaillant en maternité et nous avons retrouvé une auxiliaire de puériculture travaillant en maternité, étant dérangée par la présence des étudiants.

Enfin, **90%** de ces patientes affirment avoir été **influencées** par leurs **connaissances médicales** dans le vécu de leur accouchement. Ce chiffre est en contradiction par rapport aux 65% des femmes ayant fait abstraction de leur profession. Ce qui peut vouloir dire que, inconsciemment, les femmes ne font pas forcément abstraction de leur profession quand elles sont en salle d'accouchement en tant que patiente.

A ce propos, S.Eyquem et C.Gensous, dans leur mémoire ont voulu étudier **l'influence de la profession de sage-femme** sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Notre étude n'ayant pas de population de sages-femmes, on préfère rappeler les conclusions de S.Eyquem et C.Gensous, dans leur mémoire de fin d'études.

Ces étudiantes sages-femmes concluent dans leur étude que les connaissances obstétricales **diminuent la peur de l'inconnu** et les sages-femmes ont ainsi **moins d'appréhension** lors de leur présence en salle d'accouchement en tant que patiente et future mère.

En revanche, subsiste tout de même **un fond d'angoisse** dans la mesure où leurs **connaissances**, dans de nombreux domaines pathologiques, les incitent à se poser encore plus de **questions** qu'une patiente n'ayant pas une profession de santé.

Nous ne pouvons pas nier que la naissance fasse partie du quotidien de la sage-femme inhérent à sa profession. Mais cela n'enlève rien au côté **«merveilleux», unique et «mystérieux»** de son propre accouchement. Il faut aussi préciser que les sages-femmes font aussi parties des patientes qui aspirent à un accouchement très naturel et physiologique. Ces patientes désirent que leur accouchement soit le plus eutocique possible [3].

Malgré les connaissances riches de la sage-femme en obstétrique, celle-ci se retrouve dans une **position de découverte** par rapport aux capacités de son corps lors de son accouchement.

## **1.5 Les biais de l'étude**

### **1.5.1 La durée limitée de l'étude**

Un des biais principaux de cette étude est sa durée. En effet, prolonger l'étude aurait permis d'inclure beaucoup plus de patientes et ainsi d'obtenir des résultats significatifs. Le caractère uni-centrique de cette étude a aussi contribué à avoir une faible population et donc au manque de puissance de notre étude. Il aurait été judicieux d'élaborer l'étude dans plusieurs maternités.

## 1.5.2 La méthode

- **Le type d'enquête**

Tout d'abord, les patientes ont été interrogées par l'intermédiaire d'un questionnaire contenant des questions fermées. Ceci constitue un biais car pour analyser le vécu psychologique des femmes en salle d'accouchement de manière précise et juste, les questions fermées sont moins adaptées que les questions ouvertes. Il aurait été préférable de faire l'étude en deux temps avec une pré-enquête contenant des questions ouvertes qui auraient permis d'établir un questionnaire pour une deuxième enquête avec des questions fermées se basant sur les axes récurrents de la pré-enquête. Ceci aurait permis de faciliter une meilleure analyse statistique.

- **Le déroulement de l'interrogatoire**

Le vécu en salle d'accouchement des patientes ayant une profession de santé peut-être biaisé par la manière dont l'interrogatoire a été mené. En effet, les patientes ont toutes été interrogées de la même manière, c'est-à-dire que les questions ont été posées à l'identique pour toutes les patientes, avec la même intonation et les items ont été détaillés de la même manière mais la répartition du temps pour les questionnaires n'a pas été forcément la même d'une patiente à l'autre du fait de certaines incompréhensions au niveau des questions.

Bien que l'interrogatoire fût de rigueur, les questions ont été posées à l'oral, en ma présence, et par mes soins. Ceci pouvant faciliter l'observance et le retour des questionnaires mais pouvant aussi influencer les réponses avec un manque de franchise des patientes car elles pouvaient ne pas se sentir libres dans leurs paroles. Elles ont pu être pudiques ou gênées face à certaines questions. De ce fait, elles n'ont pas osé dévoiler leur ressenti exact et véritable par rapport à leur accouchement.

- **Le moment de l'interrogatoire**

L'interrogatoire a été pratiqué en suites de couches, donc à postériori par rapport à la situation de stress étudiée. De ce fait, le moment où l'interrogatoire a été fait, peut diminuer et faire relativiser les peurs évoquées par les patientes

puisque ces craintes ne sont pas forcément concrétisées. Il aurait donc été pertinent de réaliser cette étude avant l'accouchement puis de le réitérer en suites de couches.

- **Le questionnaire**

Le questionnaire a été principalement réalisé à partir d'un ouvrage qui cite tous les sentiments de la femme pendant la grossesse et pendant l'accouchement «*Ces neuf mois-là, une approche psychanalytique de la grossesse et de la naissance*» [2]. Nous pouvons nous demander si ce questionnaire est assez adapté pour évaluer un vécu anxiogène des patientes.

- **L'inclusion des patientes travaillant en maternité**

Dans notre étude, nous constatons que dans la population cas, il y a très peu de professionnelles de santé travaillant en maternité. Il aurait été très intéressant d'étudier plus largement les patientes ayant une profession de santé en relation avec la pédiatrie et l'obstétrique (sages-femmes, pédiatres, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, gynécologues-obstétriciennes).

## **2. PROPOSITIONS**

Il aurait été judicieux de continuer notre étude sur **une durée plus longue** afin d'inclure plus de patientes car du fait de son manque de puissance et de son caractère uni-centrique, elle ne permet pas d'appliquer nos résultats à la population générale.

De même, il pourrait être intéressant de réaliser cette étude de manière **multicentrique**, en modifiant le protocole à l'aide **d'entretiens ouverts** dans un premier temps puis **fermés** dans un second temps et en incluant et ciblant beaucoup plus de femmes ayant une profession en lien avec la maternité.



## CONCLUSION

Notre étude portait sur le vécu des patientes ayant une profession de santé en salle d'accouchement. Notre hypothèse principale était de se demander si le fait d'avoir une profession dans le monde de la santé n'entraînait pas plus d'anxiété au cours du travail et de l'accouchement que d'avoir une toute autre profession.

Pour cela, nous avons comparé 40 patientes dans chaque groupe étudié. Nous cherchions donc à évaluer l'influence anxiogène des connaissances médicales dans le déroulement et le vécu de l'accouchement. Notre objectif secondaire consistait à définir si notre groupe cas avait certaines peurs et angoisses plus exacerbées que chez notre groupe témoin. Notre objectif final devait établir ce qui pouvait diminuer ces peurs et angoisses, afin d'obtenir une meilleure prise en charge des patientes ayant une profession de santé.

Notre étude ne confirme pas l'impact de la profession de santé sur un vécu qui aurait pu être potentiellement plus anxiogène. Les professionnelles de santé ressentent autant, et les mêmes, peurs et angoisses durant le travail et l'accouchement que le reste des patientes.

Enfin, selon les auteurs des études précédemment citées, ni les expériences passées, ni la préparation à la naissance ne seraient des facteurs permettant de diminuer le stress lié à l'accouchement. Cependant, de nombreux auteurs ont prouvé que l'accompagnement des parturientes, par leur entourage et par le personnel, est primordial au bon vécu du travail et de l'accouchement, et même, à son bon déroulement selon B. Wijma et ses collaborateurs [21].

En conclusion, il a été certainement préjudiciable à notre étude d'avoir étudié peu de patientes travaillant à la maternité parmi le groupe cas. Mais nous pouvons tout de même affirmer que les patientes ayant une profession de santé ont besoin d'un accompagnement médical aussi intense que l'ensemble des patientes au cours de leurs travaux et accouchements. Il convient, bien sûr,

d'adapter notre discours aux connaissances de ces parturientes qui sont à la fois, soignantes dans leur vie et patientes le temps de la naissance de leurs enfants.

Dans la situation inverse, il serait intéressant qu'une étude évoque les difficultés que peut éprouver aussi une sage-femme à prendre en charge ses paires.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Ford E, Ayers S. Stressful events and support during birth: The effect on anxiety, mood and perceived control. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008 Jul 30;23:260-268.
- [2] Szejer M, Stewart R. Ces neuf mois-là, une approche psychanalytique de la grossesse et de la naissance. 2<sup>nd</sup> ed. Paris: Robert Laffont; 1994.
- [3] Eyquem S, Gensous C. La sage-femme : influence de sa profession sur sa grossesse, son accouchement et son post-partum [mémoire de fin d'études de sage-femme]. Bordeaux: Université Victor Segalen Bordeaux; 1997.
- [4] Besançon G. Manuel de psychopathologie : anxiété, dépression et psychopathologie du corps. Paris : Dunod ; 1993. Consultable à l'url : [http://www.geopsy.com/psychologie/manuel\\_de\\_psychopathologie\\_anxiété\\_dépression\\_et\\_psychopathologie\\_du\\_corps.pdf](http://www.geopsy.com/psychologie/manuel_de_psychopathologie_anxiété_dépression_et_psychopathologie_du_corps.pdf).
- [5] Selye H. Hans SELYE et le stress. Institut Belge de Biologie Totale des Etres vivants ;février 2008. Consultable à l'URL : <http://www.ibbtev.be/?Hans-SELYE-et-le-stress>.
- [6] Thurin JM. Définition et effets du stress aigu, répété et chronique. Colloque Inserm «Stress et immunité» 1999-193.49.126-9.
- [7] Bydlowski M. La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité. 6<sup>e</sup> édition. Paris: Presses Universitaires de France; 1997.
- [8] Sillamy N. Dictionnaire de la psychologie. Edition Larousse; 1955.
- [9] Stern DN, Bruschiweiler-Stern N. La naissance d'une mere. 2<sup>nde</sup> ed. Paris:Odile Jabob; 1998, p.47-48, p.64.
- [10] Sjogren B. Reasons for anxiety about 100 pregnant women in childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1997 Dec;18:266-72.
- [11] Constance Hammond, directeur de recherche, U29, INSERM. Les différentes composantes de la douleur. Consultable à l'url <http://www.inrp.fr/Acces/biotic/neuro/douleur/html/compdoul.htm>.
- [12] Grandjeat C. Préparation à l'accouchement par autohypnose : impact sur le sommeil, la douleur obstétricale, le déroulement et le vécu de l'accouchement [mémoire de fin d'études de sage-femme]. Bordeaux :Université Victor Segalen Bordeaux ;2011.
- [13] Brownridge P. The nature and consequences of childbirth pain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1995 May;59:9-15.

- [14] Alehagen S, Wijma B, Lundberg U, Wijma K. Fear, pain and stress hormones during childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2005 Sep;26:153-65.
- [15] Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre-and Postpartum fear of childbirth in Nulliparous and Parous Women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*. 2001;30:75-84.
- [16] Hodnett et al. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:160-72.
- [17] Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 1998;19:84-97.
- [18] Geissbuehler V, Eberhard J. Fear of childbirth during pregnancy : a study of more than 8000 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 2002 Dec;23:229-235.
- [19] Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003;3:CD003766.
- [20] Goodman P, Machev MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*. 2004 Apr;46:212-9.
- [21] Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhstrom H. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstet et Gynecol Scand*. 1998 May;77:542-547.

## ANNEXES

### **Annexe I : Lettre de consentement aux patientes**

Mathilde BLONDEAU  
Etudiante sage-femme  
Ecole de sages-femmes CHU Pellegrin  
Université Bordeaux II Victor Segalen  
BORDEAUX Cedex.  
Tél : 05 56 79 54 34.

Bordeaux, le 20 Juin 2011

Objet : mémoire de fin d'études.

Madame,

En tant qu'étudiante sage-femme, mon mémoire de fin d'études porte sur le vécu des patientes ayant une profession médicale ou paramédicale en salle d'accouchement. Pour ce faire, j'attache de l'importance à comparer leur vécu à celui des patientes ayant une toute autre profession.

Si vous acceptez de participer à cette étude de manière anonyme, il m'est nécessaire que vous remplissiez le questionnaire qui suit.

Je vous remercie d'avance pour l'attention que vous porterez à ma démarche et du temps que vous y consacrerez.

Je vous prie, Madame, de bien vouloir agréer l'expression de ma sincère considération.

Mathilde BLONDEAU.

## Annexes II : Questionnaires

### RECUEIL DE DONNEES

#### Caractéristiques maternelles :

1-Origine :

2-Niveau d'étude :  Non scolarisé     Collège     CAP, BEP     Lycée  
 Bac +2 ou plus

3-Situation maritale :     Mariée     En couple     Célibataire

4-Date de naissance / Age :

5-Gestité (nombre de grossesses) :

6-Parité (nombre d'enfants) :

7-Profession et lieu d'activité :

8-Profession du père :

#### Caractéristiques obstétricales

1-Terme de l'accouchement (en semaines d'aménorrhées) :

2-Travail :     Spontané     Déclenchement

3-Péridurale :     oui     non    Efficace :     oui     non

4-Mode d'accouchement :     Voie basse

=> Type d'extraction :  Pas d'instrument     Ventouse     Forceps     Spatules

Césarienne :     programmée     en urgence (pourquoi ?)

5-Périnée :     Intact     Déchirures     Episiotomie

6-Si vous avez accouché, cela s'est-il bien passé ?  Oui     Non

Si non, pourquoi ?

7-Y a-t'il eu des pathologies au cours de la grossesse ?  Oui     Non

Si oui, la ou lesquelles ?

#### Caractéristiques médicales :

1-Avez-vous une maladie ? Un traitement au long cours ?  Oui     Non

Si oui, quelle(s) maladie(s) et quel(s) traitement(s) ?

2-Avez-vous déjà fait une grande déprime ou dépression ?  Oui  Non

Si oui, avez-vous été traitée pour celle-ci ?

## Questionnaire adapté aux populations témoins

1)-Quel état d'esprit aviez-vous en arrivant en salle de naissance ? Pouvez-vous me parler de votre propre expérience en salle de naissance ?

2)-Avez-vous bénéficié de l'entretien prénatal individuel ?  Oui  Non

3)- Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité ?

Oui  Non

Si oui, ces cours vous ont-ils aidé au moment du travail et de l'accouchement ?

Non, pas du tout  Plutôt non  Plutôt oui  Oui, tout à fait

4)- Souhaitiez-vous des choses particulières pour la naissance (« projet de naissance ») ?

Oui  Non

Si oui, cela a-t'il été respecté?

Non, pas du tout  Plutôt non  Plutôt oui  Oui, tout à fait

5)- Etiez-vous sereine, calme, paisible ? Aviez-vous un sentiment de plénitude ?

Non, pas du tout  Plutôt non  Plutôt oui  Oui, tout à fait

6)- Aviez-vous un sentiment d'appréhension quant à votre travail et votre accouchement ?

Oui  Non

Et pourquoi ?

7)-Ressentiez-vous de l'anxiété, de l'angoisse ?

Non, pas du tout  Plutôt non  Plutôt oui  Oui, tout à fait

Si oui, sur quoi cela portait-il ?

8)-Aviez-vous des peurs ?  Oui  Non

Si oui, aviez-vous :

-peur de la mort ?  Oui  Non



-peur de la douleur ?  Oui  Non

-peur de la souffrance ?  Oui  Non

-peur de l'échec, de ne pas pouvoir accoucher, de ne pas pouvoir être capable d'affronter cet obstacle et de le passer ?  Oui  Non

-peur de l'inconnu ?  Oui  Non

-peur de l'imprévu ?  Oui  Non

-peur de l'intégrité, de l'image de soi, de son corps ?  Oui  Non

-des images ou des idées telles que votre enfant pouvait avoir mal ou être blessé pendant le travail et l'accouchement ?  Oui  Non

-peur d'accoucher d'un « monstre », d'un enfant anormal, malformé ?

Oui  Non

-peur de perdre l'enfant ?  Oui  Non

9)-Avez-vous une angoisse de séparation avec votre enfant (une nostalgie de l'accouchement)?

Oui, tout à fait  Plutôt oui  Plutôt non  Non pas du tout

10)- Avez-vous un accompagnant ?  Oui  Non

11)- Etait-ce la personne que vous souhaitiez ?  Oui  Non

12)- Vous-êtes-vous sentie soutenue, encadrée par le personnel soignant de manière rassurante?

Oui, tout à fait  Plutôt oui  Plutôt non  Non pas du tout

13)- Ou au contraire, aviez-vous un encadrement rigide vous laissant ressentir une certaine violence insupportable ?  Oui  Non

14)- Avez-vous vécu la médicalisation comme inutile voire frustrante ?

Oui, tout à fait  Plutôt oui  Plutôt non  Non, pas du tout

15)- Avez-vous eu un sentiment de dépossession (le fait de ne plus être maître de soi)?

Oui, tout à fait  Plutôt oui  Plutôt non  Non, pas du tout

16)- Avez-vous l'impression d'avoir gardé un certain contrôle de vous-même lors de votre travail et accouchement, en étant perpétuellement sur le qui-vive ?

Oui, tout à fait  Plutôt oui  Plutôt non  Non pas du tout

17)-Avez-vous confiance en vous-même ?

Oui, tout à fait       Plutôt oui       Plutôt non       Non, pas du tout

18)- Votre accouchement s'est-il déroulé comme vous l'espérez ?

Oui, tout à fait       Plutôt oui       Plutôt non       Non pas du tout

19)-Avez-vous vécu l'accouchement comme une expérience formidable vous procurant un certain plaisir, une jouissance ?

Oui, tout à fait       Plutôt oui       Plutôt non       Non, pas du tout

20)-Comment avez-vous vécu votre travail et votre accouchement dans sa globalité ? Entourez un chiffre, le 0 étant de faible intensité et le 6 de grande intensité.

\*merveilleux    0 1 2 3 4 5 6

\*effrayant      0 1 2 3 4 5 6

21)-Avez-vous des remarques à ajouter ?

## Questionnaire adapté aux professionnelles de santé

1)-Quel état d'esprit aviez-vous en arrivant en salle de naissance ? Pouvez-vous me parler de votre propre expérience en salle de naissance ?

2)-Avez-vous bénéficié de l'entretien prénatal individuel ?  Oui  Non

3)- Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité ?

Oui  Non

Si oui, ces cours vous ont-ils aidé au moment du travail et de l'accouchement ?

Non, pas du tout  Plutôt non  Plutôt oui  Oui, tout à fait

4)- Souhaitiez-vous des choses particulières pour la naissance (« projet de naissance ») ?

Oui  Non

Si oui, cela a-t'il été respecté?

Non, pas du tout  Plutôt non  Plutôt oui  Oui, tout à fait

5)- Etiez-vous sereine, calme, paisible ? Aviez-vous un sentiment de plénitude ?

Non, pas du tout  Plutôt non  Plutôt oui  Oui, tout à fait

6)- Aviez-vous un sentiment d'appréhension quant à votre travail et votre accouchement ?

Oui  Non

Et pourquoi ?

7)-Ressentiez-vous de l'anxiété, de l'angoisse ?

Non, pas du tout  Plutôt non  Plutôt oui  Oui, tout à fait

Si oui, sur quoi cela portait-il ?

8)-Aviez-vous des peurs ?  Oui  Non

Si oui, aviez-vous :

-peur de la mort ?  Oui  Non

-peur de la douleur ?  Oui  Non

-peur de la souffrance ?  Oui  Non

-peur de l'échec, de ne pas pouvoir accoucher, de ne pas pouvoir être capable d'affronter cet obstacle et de le passer ?  Oui  Non

-peur de l'inconnu ?  Oui  Non

-peur de l'imprévu ?  Oui  Non

-peur de l'intégrité, de l'image de soi, de son corps ?  Oui  Non

-des images ou des idées telles que votre enfant pouvait avoir mal ou être blessé pendant le travail et l'accouchement ?  Oui  Non

-peur d'accoucher d'un « monstre », d'un enfant anormal, malformé ?

Oui  Non

-peur de perdre l'enfant ?  Oui  Non

9)-Avez-vous une angoisse de séparation avec votre enfant (une nostalgie de l'accouchement)?

Oui, tout à fait  Plutôt oui  Plutôt non  Non pas du tout

10)- Avez-vous un accompagnant ?  Oui  Non

11)- Etait-ce la personne que vous souhaitiez ?  Oui  Non

12)- Vous-êtes-vous sentie soutenue, encadrée par le personnel soignant de manière rassurante?

Oui, tout à fait  Plutôt oui  Plutôt non  Non pas du tout

13)- Ou au contraire, aviez-vous un encadrement rigide vous laissant ressentir une certaine violence insupportable ?  Oui  Non

14)- Avez-vous vécu la médicalisation comme inutile voire frustrante ?

Oui, tout à fait  Plutôt oui  Plutôt non  Non, pas du tout

15)- Avez-vous eu un sentiment de dépossession (le fait de ne plus être maître de soi)?

Oui, tout à fait  Plutôt oui  Plutôt non  Non, pas du tout

16)- Avez-vous l'impression d'avoir gardé un certain contrôle de vous-même lors de votre travail et accouchement, en étant perpétuellement sur le qui-vive ?

Oui, tout à fait  Plutôt oui  Plutôt non  Non pas du tout



Oui, tout à fait       Plutôt oui       Plutôt non       Non, pas du tout

27)-Avez-vous déjà osé émettre une critique ou un souhait particulier sur votre prise en charge ?

Oui       Non

Lequel ?

Celui-ci a-t'il été suivi ?       Oui       Non

28)-Avez-vous réussi à « lâcher prise », à vous laisser aller complètement lors de votre accouchement ?

Oui, tout à fait       Plutôt oui       Plutôt non       Non, pas du tout

29)-Ou au contraire, gardiez-vous un état de vigilance extrême compte tenue de votre profession ?

Oui, tout à fait       Plutôt oui       Plutôt non       Non, pas du tout

30)-Etiez-vous dérangée par la présence et la participation des étudiants ?

Oui, tout à fait       Plutôt oui       Plutôt non       Non, pas du tout

Pourquoi ?

31)-Avez-vous l'impression que vos connaissances médicales ont influencé le vécu de votre accouchement ?

Pas du tout       Un peu       Modérément       Assez       Beaucoup

32)-Avez-vous des remarques à ajouter ?