



Vécu maternel de l'accompagnement de la sage-femme en salle de naissance chez des femmes primipares

Anaïs Adet

► To cite this version:

Anaïs Adet. Vécu maternel de l'accompagnement de la sage-femme en salle de naissance chez des femmes primipares. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01401622

HAL Id: dumas-01401622

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01401622>

Submitted on 23 Nov 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

U-S-PC
Université Sorbonne
Paris Cité

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

Le : 24 mai 2016

par

Anaïs ADET

Née le 29/06/1990

**Vécu maternel de l'accompagnement de la sage-
femme en salle de naissance chez des femmes
primipares**

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme Benjilany Sarah

Sage-femme libérale à Enghien-Les-Bains (95)

JURY :

Mme Raymond Anne-Sophie

Mme Vérot Christèle

Mme Viaux Sylvie

Sage-femme, Antoine Béclère (92)

Sage-femme enseignant, école Baudelocque (75014)

Psychiatre, La Pitié Salpêtrière (75013)

Mémoire N° : 2016PA05MA01

Remerciements

Je souhaite tout particulièrement remercier ma directrice de mémoire, Mme Benjilany Sarah, pour ses précieux conseils, sa patience, son soutien et sa disponibilité tout au long de ce travail. Merci d'avoir pu apporter votre expertise à ce mémoire.

Je tiens également à remercier les femmes ayant accepté de participer à cette étude, de s'être rendues disponibles et de m'avoir accueillie avec plaisir, malgré la fatigue parfois.

Mes remerciements se portent aussi au chef de service de Gynécologie-Obstétrique, Pr Mandelbrot, et aux cadres sages-femmes, Mme Couetoux et Mme Saignavong, de l'hôpital Louis Mourier de m'avoir donné leur accord pour que notre étude se déroule au sein de la maternité.

J'adresse également ces remerciements à mes amies de promotion pour leur présence et leur gaîté.

Un grand merci aux personnes qui m'ont soutenue au cours de ces années d'étude ayant suivi ma réorientation, Marie, Claire et ma famille. Une attention particulière pour Mathieu sans qui tout cela n'aurait pas été possible, pour ses encouragements et sa patience.

Résumé

Introduction : le vécu maternel de l'accouchement peut avoir un impact majeur, à court et à long terme, sur la vie des femmes et de leur famille. De nombreux facteurs l'influencent.

L'« Empowerment » est reconnu comme favorisant le vécu positif des femmes dans la littérature anglo-saxonne et québécoise. Celle-ci propose que les soignants, et notamment la sage-femme, aient pour rôle de permettre aux femmes de l'expérimenter.

L'objectif principal de notre étude est d'optimiser l'accompagnement des femmes par la sage-femme en salle de naissance. **L'objectif opérationnel** est de percevoir ce que les femmes retiennent en post-partum immédiat de l'accompagnement qui leur est proposé en salle de naissance par la sage-femme.

Trois hypothèses sont émises : Les femmes évoquent l'importance de s'exprimer sur leurs besoins concernant leur accouchement et d'être écoutées de façon active par la sage-femme. D'après les femmes, l'information sur le déroulement du travail transmise par la sage-femme en salle de naissance est essentielle à leur implication active au cours de l'accouchement. L'accompagnement de la patiente par la sage-femme en salle de naissance est en grande partie dédié au soulagement de sa douleur.

Matériels et Méthodes : c'est une étude qualitative, réalisée grâce à quinze entretiens semi-directifs, dans le service des suites de couches de la maternité de type 3 Louis Mourier (Colombes, 92). Les entretiens ont eu lieu entre J1 et le jour précédant la sortie de la maternité. Des données obstétricales et sociodémographiques ont également été recueillies dans les dossiers des patientes. Les critères d'inclusion étaient : la primiparité et la primigestité. Les critères de non inclusion étaient : les interruptions médicales de grossesse, les morts fœtales in utéro, les décès périnataux, les patientes souhaitant réaliser une procédure d'abandon et les patientes mineures. Les critères d'exclusion étaient : les patientes ne parlant pas français et celles refusant de participer à l'étude.

Résultats: la première hypothèse est validée: l'expression des besoins des femmes et l'écoute de la sage-femme sont nécessaires. Mais, un tiers des femmes disent ne pas avoir ressenti de besoins.

La deuxième hypothèse est partiellement validée: les femmes évoquent l'importance de l'information reçue mais ne font pas de lien direct avec leur implication active. Elles leur permettent de se situer, de se projeter et de comprendre le déroulement de l'accouchement. Elles sont aussi vectrices de bienveillance, de réassurance et de considération de leur personne. La troisième hypothèse n'est pas validée: l'aide au soulagement de la douleur n'est pas le rôle principal de la sage-femme. Certaines relèvent même son absence de rôle. Néanmoins, la sage-femme procure un soutien physique et moral aux patientes. Elle les conseille pour l'utilisation de l'analgésie péridurale.

Conclusion: l'objectif opérationnel est atteint, des études complémentaires permettraient d'utiliser ces résultats dans la pratique des sages-femmes.

Mots-clés : accouchement, vécu, empowerment, sage-femme, accompagnement

Abstract

Introduction: childbirth's maternal experience can have a major impact, on women and families life in a short and a long term. Many factors influence it. The "Empowerment" is recognized as promoting positive women's experience in the anglo-saxon and quebec literature. It proposes that caregivers, especially midwives, have the role to let women to experience it.

The main objective is to optimize the support for women from midwives in delivery room. **The operational objective** is to perceive what women retain in the immediate postpartum about the offered support by midwives in delivery room.

Three hypothesis are issued: women evoke the importance to express themselves about their needs regarding their delivery and to be actively listened by the midwife. According to women experience, it is recognized that information about the labor given by the midwife is essential to be involved in the delivery room during the childbirth. The midwife support is mainly dedicated to patient's labor pain management.

Material and Methods: this is a qualitative study with fifteen semi-structured interviews occurring in type three maternity ward postpartum service Louis Mourier (Colombes, 92). Interviews have taken place between the first day and the day before the patient release from the maternity ward. Obstetric and demographic data were also collected from patient records. Inclusion criteria were: primiparity and primigravidity. Non-inclusion criteria were: therapeutic abortion, fetal death in utero, perinatal death, patients wishing to make an abandonment procedure and minor patients. Exclusion criteria were: patients who did not speak french and who refused to participate at the study.

Results: the first hypothesis is confirmed: the expression of women needs and the support given by the midwife are necessary. But a third of women said that they didn't feel any needs.

The second hypothesis is partially confirmed: women evoke the important role of receiving information but they did not directly link this information to their active involvement. It helps women to realize, to project themselves and to understand the childbirth process. They are also vectors of kindness, reinsurance and consideration of their own person.

The third hypothesis is not confirmed: aid pain relief is not the main role of the midwife. It is even mentioned there absence in this role. Nevertheless, the midwife provides physical and emotional support to patients. She advises them for the use of epidural analgesia.

Conclusion: the operational objective is reached, additional studies could be necessary to use these results in the practice of midwifery.

Keywords: birth, experience, empowerment, midwife, support

Table des matières

Remerciements	1
Résumé	2
Abstract	3
Liste des tableaux.....	6
Liste des annexes	7
Glossaire	8
Introduction	9
I. Impact du vécu de l'accouchement sur la femme	9
1. <i>Vécu maternel positif</i>	10
2. <i>Vécu maternel négatif</i>	11
II. Facteurs modulant le vécu maternel de l'accouchement.....	13
1. <i>Projet de naissance et préparation à la naissance et à la parentalité</i>	13
2. <i>Structures hospitalières et extra- hospitalières</i>	14
3. <i>Facteurs obstétricaux</i>	15
4. <i>La douleur de l'accouchement</i>	16
5. <i>L'accompagnement de la sage-femme</i>	17
Première partie Matériels et Méthodes	20
I. Hypothèses et objectifs	20
II. Type d'étude	20
III. Déroulement de l'étude	21
IV. Participants	22
V. Stratégies d'analyse	22
VI. Considérations éthiques et réglementaires.....	23
Deuxième partie Résultats	24
I. Description générale de la population d'étude	24
II. Questions générales	27
1. <i>Caractéristiques définissant l'accompagnement de la sage-femme pendant l'accouchement</i> 27	
2. <i>Moment spécifique de l'accouchement qui illustre l'accompagnement de la sage-femme</i> 29	
3. <i>Evaluation de la qualité de l'accompagnement de la sage-femme</i>	30
III. Thématiques	31
1. <i>Première hypothèse</i>	31
A. Expression des besoins des femmes	32

B. Ecoute de la sage-femme.....	35
C. Optimisations envisagées par les femmes	37
2. <i>Deuxième hypothèse</i>	39
A. Qualifications de l'information par les femmes	39
B. Rôles de l'information	45
3. <i>Troisième hypothèse</i>	49
A. Accompagnement des sensations physiques du travail.....	49
B. Accompagnement des sensations physiques lors des efforts expulsifs	55
Troisième partie Discussion	59
I. Forces et limites de notre étude	59
1. <i>Forces</i>	59
2. <i>Les limites et les biais de notre étude</i>	60
A. Réalisation des entretiens semi-directifs.....	60
B. Méthodologie et analyse des entretiens	61
II. Implications et perspectives.....	61
1. <i>Implications</i>	61
2. <i>Perspectives</i>	63
Conclusion	65
Bibliographie	67
Annexes	71

Liste des tableaux

Tableau 1 : Présentation de la population, des données obstétricales et néonatales	24
--	----

Liste des annexes

Annexes.....	71
--------------	----

Annexe 1 : Guide d'entretien	72
------------------------------------	----

Annexe 2 : Données sociodémographiques	73
--	----

Glossaire

APD : Analgésie Péridurale

AVB : Accouchement Voie Basse

CIANE : Collectif InterAssociatif Autour de la Naissance

DA : Délivrance Artificielle

DDC : Délivrance Dirigée Complète

DDI : Délivrance Dirigée Incomplète

SA : Semaines d'Aménorrhée

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RU : Révision Utérine

SSPT : Syndrome de Stress Post Traumatique

Définitions :

-Empowerment dans le cadre de la pratique de la sage-femme :
« A partir d'une relation de partenariat, entre la sage-femme, la femme et sa famille, l'empowerment est un processus délibéré d'échange de connaissances et de pouvoir, contribuant à la volonté et à la capacité de la femme de faire des choix en harmonie avec ses valeurs, tout en lui permettant d'entreprendre avec confiance les actions qui découlent de ses choix. » [11]

-Les différents types de maternité :

Maternité de type 1 : dispose d'une unité d'obstétrique

Prise en charge des grossesses normales. Présence pédiatrique permettant l'examen du nouveau-né et la prise en charge auprès de la mère d'un certain nombre de situations fréquentes et sans gravité.

Maternité de type 2 : dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie

Prise en charge des grossesses à risque modéré et des nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière, mais pas de soins en réanimation.

Maternité de type 3 : dispose d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale.

Prise en charge des grossesses à haut risque et des nouveau-nés présentant des détresses graves.

Introduction

Nous allons d'abord nous imprégner du contexte des recherches antérieures effectuées autour du sujet de notre étude. Celles-ci portent premièrement sur l'impact du vécu positif et négatif de l'accouchement sur la femme. Elles concernent, dans une deuxième partie, les facteurs modulant le vécu maternel de l'accouchement. Nous nous intéresserons au projet de naissance des femmes et à la préparation à la naissance et à la parentalité, aux structures hospitalières et extra- hospitalières, aux facteurs obstétricaux, à la douleur de l'accouchement puis à l'accompagnement de la sage-femme. Nous pourrions ainsi aborder la problématique de cette étude.

I. Impact du vécu de l'accouchement sur la femme

Dans la vie d'un couple, la conception, la grossesse, l'accouchement et la transition vers la parentalité représentent une période d'une grande importance. Selon de nombreux parents, c'est même l'une des plus importantes de leur vie. [1] cité dans [2] Les souvenirs de cet évènement peuvent rester précisément gravés dans la mémoire des femmes pendant une longue durée. [3] Le vécu de l'accouchement a des conséquences à long terme sur la femme, notamment sur son statut psychologique et son bien-être émotionnel et physique mais aussi sur sa relation avec son enfant. [4] [5]

L'accouchement est un évènement de développement qui a un potentiel pour favoriser une croissance psychique. [6] Selon Johnson L H., une grossesse et un accouchement vécus et non masqués par des médicaments et des interventions est comme *«une étape de développement des plus significatives de la vie d'une femme»* Cet auteur compare même cette transformation psychique à la maturation qui se produit à l'adolescence. [7] cité dans [8]

De plus, cette expérience a de larges implications pour le sentiment d'auto- efficacité de la femme. [3] Elle a aussi une influence sur sa relation avec les autres y compris avec son enfant. [3] [4] [5] Le vécu subjectif maternel de la naissance a des conséquences sur la façon dont elle se représente son enfant. Cette représentation a un impact sur la qualité des soins de la mère et sur la mise en place de la dyade mère-enfant. Cela est lié à la perception de la femme de sa compétence maternelle et à son estime d'elle-même. [5]

1. Vécu maternel positif

Le vécu maternel positif de l'accouchement contribue à un sentiment d'accomplissement [9] et à une amélioration de son estime personnelle. [4][5] [9][10] La perception que la femme a d'elle-même est améliorée via la satisfaction et l'expérience de contrôle au cours de l'accouchement. D'après un article de Paratt J., cela concerne moins le contrôle de la femme sur les prises de décisions que le contrôle sur d'autres éléments tel que sur l'environnement. [10]

L'empowerment favorise le vécu positif de la femme, notamment au cours de son accouchement. Le concept d'empowerment dans le cadre de la pratique de la sage-femme peut être défini ainsi: *« A partir d'une relation de partenariat, entre la sage-femme, la femme et sa famille, l'empowerment est un processus délibéré d'échange de connaissances et de pouvoir, contribuant à la volonté et à la capacité de la femme de faire des choix en harmonie avec ses valeurs, tout en lui permettant d'entreprendre avec confiance les actions qui découlent de ses choix »*. [11]

Selon une étude visant à clarifier et analyser ce processus dans la pratique de la sage-femme, il existe également une relation de confiance entre les parents et la sage-femme basée, sur le respect mutuel. Les couples prennent conscience de la concrétisation future de leur projet et il va prendre sens pour eux. [2]

Cette étude aborde les conséquences de l'empowerment pour les parents et les sages-femmes, elles sont : une vision positive de soi, une satisfaction personnelle, un sentiment d'auto-efficacité, de maîtrise et de contrôle, un développement personnel, un sentiment d'espoir et d'amélioration de sa vie. Les parents sont responsabilisés et sont mieux préparés à faire face aux situations nouvelles et inattendues. Ils sont plus à même de contrôler leur nouvelle vie par la suite. [2]

Un vécu positif de son accouchement est souvent lié à un investissement rapide de la fonction maternelle. Il favorise aussi la réussite de l'allaitement maternel. [3] La naissance peut être perçue par les femmes comme le reflet de leur capacité à devenir mère. Les femmes ayant un vécu subjectif de la naissance positif ont une meilleure représentation de leur enfant que celle pour lesquelles il est négatif. Cela a un impact sur les soins procurés par la mère au nouveau-né et sur la relation mère-enfant. [5]

La femme aura aussi des attentes positives pour ses éventuels accouchements ultérieurs suite à une expérience positive de naissance. [12]

2. Vécu maternel négatif

Notre objectif n'est pas ici d'entrer dans les détails de la psychopathologie de l'accouchement mais d'envisager que ce dernier peut avoir un impact négatif.

a. Impact d'un vécu négatif

Les mères ayant eu un vécu négatif de leur accouchement ont un moins bon ajustement psychologique. L'allaitement maternel peut également être plus difficile. [13]

Selon l'étude de Reisz et al., portant sur le lien entre l'expérience maternelle de l'accouchement et leur perception d'elles-mêmes et de leur enfant, cela peut également avoir des conséquences sur leur relation avec l'enfant. Les femmes ont une représentation plus négative de leur bébé et cela joue sur les soins qu'elles leur prodiguent. Elles sont moins confiantes dans leur capacité à s'en occuper. [5]

Un vécu négatif de l'accouchement peut aussi avoir des répercussions sur les grossesses ultérieures avec une peur d'accoucher et un désir maternel de césarienne, [14] ainsi qu'une répétition d'interruptions volontaires de grossesse. Il existe aussi une probabilité augmentée d'intervalle de temps plus long pour un deuxième enfant et les femmes désirent moins d'enfants à la suite de cette expérience de naissance. [14]

b. Syndrome de Stress Post Traumatique (SSPT)

Cet état répond à un événement traumatique "hors du commun" (CIM-10), impliquant que le sujet "est ou a été menacé de mort ou de blessure grave, ou d'une atteinte à l'intégrité physique pour lui-même ou pour les autres" (DSM-IV). [15]

Sa survenue potentielle suite à un accouchement n'est pas consensuelle dans la littérature. Penchons-nous sur la littérature qui envisage qu'un accouchement peut entraîner un SSPT.

Les facteurs de risque d'un SSPT sont multiples. Ceux liés aux éléments de la naissance sont : les mauvaises interactions entre la mère et le personnel médical. [16] [8] [17] ; le sentiment de perte de contrôle au cours du travail et de l'accouchement [16], et d'impuissance [8] [17]. Le rôle des facteurs obstétricaux est controversé. Une hypothèse est que les facteurs obstétricaux deviennent traumatiques dans certaines circonstances, notamment en fonction du vécu subjectif de la femme et/ou des antécédents personnels [17]. Le rôle de la douleur est aussi controversé [17]. Le fait que les enfants soient hospitalisés en unité de soins intensifs ou prématurés [17] est aussi un facteur de risque.

Un accouchement traumatisant peut mener la femme dans un tourbillon d'émotions qui aura des répercussions négatives et à long terme, sur son identité et sur ses relations avec autrui, dont le nouveau-né et son conjoint. Cet accouchement peut aussi entraîner de conséquences négatives sur la ou les grossesse(s) ultérieure(s) et le ou les accouchement(s) futur(s). [16]

Le SSPT a des conséquences graves et durables. [18]

Concernant la mère, les conséquences portent sur son bien-être physique [8] et psychique. [17] [18]

Le SSPT peut aussi modifier la perception qu'ont les femmes d'elles-mêmes [18]. La femme peut ressentir un sentiment de culpabilité, une détresse qui peut aller jusqu'à une anxiété extrême et des attaques de panique. Cela peut même conduire la femme à avoir des idées suicidaires. [16]

Les relations de la femme sont altérées. Cela concerne le lien d'attachement mère-enfant [8] [17], la communication et les relations physiques avec son conjoint [8] [18] et ses interactions sociales plus larges.

Les conséquences sur les éventuelles grossesses ultérieures sont des Interruptions Volontaires de Grossesse répétées (IVG) [17] et une tocophobie [16] [18]. La femme sera alors plus en demande d'un accouchement par césarienne que par voie basse. [17] [16]

c. Dépression du post-partum

Le vécu maternel négatif de la naissance est un facteur de risque pour la dépression du post-partum. [19]

Les symptômes sont ceux d'une dépression classique. S'y ajoutent une mésestime de la femme liée à un sentiment d'incapacité à satisfaire les besoins de son bébé et une culpabilité. [20] L'absence de plaisir dans les soins du bébé est caractéristique. [21] Certaines dépression du post-partum sont plus frustrées, d'autant plus que la femme peut s'en cacher. [21]

La dépression du post-partum a des conséquences néfastes sur le développement de l'enfant, sur le lien mère-enfant et sur la famille [20] [21] [22]

Elle est multifactorielle. [22] En ce qui concerne l'accouchement à proprement parler, les complications obstétricales semblent être un facteur de risque mais dans une moindre mesure. [20]

La voie d'accouchement n'est pas liée à la dépression du post-partum aux États-Unis. [22] En revanche, selon un article de Dessureault A-M paru en 2015, la médicalisation de l'accouchement est un facteur de risque de dépression du post-partum. Cela est lié à une perte de contrôle de la femme, à un sentiment de dépossession de son accouchement, sans explication sur son déroulement. [23]

Le vécu de l'accouchement est donc primordial. Nous allons maintenant aborder les facteurs favorisant une expérience positive de la naissance.

II. Facteurs modulant le vécu maternel de l'accouchement

Le vécu de l'accouchement par la mère est influencé par de nombreux facteurs.

Des facteurs individuels: l'âge [24], la parité [25], le revenu [5], le niveau d'éducation [25] et la classe socioéconomique. [24]

Nous allons nous intéresser plus particulièrement aux facteurs favorisant le vécu positif de l'accouchement, dont : l'adéquation entre les attentes et l'expérience réelle de la naissance, le projet de naissance et la Préparation à la Naissance et à la Parentalité, les structures hospitalières et extra- hospitalières, les facteurs obstétricaux, la douleur de l'accouchement et l'accompagnement de la sage-femme et du partenaire.

De manière générale, la présence continue par le même soignant pendant le travail et l'accouchement fait partie des indicateurs spécifiques de la satisfaction maternelle. [26]

1. Projet de naissance et préparation à la naissance et à la parentalité

L'adéquation entre les attentes de la femme, pour le travail et l'accouchement, et la réalité est un prédicteur significatif pour la satisfaction de la femme à propos de ses propres performances. [9] [27] L'exactitude de ces attentes influence également le sentiment de contrôle de la patiente. [5]

Une enquête du CIANE de 2012 montre des résultats similaires : 90 % des femmes dont les souhaits ont été respectés au cours de leur accouchement, l'ont très bien ou plutôt bien vécu sur les plans physique et psychologique. Dans le cas contraire, cela concerne 43 % pour le plan physique et 30% pour le plan psychique. [28]

En revanche, les femmes ayant des attentes irréalistes ont une satisfaction de la naissance diminuée et ont plus de risques d'avoir une dépression du post-partum. [27] De plus, les attentes non satisfaites sont associées à un faible bien-être émotionnel en post-partum à l'inverse des attentes exactes. [5]

Plusieurs outils sont proposés aux femmes et aux couples, au cours de la grossesse afin qu'ils puissent construire leurs propres attentes et leur projet de naissance. L'un des rôles de l'entretien prénatal précoce est d'aménager un temps d'expression aux femmes à ce sujet. La PNP leur permet d'obtenir des informations et les aide à se projeter vers la naissance. Ainsi, elle donne la possibilité aux femmes d'accroître leur confiance personnelle et leur contrôle en salle de naissance. [24] Elles peuvent aussi ajuster leurs attentes. Cela favorise leur satisfaction. [27]

Les femmes ayant une préparation à la naissance au cours de leur grossesse sont plus satisfaites de leur accouchement en comparaison de celles n'en ayant pas eue. [9] Cependant, d'autres auteurs n'ont pas trouvé de relation entre ces deux éléments. [9]

Au-delà de la préparation à la naissance, chaque femme peut avoir une idée de l'accouchement qu'elle souhaiterait.

2. Structures hospitalières et extra- hospitalières

Le lien entre les différents éléments de l'environnement et le vécu maternel de l'accouchement est complexe mais celui-ci a bien un impact sur le vécu maternel.

Le respect de l'intimité de la femme et du couple pendant le travail et l'accouchement influence positivement le vécu maternel. De même, si la femme a la possibilité de prendre possession de l'espace pour l'arranger selon ses besoins. Selon le « Royal College of Midwives », l'environnement devrait engendrer chez la femme un sentiment de sécurité et de confiance ; il devrait être confortable, propre et respecter les besoins de la femme ainsi que sa vie privée pour favoriser son bien-être et celui de sa famille. Il devrait également être familier et chaleureux. Selon une étude de Haines et Kimber de 2005 une température ambiante adaptée et le respect de l'intimité de la femme améliorent sa confiance et son bien-être. [25] Cependant, cela n'est pas toujours possible dans les structures hospitalières or 97% des accouchements se déroulent dans des structures médicalisées en France, à l'hôpital public ou en clinique privée. [29]

En France, le décret du 30 juillet 2015 fixe les conditions de l'expérimentation des maisons de naissance. Accoucher plus naturellement est une demande relativement récente des usagères et des couples. Les principales motivations de ces femmes sont : *« le respect de la physiologie, le besoin d'instaurer une certaine intimité et une relation de confiance avec la sage-femme et le désir d'être actrices principales de la naissance de leur enfant »*. [29] Selon Fraser et Cooper en 2009, les

centres de naissance extra- hospitaliers et notamment les maisons de naissance amélioreraient la relation entre la femme avec la sage- femme. [30] cité dans [25]

L'accès des sages-femmes à un plateau technique permet un suivi global et donc une confiance spécifique entre la patiente et sa sage-femme.

L'accouchement à domicile entraîne une adaptabilité à la patiente qui est dans son environnement.

A l'opposé, selon Dessureault A M., la médicalisation de l'accouchement peut avoir des conséquences néfastes sur la santé mentale et psychique de la femme. Les techniques médicales modernes augmentent « *l'inconfort psychologiques* » et le « *stress psychique de la mère* ». Le contexte hospitalier est associé culturellement à la maladie et l'environnement de la chambre est impersonnel. [23]

Le sentiment de contrôle de la femme favorise son vécu positif du travail et de l'accouchement comme nous le verrons par la suite. Les facteurs de l'environnement le favorisant sont : la liberté pour la femme de se déplacer et d'être confortable ainsi que la limitation de l'utilisation des médicaments et/ ou interventions médicales. [10] En contrepartie, selon Dessureault A-M [23], la médicalisation de l'accouchement et le fait que la femme confie son accouchement à des « *experts médicaux* », la dépossèdent de la naissance, de son sentiment de contrôle et de compétence.

3. Facteurs obstétricaux

La voie d'accouchement a un rôle dans le vécu maternel, les femmes accouchant par voie basse ont une meilleure perception subjective de la naissance que les femmes accouchant par césarienne. Elles ont aussi une meilleure représentation de leur enfant. [5]

L'accouchement voie basse permet une implication physique et psychique de la femme dans la naissance. En revanche, une césarienne peut être vécue par certaines femmes comme « *une démission du corps qui n'a pas rempli ses fonction* ». Elle peut être responsable d'une « *douleur psychique* » en raison de l'inadéquation entre leurs attentes et la réalité et l'absence du père. La césarienne peut aussi avoir un impact sur l'attachement mère-enfant car il y a une séparation au moment critique de l'attachement physiologique.

La préparation de la femme par les équipes médicales, les explications données permettant sa compréhension, la présence du père au bloc opératoire peuvent améliorer le vécu d'une césarienne. [31]

D'autres interventions médicales sont susceptibles d'engendrer un vécu maternel négatif comme l'induction du travail [5] la direction du travail [5] [32], le travail compliqué [32], les extractions instrumentales [5] [14], la césarienne en urgence et les complications inattendues. [14].

On peut donc penser que l'accouchement sans complication et se déroulant naturellement favorise le vécu positif de l'accouchement par la mère. Selon Miesnik et Stringer en 2002, la technologie devrait être utilisée judicieusement afin d'aboutir à des résultats physiologiques pour la mère et le nouveau-né. De cette manière la mère aurait un meilleur vécu émotionnel et spirituel de la naissance. [3]

4. La douleur de l'accouchement

Les résultats concernant l'association entre la douleur et le vécu maternel de l'accouchement sont contradictoires.

D'une part, selon certaines études, il existe un risque d'expérience maternelle négative de la naissance associé au ressenti de la douleur. [14] [32] Il apparaît également que la perception de la douleur est un facteur important pour le vécu négatif de l'accouchement.

Cependant, l'analgésie péridurale peut également être un facteur de risque d'expérience négative de la naissance. [32]

D'autre part, dans une revue de la littérature de Hodnett E D. de 2002 à propos du lien entre la douleur de l'accouchement et la satisfaction maternelle, l'association est moins nette. Elle conclut que l'influence de la douleur, du soulagement de la douleur et des interventions médicales sur la satisfaction maternelle n'est pas aussi évidente, directe et puissante que l'attitude et le comportement des soignants. [33] De plus, selon l'article de Caton D., Cory M P. et al., la douleur et le soulagement de la douleur ne sont généralement pas associés à la satisfaction de l'expérience de la naissance à moins que les attentes de la femmes concernant la douleur n'aient pas été satisfaites. [34]

Enfin, beaucoup de femmes décrivent à posteriori leur accouchement comme difficile mais étant une expérience procurant de l'empowerment. Elles sont fières d'elles, notamment de leurs habilités à faire face à la douleur du travail. [35] De plus, l'aide fournie aux femmes pour faire face à la douleur pendant et après leur accouchement peut être un facteur important pour améliorer leur expérience de la naissance. [14]

5. L'accompagnement de la sage-femme

L'essai contrôlé randomisé de McLachlan H L., Forster D A. et al., compare des soins dits « standards » à des soins procurés principalement par des sages-femmes durant l'accouchement. Le deuxième critère de jugement de cette étude concerne l'expérience de la naissance par les femmes. Leurs points de vue sont recueillis à deux mois du postpartum grâce à des questionnaires. Les femmes ayant reçu principalement des soins des sages-femmes, ont un meilleur vécu de la naissance. Elles sont plus fières d'elles-mêmes et ont la possibilité d'avoir une expérience positive vis-à-vis de la douleur. [32]

Les femmes qui sont soutenues au cours de leur accouchement ont une meilleure estime d'elle-même, et sont moins sujettes à une anxiété et à une dépression. [4] Cependant ici cette personne n'est pas spécifiquement une sage-femme.

Le contrôle personnel perçu par la femme pendant son accouchement est un prédicteur important d'un vécu positif, [5] [9] [25] [27] c'est même le meilleur pour cette l'expérience. [5]. Elle est liée à des résultats psychologiques positifs [24] et elle est inversement liée à la dépression du postpartum quel que soit la voie d'accouchement. [5] De même, l'implication active de la femme a une importante influence sur son expérience de la naissance. [35]

De plus, les femmes expérimentant le contrôle sont plus disposées à « faire face » même si il y a un besoin d'interventions médicales [25] et ont plus confiance en leurs propres capacités à contrôler la douleur ressentie. [24] Ce sentiment peut être perçu par la femme comme l'impression « d'avoir eu sa place », « d'avoir pu s'exprimer et participer aux choix la concernant ». [25] Le contrôle fait partie du concept d'empowerment.

Le contrôle maternel a trois sources : ses ressources personnelles, le contrôle sur les contractions utérines et le soutien de l'équipe soignante. [5] [12] Le partenaire de la patiente a un rôle à jouer car son soutien la calme, augmente son sentiment de contrôle et l'aide dans sa capacité à communiquer avec le personnel soignant. [5]

C'est le contrôle procuré par l'équipe soignante à la patiente qui est le plus significatif pour sa satisfaction du travail et de l'accouchement. [12] De plus, les femmes ayant des niveaux élevés de contrôle lors des interactions avec le personnel sont moins susceptibles de souffrir d'une dépression du post-partum par la suite. [5] En parallèle, les comportements et les attitudes des soignants sont les facteurs de risque les plus importants pour une expérience maternelle de la naissance négative. [32]

Nous allons donc nous centrer sur le contrôle externe lié à l'accompagnement de la sage-femme.

Un des rôles importants et spécifiques de la sage-femme est d'accompagner la femme au cours du travail et de l'accouchement. Selon Patrick Verspieren : *"Accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre. C'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas"*. Son rôle est d'encourager le contrôle personnel de la patiente et d'être un partenaire actif impliqué dans les décisions, concernant le soulagement de la douleur notamment. [24]

Afin d'apporter à la femme les éléments favorisant l'empowerment, la sage-femme doit d'abord prendre conscience de sa potentielle position de puissance en raison de son expertise. [2] dans [36] Les pratiques qui contribuent à l'empowerment sont de trois ordres :

La relation entre la patiente et la sage-femme. Celle-ci repose sur la considération de la femme comme un individu unique, le respect de celle-ci [8] et de ses croyances [11], dans une relation égalitaire. La sage-femme présente pour cela une ouverture d'esprit et elle accepte la femme telle qu'elle est. [2] De plus, le développement d'une relation de confiance entre elles contribue également à l'empowerment. [2] Une importante confiance des femmes en la sage-femme lors de l'accouchement est associée à un meilleur vécu maternel. [14]

La participation active de la patiente aux décisions de soins. La sage-femme devrait apporter les connaissances nécessaires à la patiente [11] afin de lui donner la possibilité de faire des choix éclairés. [2] La sage-femme devrait utiliser les propres termes de la femme et du couple et se baser sur leur vision. L'information devrait être transparente. [2] Cette relation suppose une certaine autonomie de la patiente et que la sage-femme ait confiance en sa capacité à faire des choix. [11] De plus, la sage-femme devrait valoriser le processus naturel du travail et de l'accouchement [8] Cependant, la patiente peut aussi décider de ne pas choisir [25]. Grâce à tous ces éléments, la femme pourra alors s'exprimer et ainsi favoriser un vécu positif. [25] La patiente peut aussi, par cette participation active, être confortable [12] Grâce à la favorisation de la participation active des parents, la sage-femme les accompagne dans leur parentalité à venir et confirme leurs capacités. [2]

Le soutien de la sage-femme lorsqu'elle est présente réellement et de manière attentive. Le soutien est adapté aux besoins émotif, physique et informatif de la patiente. Pour cela la femme devrait pouvoir s'exprimer et la sage-femme devrait être à l'écoute. La sage-femme l'encourage [8] afin qu'elle soit motivée. [26] Il ne faut pas oublier que le soutien est « *vu par le prisme de l'expérience subjective* » de la patiente et reflète ou non ce qui s'est objectivement produit. [5]

De manière pratique, un des moyens pour augmenter le sentiment de contrôle de la patiente est le « *guidage* » de la sage-femme avec les propres termes de la patiente, en utilisant des affirmations positives dans une relation de confiance. [10] Les affirmations positives peuvent donner du courage aux femmes et les aider à prendre conscience de leurs forces personnelles. [3]

L'empowerment favorise le vécu maternel positif de l'accouchement mais d'autres éléments s'y ajoutent comme la présence continue du même soignant, [26] la qualité de l'accueil à la maternité, l'accompagnement de la femme pour qu'elle gère la douleur et le respect de ses attentes et demandes. [37]

Un mémoire ayant comme thème: « Satisfaction maternelle et mode d'accouchement », a déjà été réalisé en 2010 par Chauvin J., de l'école de sages-femmes de Baudelocque (Université Paris-Descartes). [38] L'étude réalisée est centrée sur le mode d'accouchement. Elle compare la satisfaction maternelle entre un accouchement par voie basse spontanée et par voie basse instrumentale. Elle traite aussi de l'influence du mode de mise en travail et des complications maternelles. Elle y aborde succinctement, d'autres facteurs comme l'effet de l'accompagnement et de l'information de la sage-femme sur la satisfaction maternelle et leur importance même en cas d'extractions instrumentales. De plus, cette étude a été réalisée grâce à des questionnaires et des données recueillies dans les dossiers médicaux.

Un questionnaire de satisfaction évaluant le degré de satisfaction maternelle lors de l'accouchement a été traduit en français et validé. [26] Certains items concernent l'accompagnement des soignants, ils concernent leurs encouragements, leur écoute attentive, leurs explications, la façon dont ils ont traité la patiente et le soutien fourni.

La littérature anglo-saxonne et québécoise fournit des données sur les éléments de l'accompagnement de la femme par la sage-femme qui favorisent un vécu positif du travail et de l'accouchement. Nous pouvons nous questionner sur le vécu des femmes en salle de naissance en pratique dans une maternité française.

Nous énonçons donc la problématique suivante : D'après le discours de femmes primipares en maternité, quels sont les éléments qu'elles retiennent et soulignent concernant l'accompagnement de la sage-femme pendant leur accouchement?

Première partie

Matériels et Méthodes

I. Hypothèses et objectifs

Suite à nos lectures bibliographiques, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- Première hypothèse : Les femmes évoquent l'importance de s'exprimer sur leurs besoins concernant leur accouchement et d'être écoutée de façon active par la sage-femme.
- Deuxième hypothèse : D'après les femmes, l'information sur le déroulement du travail transmise par la sage-femme en salle de naissance est essentielle à leur implication active au cours de l'accouchement.
- Troisième hypothèse : Le besoin d'accompagnement de la patiente par la sage-femme en salle de naissance est en grande partie lié à la gestion de la douleur.

Pour ces hypothèses, nous nous sommes inspirées du questionnaire de satisfaction évaluant le degré de satisfaction maternelle lors de l'accouchement, traduit en français et validé par Floris et al. [26] Celui-ci a été évoqué en introduction.

Les objectifs de notre étude sont les suivants:

- Objectif principal : optimiser l'accompagnement des femmes par les sages-femmes en salle de naissance.
- Objectif opérationnel : percevoir ce que les femmes retiennent en post-partum immédiat de l'accompagnement qui leur est proposé en salle de naissance par la sage-femme.

II. Type d'étude

Le mémoire de sage-femme de Chauvin J., abordé en introduction, était centré sur la satisfaction maternelle en rapport avec le mode d'accouchement, et elle utilisait des questionnaires.

Dans l'étude que nous souhaitons réaliser, nous nous focalisons sur l'accompagnement de la sage-femme en salle de naissance indépendamment d'un contexte spécifique et nous utilisons comme outil des entretiens semi-directifs. Cette méthode nous permettra de recueillir le plus finement possible le vécu des mères tout en les orientant vers les thématiques que nous voulons aborder avec elles.

Dans le but de répondre aux trois hypothèses et aux objectifs, nous avons donc choisi de réaliser une étude qualitative. Les entretiens ont eu lieu entre J1 et le jour précédent la sortie de la maternité,

soit J2 pour les femmes ayant accouché voie basse, et J4 pour les femmes ayant accouché par césarienne, de manière générale.

III. Déroulement de l'étude

Notre étude s'est déroulée durant les mois de juillet et d'août 2015 dans le service des Suites de Couches de la maternité de l'hôpital Louis Mourier, de type 3. Notre choix s'est porté vers ce type de maternité afin de s'intéresser plus particulièrement à l'accompagnement de la sage-femme au sein d'une structure plus médicalisée. De plus, un nombre croissant de femmes a un suivi de grossesse et accouche dans des maternités de type 3, de taille plus importante. Ces structures sont en effet de plus en plus nombreuses, aux dépens des maternités de type 1. [39] Les raisons du choix de cette maternité en particulier sont d'ordre pratique, du fait de sa proximité et de stages antérieurs effectués à cet endroit.

Nous avons fixé arbitrairement le nombre d'entretiens à quinze selon le document contenant les « consignes IMRAD » remis par l'école de sages-femmes Baudelocque à propos de l'écrit des mémoires pour les études qualitatives. Les entretiens ont duré de vingt à trente-cinq minutes. Ils ont eu lieu dans la plupart des cas dans les chambres des patientes, en présence du père ou non. En revanche, il était demandé au père de ne pas intervenir au cours de l'entretien. Un entretien s'est déroulé dans le salon des familles de la maternité.

Nous avons utilisé comme support un guide d'entretien, comportant des questions formulées auparavant et portant sur les différentes thématiques que nous avons voulu étudier. Celui-ci se trouve en annexe 1. Les entretiens débutaient par une question ouverte à propos du vécu des mères à propos de l'accompagnement de la sage-femme en salle de naissance. Ils se poursuivaient ensuite en utilisant le guide d'entretien. Il contient une partie avec des questions générales puis une partie avec des questions sur des thématiques plus précises : l'information, l'expression des besoins et l'écoute de la sage-femme et l'accompagnement de la douleur. Celles-ci ont été déterminées grâce à nos lectures. Les entretiens se concluaient par une question ouverte où les femmes pouvaient ajouter ce dont elles voulaient parler à propos du thème de l'étude.

Les entretiens ont été enregistrés par un dictaphone et nous avons pris des notes sur le comportement non verbal des patientes et l'atmosphère générale, à la sortie des chambres.

Certaines données ont été recueillies dans les dossiers médicaux des patientes au décours des entretiens. Celles-ci concernaient des items sociodémographiques : l'âge de la patiente, sa nationalité, son origine géographique, sa situation maritale, sa profession et sa couverture sociale. Nous nous sommes également intéressées à des items obstétricaux : la mode de mise en travail, le

terme de l'accouchement, l'utilisation d'une analgésie péridurale ou non, le mode d'accouchement, le score d'APGAR de l'enfant et le Ph artériel au cordon ombilical, le mode de délivrance et l'état périnéal. Enfin, nous avons ajouté la préparation à la naissance et à la parentalité après la réalisation initiale de deux entretiens en raison de sa forte implication dans le déroulement de l'accouchement pour les femmes.

Celles-ci ont été collectées dans le but de percevoir le contexte de la femme et de la naissance de l'enfant.

IV. Participants

Les critères d'inclusion pour cette étude étaient : les femmes primigestes et primipares ayant eu un accouchement par voie basse, spontané ou instrumental, ou par césarienne.

Les critères de non inclusion étaient : les interruptions médicales de grossesse, les morts fœtales in utéro, les décès périnataux, les patientes souhaitant réaliser une procédure d'abandon et les patientes mineures.

Les critères d'exclusion étaient : les patientes ne parlant pas français et les celles refusant de participer à l'étude.

Ces critères ont été inspirés de l'étude menée par Crama A-L dans le cadre de son mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-femme. Le sujet était : « Accompagnement des patientes en salle de naissance A propos d'une enquête de satisfaction menée à l'hôpital Saint-Joseph à Marseille ». [37]

Les participantes ont été sélectionnées via le cahier d'accouchements de la maternité en fonction de ces critères, du jour de l'accouchement et de la disponibilité des femmes.

Nous avons choisi de limiter les entretiens aux femmes primigestes et primipares afin qu'une expérience antérieures de grossesse ne puisse pas influencer sur leur perception de l'accompagnement de la sage-femme de l'accouchement récent. Nous avons utilisé des critères de sélection larges pour notre population d'étude dans le but d'avoir une vision générale de cet accompagnement quel que soit les caractéristiques des femmes ou le déroulement de l'accouchement.

V. Stratégies d'analyse

Nous avons procédé à une analyse par thématiques. Les entretiens ont été enregistrés vocalement puis nous les avons retranscrits fidèlement. Nous avons ensuite identifié les différentes thématiques abordées au sein de ceux-ci pour chacun. Les propos des femmes ont ensuite été classés dans ces thématiques puis nous les avons comparés aux autres entretiens afin d'en faire ressortir les points communs et les différences.

VI. Considérations éthiques et réglementaires

Après un rendez-vous avec le chef de service de Gynécologie-Obstétrique et les cadres sages-femmes de la maternité de l'hôpital Louis Mourier, nous avons obtenu leur accord écrit afin de pouvoir effectuer notre étude dans le service des Suites de Couches.

Les conditions de la réalisation des entretiens ont été présentées aux patientes. Nous les avons informées du déroulement des entretiens, du respect de leur anonymat et de l'utilisation des entretiens exclusivement dans le cadre de l'étude. Nous avons ensuite obtenu leur consentement oral en amont des entretiens.

Deuxième partie

Résultats

I. Description générale de la population d'étude

Pour commencer, nous allons dresser un succinct « portrait » de chaque patiente, sous forme de tableau. Les données obstétricales recueillies dans les dossiers des quinze patientes de notre étude sont également présentées ci-dessous. Pour la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) uniquement, l'information a été obtenue au cours des entretiens. Le jour de l'entretien est noté sous la forme de « Jx », x correspondant au jour suivant l'accouchement. « J0 » correspond au jour de l'accouchement. Certaines abréviations sont utilisées afin que le tableau soit plus lisible (Cf. Glossaire). Les données sociodémographiques sont présentées en annexe 2 de ce mémoire, pour plus de lisibilité. De plus, nous avons choisi de ne pas les analyser.

Tableau 1 : Présentation de la population, des données obstétricales et néonatales

Nom (Numéro d'entretien), Âge Jour de l'entretien PNP	Terme	APD	Déroulement de l'accouchement	Score d'Apgar (1, 3, 5 et 10 minutes) du nouveau- né et pH artériel
Mme B. (1) , 20 ans Entretien à J2 PNP : pas de donnée	38 SA+ 2 jours	Oui	Travail spontané AVB instrumental (ventouse) Déchirure périnéale simple DDI. RU	Apgar : 10/10/10/10 pH : 7,17
Mme P. (2) , 30 ans Entretien à J1 PNP	37 SA+ 4 jours	Oui	Travail spontané, dirigé AVB spontané Déchirure médiane simple DDC	Apgar : 8/10/10/10 pH : 7,20
Mme B B. (3) , 28 ans Entretien à J 3 PNP : pas de donnée	41 SA	Oui	Travail spontané AVB instrumental (forceps) Episiotomie DDC	Apgar : 8/8/10/10 pH : 7,21

Nom (Numéro d'entretien), Âge Jour de l'entretien PNP	Terme	Déroulement de l'accouchement	Déroulement de l'accouchement	Score d'Apgar (1, 3, 5 et 10 minutes) du nouveau-né et pH artériel
Mme B Y (4) , 22 ans Entretien à J1 Pas de PNP	39 SA + 1 jour	Non	Travail spontané AVB spontané Désinsertion vaginale. DDC	Apgar : 10/10/10/10 pH : 7,30
Mme D C. (5) , 26 ans Entretien à C 1 PNP	40 SA	Oui	Travail spontané, dirigé Césarienne en urgence Délivrance manuelle complète	Apgar : 10/10/10/10 pH : 7,27
Mme G. (6) , 30 ans Entretien à J 2 PNP	39 SA + 4 jours	Oui	Travail spontané, dirigé AVB spontané Déchirure périnéale simple et déchirure vaginale profonde DA/RU	Apgar : 8/10/10/10 pH : 7,48
Mme S. (7) , 37 ans Entretien à J 2 Pas de PNP	39 SA + 2 jours	Oui	Travail spontané AVB instrumental (forceps) Episiotomie DDC	Apgar : 10/10/10/10 pH : 7,17
Mme E M. (8) , 31 ans Entretien à J 1 Pas de PNP	40 SA	Oui	Déclenchement du travail AVB spontané Déchirure périnéale DDI. RU	Apgar : 10/10/10/10 pH : 7,18
Mme E M (9) , 28 ans Entretien à J 1 PNP	40 SA	Oui	Travail spontané AVB instrumental (ventouse) Episiotomie et déchirure périnéale DDC	Apgar : 10/10/10/10 pH : 7,16
Mme A (10) , 27 ans Entretien à J 2 PNP	39 SA + 1 jour	Oui	Déclenchement artificiel AVB spontané Déchirure vaginale simple DDC	Apgar : 9/10/10/10 pH : 7,16
Mme L N (11) , 32 ans Entretien à J 2 PNP	41 SA	Oui	Travail spontané, dirigé AVB instrumental (ventouse) Périnée complet non compliqué. DDR. RU	Apgar : 10/10/10/10 pH : 7,25
Nom (Numéro	Terme	Déroulement	Déroulement	Score d'Apgar (1, 3, 5 et

d'entretien), Âge Jour de l'entretien PNP		de l'accouchement	de l'accouchement	10 minutes) du nouveau- né et pH artériel
Mme L (12) , 29 ans Entretien à J 3 PNP	39 SA + 3 jours	Oui	Travail spontané AVB spontané Déchirure vaginale et cutanée DDC	Apgar : 10/10/10/10 pH : 7,20
Mme C (13) , 26 ans Entretien à C3 Pas de PNP	38 SA + 2 jours	Oui	Maturation cervicale Césarienne en urgence Délivrance manuelle complète	Apgar : 3/7/9/9 pH : 7,20 Réanimation néonatale
Mme J (14) , 34 ans Entretien à J 2 PNP	39 SA+6 jours	Oui	Travail spontané AVB spontané Déchirure vaginale et superficielle DDC	Apgar: 10/10/10/10 pH : 7,30
Mme A (15) , 40 ans Entretien à J 2 Pas de PNP	38 SA + 6 jours	Oui	Travail spontané AVB instrumental (spatules) Episiotomie et déchirure périnéale simple DDC	Apgar : 5/7/9/10 pH : 7,35 Réanimation néonatale

Dans notre population, huit femmes ont suivi une préparation à la naissance et à la parentalité, cinq femmes n'en ont pas suivie et pour deux femmes nous n'avons pas pu avoir l'information.

Toutes les femmes sauf une ont eu recours à une analgésie péridurale au cours de leur accouchement. Aucune femme n'a eu de rachianesthésie. Selon l'enquête périnatale 2010, 81 % des patientes avaient accouché avec une analgésie péridurale ou une rachianesthésie. [40]

Pour deux de nos patientes le travail a été déclenché et pour une patiente, il y a eu une maturation cervicale. Les douze autres femmes ont eu un début de travail spontané. En comparaison, pour plus d'une femme sur cinq le travail était déclenché selon l'enquête périnatale 2010. De plus, sept femmes ont eu un accouchement voie basse spontané, six femmes ont eu un accouchement voie basse instrumental et deux femmes ont eu une césarienne en urgence dans notre population. [40]

II. Questions générales

Nous avons débuté les entretiens par une question ouverte aux femmes interrogées à propos de l'accompagnement de la sage-femme vécu au cours de leur accouchement. Nous leur avons ensuite posé des questions générales à ce propos. Ces questions nous ont permis d'avoir leur point de vue sans les orienter, avant d'aborder des thématiques précises. Nous leur avons ainsi donné la possibilité de s'exprimer sur d'autres sujets que ceux que nous avons envisagés. De plus, cela a initié un dialogue et une relation de confiance avec les patientes.

1. Caractéristiques définissant l'accompagnement de la sage-femme pendant l'accouchement

Nous avons d'abord demandé à ces femmes quatre caractéristiques ou adjectifs définissant, selon elles, l'accompagnement de la sage-femme en salle de naissance. Nous avons présenté ces résultats sous forme de tableau en les regroupant par thèmes. Ceux-ci sont classés de un à huit par ordre décroissant de fréquence d'apparition dans les entretiens. Les mots utilisés par les femmes sont également classés par ordre décroissant de fréquence. Les nombres entre parenthèses correspondent au nombre de femmes utilisant ces mots.

Certaines femmes n'ont utilisé que deux ou trois mots par manque d'autres idées, alors que certaines ont énoncé plusieurs synonymes par mot. Ce sont des adjectifs, des noms ou des verbes.

Thèmes (Nombre de femmes)	Mots utilisés
1. Relationnel (10 femmes)	1 (3) : « <i>confiance</i> » et « <i>humaine</i> »/ « <i>humanité</i> » 2 (2) : « <i>aimer le contact relationnel</i> » / « <i>relationnel</i> », « <i>sympathie</i> » et « <i>sourire</i> » 3 (1): « <i>bienveillance</i> », « <i>compréhension</i> » « <i>agréable</i> »/ « <i>gentille</i> » et « <i>aimable</i> »
2. Professionnalisme (9 femmes)	1 (7): « <i>professionnalisme</i> » 2 (1): « <i>compétence</i> », « <i>sécurité</i> », « <i>sage-femme sûre d'elle dans son travail</i> »
3. Informations (7 femmes)	1 (3): « <i>explications</i> »/ « <i>expliquer</i> » 2 (2) : « <i>conseils</i> » 3 (1) : « <i>renseignements</i> », « <i>informatif</i> »
4. Ecoute (6 femmes)	(6) « <i>à l'écoute</i> »/ « <i>écoute</i> »

5. Calme (5 femmes)	1 (2) : « <i>patience</i> » 2 (1): « <i>calme</i> », « <i>douceur</i> », « <i>temporisation dans les situations déviant la normalité</i> »
6. Réassurance (3 femmes) Présence (3 femmes) Guide (3 femmes)	« <i>rassurer</i> »/ « <i>rassurante</i> » (3) 1 (2): « <i>présente</i> »/ « <i>présence</i> », 2 (1) : « <i>suivi</i> » 1 (2): « <i>guide</i> », 2 (1) : « <i>personne ressource</i> »
7. Valorisation (2 femmes)	(1) « <i>encouragements</i> » et « <i>côté positif</i> »
8. Passion Complet Transparence	(1) « <i>passion</i> » (1) « <i>complet</i> » (1) « <i>honnêteté</i> »

Ces résultats nous montrent que ce sont les qualités relationnelles de la sage-femme qui priment pour l'accompagnement de la patiente en salle de naissance. Les mots majoritairement utilisés par les femmes sont « *confiance* » et « *humaine* » ou « *humanité* ». Cependant, comme nous le verrons plus en détail par la suite, la confiance en la sage-femme est multifactorielle et elle ne dépend pas que de la relation qui se tisse entre elles mais aussi de sa disponibilité et de son professionnalisme. Dans ce thème, nous pouvons individualiser deux catégories, d'une part les aspects concernant le respect de la patiente, l'écoute, la bienveillance, la linéarité de son humeur ; et d'autre part le capital sympathie de la sage-femme.

Cet aspect est à rapprocher des représentations sociales de la profession de sage-femme. Les résultats de l'étude de Hibrand N. réalisée en 2010 dans le cadre de son mémoire de sage-femme : « Image de la sage-femme chez la nullipare » sont concordants avec ceux de notre étude. Son questionnaire comporte une question sur les qualités des sages-femmes et ce sont les qualités relationnelles qui ressortent en majorité en comparaison aux professionnelles. Elle rapproche cela d'une vision « traditionnelle » et « figée » de la sage-femme comme étant compétente davantage de par son expérience et sa sensibilité. [41]

Le deuxième thème le plus abordé par les femmes interrogées est le « *professionnalisme* ». Les femmes mettent l'accent sur les « *compétences* » de la sage-femme et souhaitent que leur accouchement se déroule en « *sécurité* ». Ici, c'est davantage le rôle obstétrical de la sage-femme qui est soulevé alors que nous voulions nous intéresser uniquement à l'accompagnement. La question a pu être mal comprise. D'après ces résultats, il semble que ce rôle ait été important pour elles lorsqu'elles se remémorent leur accouchement. Cela ne correspond pas à la vision « traditionnelle » de la sage-femme que décrivait Hibrand N. dans son mémoire. En revanche, dans

une enquête du CIANE (Collectif Inter associatif Autour de la Naissance) de 2014 sur l'accompagnement lors de l'accouchement, *« un bon soutien de la part des équipes implique de respecter à la fois leurs besoin de présence, d'intimité, de réassurance, tout en assurant le suivi médical, programme exigeant pour les équipes »*, selon les femmes. [42]

Les deux thèmes suivant sont les informations et l'écoute de la sage-femme. Ceux-ci seront abordés dans la suite des résultats de notre étude car nous avons choisi de les intégrer à notre guide d'entretien dans la partie sur les « thématiques précises ». L'écoute de la sage-femme sera mise en lien avec l'expression des besoins de la patiente.

2. Moment spécifique de l'accouchement qui illustre l'accompagnement de la sage-femme

Nous avons également demandé aux femmes de choisir un moment spécifique de leur accouchement qui illustrerait, selon elles, l'accompagnement de la sage-femme.

Les deux tiers des femmes ont évoqué les efforts expulsifs. Mme J (14) évoque la raison, selon elle, de ce choix pour la majorité des femmes interrogées: *« Je pense que c'est ce qui focalise le plus l'attention de tout le monde, c'est de se dire : « Est-ce que je vais bien pousser ? », « Est-ce que ça va aller ? » »*. Les deux femmes ayant accouché par césarienne évoquent, elles, les instants précédant la césarienne puis le passage au bloc opératoire. La sage-femme les a rassuré, leur a apporté des explications et a été réellement présente.

Les femmes ayant accouché par voie basse ont des raisons variées. D'après elles, c'est durant les efforts expulsifs qu'elles ont le plus besoin du support de la sage-femme. Selon Mme L N (11), elles formaient une équipe avec la sage-femme. De même, Mme A (10) résume leur relation d'interdépendance ainsi : *« C'est le reflet de tout le travail qu'on a fait ensemble »*. Elles évoquent également les encouragements, les explications, les propositions et le rôle de « guide » ou de « coach » de la sage-femme sur la manière et le moment de pousser mais aussi pour avoir un retour sur leur efficacité pour les efforts de poussée. Selon Mme G (6), elle permet à la patiente d'utiliser ses ressources personnelles lorsque la fatigue maternelle se fait ressentir. Elle favorise aussi la confiance personnelle de la femme, d'après Mme L (12). De plus, Mme G (6) et Mme L N (11) justifient ce choix par la présence continue de la sage-femme.

Plusieurs d'entre elles associent le rôle de la sage-femme à une notion de « résultat » car grâce à elle, l'accouchement se déroule mieux. Cela est lié aux risques associés à l'expulsion, selon les femmes.

Deux femmes, Mme B. Y (4) et Mme S (7) pensent qu'il n'y pas de moment spécifique pour illustrer l'accompagnement de la sage-femme car son rôle a été continu durant leur accouchement. Enfin pour Mme B (1), c'est au moment de l'engagement de la tête du bébé car la sage-femme l'a rassurée et lui a expliqué ses sensations corporelles.

3. Evaluation de la qualité de l'accompagnement de la sage-femme

Nous avons demandé aux femmes de nous proposer des moyens qui selon elles, permettraient d'évaluer la qualité de l'accompagnement de la sage-femme en salle de naissance. Elles ont évoqués de nombreux paramètres. Leurs réponses se rapprochent beaucoup de celles pour les caractéristiques de l'accompagnement de la sage-femme. Les principaux éléments soulevés par les femmes portent sur ce sujet. Cependant, sept femmes ont eu des considérations davantage d'ordre pragmatique liées aux compétences professionnelles de la sage-femme. Nous faisons ici référence à son « *professionnalisme* », à son « *travail bien fait* » et au « *résultat* » de l'accouchement comme certaines patientes l'évoquent.

Cinq femmes proposent d'utiliser le retour des mères, deux femmes leur satisfaction et trois autres des questionnaires qui leur seraient adressés.

Cet accompagnement devrait être adapté aux attentes des femmes car chacune est unique. Mme L (12) illustre bien cet aspect : « [...] *Essayer de saisir ce qui est important pour la femme à ce moment-là.* »

De nombreuses patientes considèrent que ce sont les qualités relationnelles de la sage-femme qui permettent cette évaluation. Elles soulignent son écoute, sa patience, son sourire, son sens du contact humain, sa bienveillance et la considération de la patiente. Mme L. N(11) évoque même l'absence de dénigrement de la femme. Nous pouvons aussi prendre en compte la linéarité de son humeur, sans manifestation de fatigue ou d'énervement. Selon les femmes, il est important qu'une relation de confiance se crée entre elles. Pour Mme L (12), cette confiance est sous-jacente à la connaissance du rôle de la sage-femme grâce à la PNP notamment. Ainsi, la patiente sait ce qu'elle peut attendre d'elle. Cela lui permet de se confier et qu'un dialogue se mette en place entre elles.

Selon Mme A (15) cela est essentiel : « *Je pense que l'un des critères importants, c'est que moi en tant que maman qui a été admise par elle, je me suis sentie en confiance.* ».

De plus, Mme E. M (9) ajoute à ceci la réassurance de la patiente

Le soutien de la sage-femme au cours de cette étape de leur vie est également à relever. Pour Mme L. N(11), il y a une certaine proximité qui s'installe entre elles : « *Etre près de la patiente pour l'accompagner vers la délivrance* ».

La disponibilité et la présence « réelle » de la sage-femme sont aussi des paramètres d'évaluation selon les femmes, six femmes le relèvent. Mme E. M (9) l'évoque : « *Elle prend soin de vous à 100 % comme s'il n'y a pas d'autres personnes. Il n'y a que vous.* ». Le point de vue de Mme L. N (11) à ce sujet est intéressant, selon elle, il n'est pas judicieux de noter la présence quantitative de la sage-femme du fait des contraintes de la structure hospitalière. Cependant, il est important qu'elle soit présente lorsque la femme en a besoin. Dans son mémoire de sage-femme Crama A-L., fait référence également au fait que la qualité de la présence est plus importante que sa quantité. [43] cité dans [37]

Certaines patientes mentionnent également les informations ou explications données par la sage-femme ainsi que ses réponses à leurs questions.

L'aide à l'accompagnement de la douleur n'est mentionnée que par une femme.

III. Thématiques

1. Première hypothèse

Nous allons présenter les résultats concernant notre première hypothèse : « Les femmes évoquent l'importance de s'exprimer sur leurs besoins concernant leur accouchement et d'être écoutées de façon active. »

Dans le but de répondre à cette hypothèse, les résultats sont divisés en trois grandes parties. La première partie aborde l'expression des besoins des femmes en salle de naissance, en particulier la nature de ceux-ci puis leur potentialité d'expression. Dans un deuxième temps, nous nous sommes intéressées à l'écoute de la sage-femme : à ses caractéristiques, à la finalité de cette expression et de cette écoute puis au vécu des femmes à ce sujet. Enfin, dans la troisième partie nous allons aborder

les optimisations que les femmes envisagent. Celles-ci concernent une position active et des éléments de l'attitude de la sage-femme.

A. Expression des besoins des femmes

a. Nature des besoins

Lors des entretiens, les patientes ont évoqué avoir eu divers besoins au cours de leur accouchement. Nous pouvons les regrouper en deux catégories principales.

Ils sont d'une part physiques. Ceux-ci concernent principalement une aide au soulagement de la douleur des contractions utérines par une analgésie péridurale ou par des moyens non médicamenteux. Certaines femmes expriment le besoin de repos supplémentaire entre les efforts expulsifs ou bien de se positionner d'une manière adaptée au moment de l'expulsion.

Ils concernent d'autre part une demande d'informations sur le déroulement de l'accouchement, d'explications sur les sensations ressenties par la femme, de conseils, sur les positions lors du travail par exemple ou de réassurance. Les propos de Mme B Y (4) l'illustrent lorsqu'elle évoque ses besoins au moment des efforts expulsifs: *« A oui ! Par exemple quand j'avais peur du coup, parce-que pour moi le travail ça y est, c'était fini et c'était l'accouchement et je ne savais pas comment faire et voilà. Et donc je disais : « Je ne peux pas, non...Pauline je ne peux pas non. Je ne peux pas non. Je ne peux pas j'y arrive pas, ça fait trop mal. ». Et en fait elle me disait : « Regardez-moi dans les yeux ». Enfin elle me rassurait et elle m'expliquait. Donc vraiment du coup, oui pour un premier enfant ...Heureusement qu'elle était là quoi. »*

Parfois, la sage-femme devance les besoins de la femme, par exemple lorsqu'elle lui propose de changer de position ou une analgésie péridurale précédant sa demande. Nous aborderons cela ultérieurement pour les résultats de la troisième hypothèse concernant le rôle de la sage-femme vis-à-vis de la douleur de l'accouchement.

Nous pouvons nous questionner sur les raisons de cette anticipation des besoins des patientes. La sage-femme peut avoir des projections personnelles sur la patiente et estimer ce qui serait bon pour elle. Elle peut également rapprocher la situation clinique de la patiente à d'autres expériences professionnelle antérieures qui lui semblent comparables. D'autre part, grâce à ses compétences professionnelles, elle connaît les avantages de certaines positions maternelles.

De plus, suite à une enquête du CIANE (Collectif Inter associatif Autour de la Naissance) de 2013, portant sur la douleur à l'accouchement et notamment sur la satisfaction des femmes vis-à-vis de l'analgésie péridurale, il propose des voies d'amélioration. Cela concerne le respect des préférences exprimées par les femmes et de ne pas devancer une demande d'analgésie péridurale. Il conseille

également d'aider les femmes indécises et celles ne désirant pas cette analgésie à supporter les douleurs du travail obstétrical. En effet, seulement 68 % des femmes indécises ayant finalement eu une APD sont satisfaites, alors que 98% de ces femmes sont satisfaites lorsqu'elles n'en ont pas eue. [44]

En revanche, cinq patientes sur les quinze interrogées disent ne pas avoir eu de besoins particuliers au cours de leur accouchement. Lors des entretiens, ces patientes ont demandé à préciser cet aspect de l'accompagnement car elles ne comprenaient pas bien le sens de la question.

Afin de tenter d'expliquer cette position des femmes, les propos de Mme P (2) sont éclairants : « *Je ne me rappelle pas avoir eu de besoin en fait [Rire]. En fait, j'étais un peu dans la situation docile, on me dit quoi faire et je fais. Au pire, c'est vrai que les positions, changer de position. [...] Je pense que les personnes qui sont là savent mieux que moi donc même ce que je dois faire, donc à priori moi je me laisse guider. Vraiment, on me dit quoi faire, je n'ai pas de ... Sauf si vraiment, je ne vois pas trop le cas où j'ai l'impression qu'on me fait mal. Non, j'ai vraiment l'impression que la personne gère plus que moi, donc voilà.* ». Cette absence de besoin exprimé est aussi liée à une préoccupation maternelle centrée sur le bon déroulement médical et technique de l'accouchement et la santé de l'enfant. Cela peut être illustré par les dires de Mme E M (9): « *Je n'essayais pas de me faire plaisir. Je n'avais pas de besoin, mon souci c'est qu'il sorte et j'essaye de suivre. [...] Parce que j'ai mis tout ma confiance en elle, alors je me dis que c'est ce qu'elle me dit que je dois faire.* ». Certaines de ces femmes disent qu'elles se seraient exprimées qu'en cas de problème, comme Mme B B. (3) : « *Moi personnellement pourvu que ça se passe bien, il n'y a pas besoin de quelque chose de précis mais voilà, sinon ...* »

Le positionnement de ces femmes nous interroge sur la notion de besoin. Selon la définition du dictionnaire Larousse, le besoin est une « *exigence née d'un sentiment de manque, de privation de quelque chose qui est nécessaire à la vie organique* » ou « *un sentiment de privation qui porte à désirer ce dont on croit manquer ; une nécessité impérieuse* » [45]. Cela correspond aux besoins primaires et secondaires respectivement. Dans le cas de ces femmes, la question a peut-être été comprise dans le sens de besoins secondaires, comme pour Mme E M (9) qui parle de « *plaisir* » ou Mme D C (5) « *de petites attentions* » de la sage-femme. Dans les deux définitions du dictionnaire Larousse, le manque est présent, ces femmes n'en ont peut-être pas ressenti. Une autre analyse possible est qu'elles nient leurs besoins, dans le contexte de la situation exceptionnelle de la naissance ou bien par manque de considération de leur propre personne. [45]

De plus, ces femmes semblent avoir adopté une attitude passive lors de leur accouchement. Mme P (2) paraît se décharger sur les soignants car elle les considère comme plus savants qu'elle. Cependant, elle connaît son corps et c'est elle qui va mettre au monde son enfant. Elle est ici, dans la situation opposée du concept de l'empowerment. Dans un article de Cloutier A. sur les sécurités et les peurs autour de l'enfantement, la « docilité » du corps des femmes est rattachée à la notion de risque. Elle énonce que les femmes, par les représentations sociales qui ont créé le risque autour de la grossesse et de l'accouchement en particulier, se protègent du jugement de mauvaises mères en respectant une certaine discipline qui leur est dictée. [46]

Nous pouvons réfléchir à ce qu'est un « bon déroulement de l'accouchement ». En effet, chaque femme a ses projets et des attentes pour la naissance de son enfant. Cela est donc très subjectif. Par exemple, un accouchement par césarienne peut être considéré autant positivement que négativement en fonction des femmes. Pour Mme E M (9), elle semble davantage préoccupée par la naissance tout simplement de son enfant et par sa santé.

b. Potentialité d'expression des besoins

La grande majorité des femmes se sentent à l'aise pour exprimer leurs besoins, soit dès leur arrivée en salle de naissance soit progressivement. Cela est lié à la confiance investie en la sage-femme, à la continuité des soins par la même personne et à l'attitude de la sage-femme. Les propos de Mme C (13) sont évocateurs: *« Je dirais qu'elle a engagé la conversation avec moi, elle était... Je ne sais pas, moi je me suis sentie directement à l'aise en fait avec celle de vendredi en fait. Jeudi, je n'ai pas trop aimé par contre, la sage-femme. Elle était trop brutale, bref mais vendredi franchement, elle était vraiment... les sages-femmes que j'ai eues, elles étaient vraiment super. »*

Mme C (13) met ici en évidence que la relation entre la sage-femme et la patiente est avant tout une relation humaine. Les femmes peuvent avoir des ressentis différents pour une même sage-femme et vice-versa. Cela a un rôle direct dans la potentialité d'expression des femmes et l'écoute de la sage-femme.

La disponibilité, physique et psychique, de la sage-femme facilite aussi l'expression des patientes. Par exemple, lorsque Mme B est questionnée sur sa possibilité de s'exprimer, elle rapporte : *« Oui, parce qu'on se dit en fait, elle est vraiment là pour nous. Bon après je pense qu'elle devait s'occuper aussi de plusieurs femmes en même temps mais on ne le voit pas. Parce- qu'en fait, on se dit « je suis la priorité », donc voilà, « quand elle va venir, je vais lui demander » et on est à l'aise. »*

Mme S (7) affirme avoir pu parler de tous les sujets avec la sage-femme même les plus intimes, comme l'illustrent ses propos : *« Moi, je suis quelqu'un qui ne s'exprime pas vraiment... beaucoup.*

Je suis réservée de nature mais par contre avec elle, je pouvais tout dire. Voilà, j'étais vraiment très à l'aise et puis je parlais de tout, voilà c'était vraiment un moment agréable. [...] Elle a ouvert les portes de la discussion sans limite, sans barrière, sans gêne. Voilà. »

Nous notons un changement de comportement chez Mme S (7) lors de son accouchement. Abdel-Baki A. et Poulin M-J. abordent Le psychisme des femmes lors de l'accouchement. D'après cet article de 2004, il existe une perte de contrôle et une expression des pulsions et émotions agressives à ce moment-là. Les femmes sont alors plus aptes à s'exprimer et peuvent être plus désinhibées que dans leur vie habituelle. [47]

B. Ecoute de la sage-femme

a. Caractéristiques de cette écoute

Dans la grande majorité des cas les patientes se sont senties écoutées au cours de leur accouchement. Seule Mme E M (9) a senti que la sage-femme était davantage centrée sur la naissance de son bébé que sur ces propos : *« A l'écoute, normal. Je n'ai pas fait attention, je n'ai pas ... A l'écoute. Surtout à l'écoute de mon corps, je l'ai sentie pas à l'écoute, à l'écoute de mon corps, elle essaye de faire sortir le bébé, elle essaye ... C'est surtout ... Parce-que je n'avais pas de besoin. »*

Cette écoute est globale puisqu'elle concerne tous les besoins des femmes, qu'ils soient estimés plus ou moins importants par celles-ci. Mme B B (3) l'énonce au cours de l'entretien : *« Oui, elle était très à l'écoute, très très à l'écoute. Quand j'avais besoin de quelque chose, de n'importe quoi, elle venait. Je lui demandais le moindre petit truc, il n'y avait pas de soucis. »* La sage-femme est attentive à l'état de la patiente et à ses ressentis. Pour Mme C (14) cela concerne le renouvellement d'explications de la sage-femme plusieurs fois à sa demande, sans qu'elle ne perçoive la déranger.

La sage-femme a également une part active pour cette écoute car elle peut questionner les femmes sur leurs besoins et elle leur faire des propositions, devançant une éventuelle demande. Le changement de positions au cours du travail et de l'accouchement ou les conseils prodigués par la sage-femme en sont des exemples. Mme B Y (4) évoque cela : *« En fait elle m'a proposé plusieurs positions pour accoucher. Et elle est partie toute seule chercher un matelas. En gros je lui ai dit : « Je ne sais pas ce qui est mieux. ». Elle m'a dit : « C'est à vous de me dire. ». Et du coup elle a ..., elle est partie directement chercher le matériel [...] »* La sage-femme laisse la possibilité à Mme B Y (4) de choisir la position qui lui convient le mieux et elle lui permet d'être active. Elle a donc

confiance en ses capacités à accoucher en utilisant ses ressources personnelles et elle s'adapte à elle.

b. Finalité de cette expression et de cette écoute

Cette écoute a plusieurs rôles selon les femmes.

Pour la plupart des femmes, elle permet à la sage-femme de s'adapter à elles, notamment à leur douleur et pour les positions d'accouchement. Elle participe donc à l'accompagnement de la femme. Mme B (1) l'aborde au cours de l'entretien : *« C'est vraiment, j'accompagne la personne et je suis à l'écoute. Je n'impose pas mes choix. C'est, je suis là pour accompagner la personne. »*

Cela crée un espace échanges, ainsi la sage-femme apporte à la femme ce dont elle a besoin: de réassurance, de conseils ou d'aide au soulagement de la douleur. De cette manière, la sage-femme prend soin de la patiente. Mme D C (5) évoque cela à propos de ses besoins au cours de l'accouchement : *« C'est un truc tout bête mais on avait notre ordinateur donc il faut mettre un fil. Elles-mêmes elles nous ont proposé de tamiser la lumière, de nous apporter des couvertures. Elles ont proposé à mon copain de se mettre bien, de se coucher, enfin des petites attentions comme ça mais ça fait passer le temps. »*

La femme est alors considérée et respectée car ses sensations et ses propos sont pris en compte à leur juste valeur. Mme A (10) le souligne, elle compare les sages-femmes en salle de naissance (*« en bas »*) et en suites de couches : *« J'ai été toujours entendue et considérée en bas. Voilà, on peut évaluer la qualité de ... Bah voilà, c'est les qualités humaines de la sage-femme qui ont fait la différence. »* Elle poursuit : *« Elle m'a touchée, elle m'a dit : « Vous percevez là ? », je lui ai dit : « Oui, je perçois. ». Mais elle l'a pris en compte et elle m'a toujours entendue et écoutée. »*

c. Vécu de cette écoute par les femmes

Cette écoute de la sage-femme lors de l'accouchement contribue à ce que les femmes se sentent accompagnées et perçoivent que nous leur accordons de l'importance. Ainsi, Mme B (1) évoque l'expression de ses besoins : *« Au début, je n'ose pas trop [Sourire]. Par exemple, j'avais mal, mais j'essayais de gérer à ma façon. Et du coup, quand elle a vu que je n'arrivais pas à gérer, elle m'a proposé le ballon. Elle m'a expliqué comment je pouvais me positionner pour que les douleurs soient moins intenses. Si j'avais besoin de la péridurale, que je pouvais appeler à n'importe quel moment. Et même au moment où il posait la péridurale, elle est repassée voir si ça se passait bien. En tout cas elle a vraiment été dans l'accompagnement et jusqu'au bout, en fait. ».*

Celle-ci permet également l'établissement d'une relation entre elles, les femmes ressentent qu'une proximité s'installe entre elles. Mme E M (8) l'aborde au cours de l'entretien : *« Pour moi franchement il a fait ce qu'il fallait faire, c'est tout. Il n'y a pas moyen. Pour moi franchement, il*

était très très très serviable. Même tu ne sens pas que tu es dans la main de quelqu'un que tu ne connais pas. Comme si quelqu'un que je connaissais avant. C'est ça le plus important pour moi. »

C. Optimisations envisagées par les femmes

a. La position active de la sage-femme

D'après les femmes interrogées, la sage-femme peut favoriser leur expression grâce à une proposition explicite. Elle leur propose alors de s'exprimer sur leur ressentis, leurs questions ou leurs besoins, sans gêne et dès qu'elles le souhaitent, dès leur rencontre et de manière directe. Elle peut aussi dire aux femmes qu'elle est à l'écoute quels que soient les sujets abordés. Elle se met ainsi à disposition de la femme qui hésitera alors moins à s'exprimer en temps voulu. Mme L N (11) évoque cette optimisation : *« Peut-être lui dire dès le départ, lui dire: « Ecoutez, si vous avez quoi que ce soit, même dans les détails les moins glamours possibles de l'accouchement [Rire], allez-y. Moi je suis là pour tout entendre, même des choses pas forcément très agréables ou pas très jolies». Mais peut-être lui dire. [...] Leur dire. Voilà que vous êtes à l'écoute. »*

Selon Mme C (13) la sage-femme peut également ouvrir le dialogue: *« Je dirais qu'elle a engagé la conversation avec moi, elle était... Je ne sais pas, moi je me suis sentie directement à l'aise en fait avec celle de vendredi. »*

b. L'attitude de la sage-femme

i. Communication non verbale

La communication non verbale de la sage-femme a aussi un rôle important à jouer. Cela comprend une attitude ouverte et une position d'écoute dès le premier contact avec la femme. Les expressions du visage de la sage-femme entrent aussi en compte. Cette attitude permet aux femmes d'être plus à l'aise. Mme S (7) l'évoque au cours de l'entretien : *« Moi, je pense que c'est le premier contact. Le premier. Dès le départ. Je pense que si la sage-femme, elle arrive avec le sourire et on la sent ouverte, à l'écoute, ça favorise. Il n'y aura pas de soucis. »*

De plus, lorsque la femme sent que la sage-femme lui accorde de l'importance et qu'elle est disponible psychiquement, elle est plus à même de s'exprimer. En revanche, une sage-femme qui semble préoccupée ou prise par son travail ne facilite pas l'expression des femmes. De même, si elle est agressive dans sa façon de parler. Les propos de Mme S (7) le suggèrent : *« Mais si on sent qu'elle a des problèmes et qu'elle ne veut pas parler, qu'elle veut juste faire son travail, qu'elle est là pour une tâche bien précise, voilà elle a juste envie de finir. Donc ça bloque et ... voilà. »*

ii. Consacrer du temps à la femme

Le fait de consacrer du temps à la patiente favorise aussi l'expression des femmes. Cela concerne aussi bien la fréquence de venue de la sage-femme que le temps passé avec la femme.

En revanche, pour Mme L (12), la sage-femme ne devrait pas être trop présente non plus au risque d'être envahissante pour la femme et le couple « *Oui, je me suis sentie bien accompagnée aussi. Elle venait régulièrement, on pouvait les appeler, elles étaient disponibles. [...] Non, moi ça m'a convenu, enfin je n'aurais pas eu besoin parce-que si elle était plus présente, ça aurait peut-être été un peu trop envahissant, on aurait pu moins être le couple qui va avoir le bébé. Non, pour moi c'était très bien, vraiment.* »

De même, dans une enquête du CIANE (Collectif Interassociatif Autour de la Naissance) du mois de juillet 2014, les patientes et les couples attendent de l'accompagnement des professionnels de santé qu'il soit équilibré entre intimité et soutien. Cependant, cet équilibre est différent selon les couples. [42]

iii. Adaptation à la patiente

Enfin, deux patientes relèvent que l'adaptation de la sage-femme à chaque patiente favorise l'expression des femmes. Mme B (1) l'énonce au cours de l'entretien: « *En fait je pense que la patiente elle a besoin d'être écoutée, donc il faut que les sages-femmes, elles se disent : « bah voilà je travaille avec ... ». Bon voilà, on tombe sur plein de personnes différentes mais voilà il faut que mon écoute soit adaptée à chaque femme.* »

A l'issue de cette partie, notre première hypothèse : « Les femmes évoquent l'importance de s'exprimer sur leurs besoins concernant leur accouchement et d'être écoutées de façon active » est validée.

Les femmes interrogées ont pour la majorité de multiples besoins à exprimer au cours de leur accouchement et elles ont globalement la possibilité de le faire. L'écoute de la sage-femme est globale. La disponibilité de la sage-femme est mise en avant par les femmes. Ces deux éléments ont des rôles importants, notamment l'adaptation de la sage-femme à la femme, l'établissement d'un échange permettant à la patiente d'obtenir ce dont elle a besoin et la considération de sa personne. La sage-femme a un rôle actif dans cet échange car elle peut le favoriser. Les différentes voies d'optimisation envisagées par les femmes sont: une proposition explicite, une attitude d'écoute, la disponibilité et l'adaptation de la sage-femme. Elle est alors impliquée pour le bien-être des patientes.

Cependant, la validation de cette hypothèse est à modérer du fait d'un nombre non négligeable de femmes évoquant ne pas avoir eu de besoin au cours de leur accouchement, la sage-femme n'ayant alors pas de rôle dans ce domaine de l'accompagnement.

2. Deuxième hypothèse

Nous allons maintenant nous intéresser aux résultats de la deuxième hypothèse de notre étude: « D'après les femmes, l'information sur le déroulement du travail transmise par la sage-femme en salle de naissance est essentielle à leur implication active au cours de l'accouchement. »

Nous allons d'abord envisager les qualifications de l'information reçue en salle de naissance selon les femmes : quel est son contenu ? Quelles sont les modalités de délivrance ? Comment perçoivent-elles cette information ?

Dans une deuxième partie, nous allons aborder les différents rôles de l'information selon les femmes. Grâce à elle, elles peuvent se situer et se projeter dans le déroulement de l'accouchement. Elle leur permet également de comprendre les événements et de mieux les accepter. De plus, elle les rassure vis-à-vis de l'inconnu à venir et des compétences de la sage-femme. Enfin, elle contribue à leur implication active au cours de leur accouchement.

A. Qualifications de l'information par les femmes

a. Le contenu de l'information : le fond

Les informations délivrées par la sage-femme au cours du travail sont diverses. Elles sont orales mais elles peuvent parfois être complétées de pratique, par exemple quand la sage-femme montre comment utiliser le ballon pendant le travail. Elles portent essentiellement sur deux thèmes, le déroulement de l'accouchement et les moyens dont disposent la patiente afin d'être active.

i. Rôle informatif : sur le déroulement de l'accouchement, les éventuelles complications et l'état du nouveau-né

Les informations délivrées aux femmes portent essentiellement sur le déroulement de l'accouchement, c'est à dire sur l'avancée du travail, la hauteur de la présentation fœtale lors des efforts expulsifs et l'efficacité maternelle. Les sages-femmes expliquent également leurs gestes dans la majorité des cas et les sensations ressenties par les femmes au cours de l'accouchement.

Les informations permettent aux femmes de se situer dans l'avancement du travail. De plus, elles appréhendent et anticipent la chronologie future du travail. Pour plusieurs d'entre elles, la sage-

femme leur donne une vision à court terme des différentes situations envisageables en fonction des éléments cliniques et paracliniques. Cela est appréciable d'après les patientes interrogées. Mme A (10) l'illustre en abordant le rôle de l'information délivrée pendant son accouchement: « *Elle prépare..., elle anticipait ses actions, elle me dit : « Voilà, je reviens dans 10 minutes », mais c'était vraiment 10 minutes. [...], elle revenait et avant même de me faire quoi que soit ou quoi que ce soit se passe, elle m'a prévenue, qu'il était 23 heures, elle m'a dit : « A 23h30 ça fera deux bonnes heures, 2 heures que vous êtes anesthésiée, enfin sous péridurale, vous êtes soulagée, on va pouvoir commencer à pousser », la petite était bien comme il fallait.* ». Cependant, à la lecture de cette citation, Mme A (10) ne semble pas être réellement impliquée activement dans les prises de décisions.

Les patientes peuvent aussi se préparer à de possibles interventions au cours de l'accouchement grâce aux informations fournies. Cela les rassure. Pour Mme B (1), cela concernait l'utilisation d'une ventouse lors de l'expulsion. Mme D C (5), elle, évoque les instants précédant le passage au bloc opératoire pour une césarienne: « *Elle-même nous avait déjà prévenu que ça ne descendait pas, qu'il y avait un risque de césarienne donc qu'elle allait appeler le médecin. Donc elle a commencé tout de suite à nous préparer à la césarienne, à nous dire les étapes, ce que c'était et nous rassurer tout de suite, en fait. Et après quand le médecin est passé et qu'il nous a dit qu'on allait attendre une demi-heure, augmenter les doses. Voilà elle a continué à nous expliquer, elle nous a accompagnés, elle est restée avec nous pendant 10 – 15 minutes.* »

Les soignants devraient rester vigilants pour ne pas banaliser les interventions au cours des accouchements. Selon le Code de Déontologie, l'information doit être « *claire, appropriée et loyale* ». Azria E. et al. mettent en miroir la banalisation des gestes médicaux habituels pour les soignants et le point de vue des parents qui vivent une situation unique, dans un article sur l'information dans le contexte périnatal. [48]

Enfin, les sages-femmes informent les femmes de l'état du nouveau-né à la naissance et des soins effectués.

ii. Rôle actif : les moyens donnés aux femmes pour agir

Le deuxième rôle des informations délivrées aux femmes est de leur donner la possibilité d'agir au cours de leur accouchement. Cela concerne essentiellement la gestion de la douleur et les efforts expulsifs. A propos de la douleur, la sage-femme peut leur proposer d'utiliser la respiration ou leur donner des conseils sur le moment de la pose de l'analgésie péridurale, par exemple. Nous

aborderons cela plus en détails dans une deuxième partie sur les rôles de l'information et plus particulièrement pour l'implication active de la femme.

En revanche, il faut être vigilant à bien différencier les conseils de la sage-femme donnant la capacité à la femme d'être active pour son accouchement, des « *consignes* » qui brident sa volonté. Par exemple, selon Mme E M (8), l'information a permis de faciliter l'accouchement mais elle ne paraît pas avoir été vraiment maître de son accouchement : « *Elles sont utiles. Par exemple, avant d'accoucher, il m'a préparée, il m'a dit : « Voilà, il faut souffler, il faut... ». Il vous donne des consignes avant. Comme ça vous êtes préparée.* »

iii. Complémentarité de ces informations avec celles reçues au cours de la grossesse

Les sages-femmes répondent aux différentes questions des femmes durant leur accouchement. Ces informations peuvent compléter ou expliciter celles reçues au cours de la grossesse, avec la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) notamment. Cela apparaît dans le discours de Mme L (12) « *Moi je dirais qu'elles étaient complémentaires pour moi, parce-que je m'étais un peu renseignée quand même. Enfin, j'avais été bien préparée avec ma sage-femme qui m'a suivie en ville donc pour moi c'était plus complémentaire. C'était dans un sens, moi qui me posais des questions et elle qui me donnait des réponses et sa version des choses.* »

En salle de naissance, l'information reçue est considérée par les patientes interrogées comme plus concrète et pragmatique que lors de la grossesse car elle est centrée sur l'essentiel. Mme L (12), individualise deux temps, le travail et les efforts expulsifs: « *Pendant l'expulsion c'était plus aussi accompagnement mais direct. Il fallait que ça soit quelque chose de très, pas sensible, mais ... oui, que ça soit franc, que ça soit bien expliqué en fait pour que je puisse être efficace tout de suite. Et après pendant l'accompagnement, c'était plus le dialogue qu'on a réussi à installer qui était plus important.* »

b. Les modalités de délivrance de l'information par la sage-femme : la forme

i. Une information claire et adaptée aux femmes

L'information donnée par la sage-femme en salle de naissance est claire et compréhensible, selon quasiment toutes les patientes. Elle utilise des termes simples et accessibles à tous. Les propos de Mme B B (3) l'illustrent: « *Elle m'a expliqué mais avec des termes bien précis, clairs et rassurants. [...] Elle a quand même bien détaillé, mais avec des mots simples, pas trop médicaux*

parce-que des fois des termes trop médicaux, ça peut un peu faire paniquer donc avec des termes clairs et précis. ».

Cependant, elle s'adapte au niveau de compréhension des femmes, Mme J (14) par exemple, préfère que l'on utilise des termes médicaux pour plus de transparence et une meilleure compréhension. La sage-femme prend également en compte l'état de la patiente, notamment sa douleur et n'hésite pas à renouveler plusieurs fois ses explications.

ii. Transparence et exhaustivité de l'information

L'information reçue en salle de naissance est caractérisée par les femmes d'« exhaustive », « détaillée » et « précise ». Elle est donc transparente. Elle participe alors à la mise en place d'une relation de confiance entre la sage-femme et la patiente. Plusieurs d'entre elles soulignent l'importance de comprendre le déroulement de leur accouchement et les raisons des interventions médicales. Mme A (10) l'aborde: *« Elle tenait parole et ce n'est même pas tant de tenir parole, c'est de me dire. Quand je lui demandais : « La petite, ça va le monito? », « Ça va, pas de problème. ». Quand ça commençait à avoir un problème, elle m'a dit: « Voilà, là... ». Elle ne m'a rien caché, je n'ai pas vu les gens débarquer sans ... Chaque étape [...] elle a toujours pris le temps de m'expliquer et même pendant la poussée. ».* Cette notion de relation de confiance sera abordée de nouveau à propos de la perception de l'information par les femmes.

L'information est accessible et partagée en totalité avec la patiente par la sage-femme. Ce partage de connaissances est l'un des éléments nécessaires au consentement éclairé de la patiente. [11] Cependant, l'information a différents rôles, comme nous l'avons déjà mentionné.

iii. Temporalité de l'information

Les femmes interrogées relèvent que l'information est donnée dès leur arrivée en salle de naissance et spontanément par la sage-femme. Mme S (7) le relève au cours de l'entretien: *« Elles ne m'ont même pas posé la question si je savais faire ou pas, si j'ai fait des cours ou pas, rien du tout. Elles m'ont prise comme ça. Je ne sais rien et elles m'ont expliqué dans le détail, dès le début. Dès le départ. ».* Nous pouvons analyser cette citation de deux façons. D'un certain point de vue, la sage-femme ne tient pas compte de ses connaissances initiales et ne s'adapte pas à elle. D'un autre point de vue, elle délivre l'information au moment où elle est utile pour Mme S (7), quitte à ce qu'elle l'ait déjà eue. Elle prend ainsi en compte son état et ses éventuels oublis.

Les femmes soulignent également la continuité de l'information, tout au long de l'accouchement. Elle est délivrée régulièrement, au fur et à mesure des nouvelles données. Mme S (7) le relève au cours de l'entretien : *« C'était au fur et à mesure. Du moment où je suis rentrée*

dans la salle jusqu'à la fin, elle était là pour m'expliquer et à me... A chaque fois que j'avais une question, elle n'hésitait pas à m'expliquer. Elle prenait vraiment son temps. ».

Dans la plupart des cas, elle est donnée en toutes circonstances. Mme S (7) l'évoque à propos de la naissance de son enfant à l'aide d'instruments : *« Donc même après quand le médecin est venu pour m'aider à la naissance et tout ça. Elle a continué à m'écouter pour m'expliquer ce qui va se passer. Voilà, c'était vraiment dans le détail. »*

iv. Lacunes d'informations

En revanche, deux femmes rapportent certains manques d'informations au cours de leur accouchement. Pour Mme A (15), cela concernait les soins du nouveau-né dans un contexte de réanimation néonatale. En effet, l'urgence peut retarder la délivrance de l'information.

c. Perception de l'information par les femmes

i. Satisfaction des femmes vis-à-vis de l'information reçue en salle de naissance

L'information est qualifiée d' *« importante »* pour l'accompagnement de la sage-femme en salle de naissance par quatre femmes.

Globalement, les patientes sont satisfaites de l'information qu'elles ont reçue de la sage-femme. Mme L N (11) le souligne: *« Elles étaient très présentes donc beaucoup, beaucoup d'explications. On m'a vraiment tout expliqué, enfin pour moi tout expliqué le cheminement logique de ce qui allait se passer. Et elles étaient très bonnes parce-que j'ai tout compris. ».*

De plus, elles la jugent utile car elle est donnée en amont, leur permettant d'anticiper et d'agir en conséquence, pour les efforts expulsifs ou la gestion des contractions utérines, par exemple. Mme J (14) nous en fait part au cours de l'entretien : *« Utiles dans le sens où c'est ce qui m'a permis de faire les bons gestes. »*. L'information donne donc la possibilité à cette patiente d'être impliquée activement pour la naissance de son enfant.

ii. Bienveillance et considération de la patiente

Certaines femmes considèrent que l'information délivrée par la sage-femme est associée à une *« bienveillance »* car elles perçoivent qu'elle prend ainsi soin d'elles. En effet, elle est attentive à leur demande d'informations et prend le temps d'être présente auprès d'elles pour y répondre. Mme L N (11) propose cette idée à propos de l'information lors de son accouchement *« Ça va un peu avec la bienveillance, il m'a tout ... Il ne m'a peut-être pas tout dit au fond mais voilà, pour moi j'ai*

eu les explications dont j'avais besoin. [...] C'est rassurant et bienveillant. Ça montre qu'on fait attention à qui on a en face, quoi. ».

Mme A (10) pense que l'information délivrée est aussi en lien avec la considération de la femme dans sa globalité, comme elle l'évoque dans son discours: *« Chaque étape [...], elle a toujours pris le temps de m'expliquer et même pendant la poussée. Dès qu'elle voyait que j'étais fatiguée... Ah non, très sympathique. Je me souviens de son nom d'ailleurs [...]. Très sympathique, toujours dans l'explication et elle ne s'occupait pas que de mon intimité. ».* Elle poursuit : *« Simple. Simple, clair, précis. Toujours délicate. Je n'ai jamais eu l'impression d'être un objet. Non, j'ai été considérée. »*

Mémeteau, dans un article sur l'information dans la relation médecin-patient, évoque également le lien entre l'obligation de délivrer l'information au patient et le respect de sa dignité. En effet l'information permet le consentement éclairé et celui-ci protège l'intégrité du patient. [49] Le sentiment, d'être respectée et considérée en globalité par la sage-femme, concourt à l'empowerment. Il favorise la considération de la patiente elle-même et est nécessaire à ses prises de décisions au cours du travail. [8]

De plus, selon Mme L (12), cela permet l'instauration d'un dialogue entre la sage-femme et la patiente où elles partagent leurs points de vue et connaissances. Cette patiente s'est beaucoup informée au cours de sa grossesse grâce à sa sage-femme libérale et à ses lectures.

iii. Professionnalisme de la sage-femme et élaboration d'un lien de confiance

Enfin, pour plusieurs patientes, les informations reçues par la sage-femme contribuent à l'installation d'un lien de confiance entre elles car elles reflètent les compétences de la sage-femme. Mme B (1) l'illustre par ses propos: *« Je pense que si l'information elle est bien donnée et bien expliquée, la personne... En fait, c'est toujours la même histoire, elle va avoir confiance. Alors que si on n'a pas l'information, je pense que le travail ne peut pas être fait correctement. [...] Mais si, la sage-femme ne m'avait pas donné les informations et si elle ne m'avait pas rassurée, montré qu'elle savait ce qu'elle faisait, je pense que j'aurais été en panique ou je n'aurais pas compris ce que je faisais. [...] Peut-être que ça ne se serait pas déroulé de cette manière, en fait. Parce-que l'accouchement s'est bien passé et je pense que c'est aussi grâce à ce qu'elle m'a apporté. ».* Cette citation, met également en évidence le lien entre l'information, la réassurance et la possible action de la femme.

Cette confiance accordée à la sage-femme est également le fait de sa disponibilité car les femmes ne se sentent pas délaissées. Mme A (10) évoque cette idée durant l'entretien : *« Elle a instauré un lien de confiance et elle m'a expliqué chaque chose. Chaque fois elle me disait, même si elle devait partir : « Je repars », d'accord, « Mais je reviens ». ».* Elle poursuit : *« Elle m'a rassurée. Le fait*

qu'elle m'informe me rassure. Ça m'a permis de me rassurer, de rassurer mon conjoint et de lui faire confiance. »

Boissier Marie-Christophe, dans un article sur la confiance dans la relation médecin-malade, évoque le lien qu'ont fait différentes études entre la confiance accordée au soignant et les informations délivrées par celui-ci. [50] Dans la littérature, la « *présence attentive* » de la sage-femme est un facteur favorisant l'empowerment. [8]

De plus, cette confiance est renforcée par une prise de conscience des femmes à posteriori de la réalité de l'information reçue ou par le sentiment d'avoir fait le bon choix avec l'appui des conseils de la sage-femme. Mme L (12) évoque cela à propos du rôle que l'information a eu pour elle: « *Se diriger et puis du coup, d'entretenir cette confiance. De me dire qu'elle a entendu ce que je lui dis, elle l'a pris en compte et puis après, de se rendre compte que oui c'était le bon choix au bon moment.* » . Nous voyons donc ici l'importance de proposer plusieurs alternatives à la patiente et de l'informer sur chacune d'elle.

B. Rôles de l'information

a. Une meilleure compréhension et acceptation de la patiente

L'information que les femmes reçoivent en salle de naissance de la sage-femme leur permet de se situer, de se projeter dans le déroulement de l'accouchement, mais également d'anticiper d'éventuelles complications, comme nous l'avons vu précédemment sur le contenu de l'information.

Les patientes comprennent alors mieux le déroulement de l'accouchement, les gestes de la sage-femme et les interventions proposées ou parfois imposées par l'équipe médicale en situation d'urgence. L'information reçue permet alors une meilleure acceptation de la femme lorsque les événements ne se déroulent pas comme elle les avait prévus. Mme A (10) évoque la volonté de son mari de couper le cordon ombilical mais qui n'en a pas eu la possibilité: «*Elle lui a dit : « Votre femme, elle saigne, tout est sorti d'un coup, elle a accouché, elle a délivré. Elle a accouché, elle s'est délivrée en même temps. ». Donc, elle m'a dit : « Fallait faire le geste tout de suite. ». Je lui ai dit : « Ok, pas de problème. ». Enfin, c'est parce- qu'elle nous a tout le temps introduit. [...]C'est ça. Oui, tu comprends tout et puis t'es pas frustrée parce-que tu sais pourquoi. Tu sais pourquoi, et elle a vraiment été très douce, super»*

Dans des situations d'urgence, l'information, la compréhension et l'acceptation de la patiente et du couple sont généralement secondaires aux événements. L'implication active de la patiente est

limitée par des nécessités médicales. Les deux exceptions à l'obligation d'information du patient sont l'urgence ou l'impossibilité d'informer le patient. [48]

b. Réassurance de la patiente et de son conjoint

La compréhension du déroulement de l'accouchement permet aux couples et aux femmes de se sentir plus sereins et moins angoissés. De nombreuses patientes le relèvent au cours des entretiens.

D'une part, l'anticipation contribue à calmer leurs inquiétudes liées à l'inconnu. Mme B B (3) l'aborde au cours de l'entretien : *« Savoir ce qu'il en est, ce qui se passe quand ça dure longtemps. Donc, ne pas se poser de questions, s'angoisser pour rien. C'est important quand même. Voilà, savoir chaque étape, ce qui va se passer. [...] L'inconnu des fois ça angoisse. Là, on n'est pas non plus dans l'inconnu, on sait ce qui va se passer, ce qui se passe. »*. De même, Mme B (1) évoque cette idée à propos des soins de son enfant et d'une déchirure périnéale. Cela est à mettre en lien avec la PNP qui permet aux femmes de mieux appréhender le déroulement de l'accouchement et les complications possibles.

Les informations données aux patientes permettent également de les rassurer vis-à-vis de leurs appréhensions liées aux complications de l'accouchement. Mme C (13) nous l'évoque à propos de la césarienne: *« Elle m'a parlé en fait, elle a réussi à me calmer. Je me posais beaucoup de questions par rapport aussi à la césarienne. Elle a réussi à me calmer puis elle m'a dit que de toutes façons, c'était mieux pour la petite parce – qu'elle était en souffrance donc... Elle a réussi vraiment à me calmer quoi par rapport à la césarienne. »*

D'autre part, l'information délivrée crée et entretient la confiance que la femme investit en la sage-femme, comme nous l'avons envisagé précédemment. Dans cette relation de confiance, elle est rassurée d'être entourée de professionnels compétents.

Lafrance J. et Mailhot L., dans leur article sur l'empowerment dans la pratique de la sage-femme, abordent le rôle de la réassurance comme facteur favorisant. [11]

c. Implication active de la femme au cours de l'accouchement

i. Réassurance et lien de confiance avec la sage-femme

Tout d'abord, la patiente peut se consacrer pleinement à la naissance de son enfant grâce à la réassurance évoquée précédemment. Mme A (15) l'illustre en abordant le rôle de l'information: *« Je crois que c'est utile. Je parlais du fait de se sentir en confiance et du fait d'avoir des informations. »*. Elle poursuit : *« Parce- que plus on en sait sur le processus de l'accouchement,*

Adet Anaïs

comment ça va se passer et tout, moins on est angoissée. Et le fait d'être moins angoissée, ça joue aussi sur le ... en fait sur le psychique de la maman pour pouvoir. »

De plus, par la relation de confiance qui s'est construite avec la sage-femme, la patiente peut laisser la sage-femme et l'équipe médicale prendre en charge le pan obstétrical de l'accouchement alors qu'elle pourra se centrer sur son implication active. Mme L N (11) le suggère au cours de l'entretien lorsqu'elle évoque ses efforts expulsifs: *« Oui, et quand je lui disais : « Est-ce qu'elle va bien ? Est-ce qu'elle va bien ? » Parce-que je ne savais pas si elle arrivait à être bien, il disait : « Si, si elle va bien, on la voit, elle avance. » Enfin, il me rassurait toujours. »*

ii. Renforce la confiance personnelle de la femme en ses capacités et l'utilisation de ses ressources personnelles

L'information délivrée par la sage-femme au cours de l'accouchement renforce la confiance personnelle de la patiente et l'aide à se sentir compétente. Les propos de Mme B (1) sont éclairants : *« Je pense que ça m'a permis que ça se déroule bien en fait. Que... Je me suis plus sentie dans mon élément et de me dire je vais y arriver. Elle m'a mise... J'ai eu confiance en moi parce-que je ne pensais pas y arriver. Alors qu'avec les conseils qu'elle m'a donnés et la façon dont elle m'a aidée, là j'étais sûre de moi et je me suis dit « Je vais y arriver en fait » ». Mme P (2) l'évoque également à propos de l'information reçue lors de l'expulsion de son enfant: *« Me dire quoi faire, me dire quand j'avais une bonne position, quand c'était efficace ce que je faisais, quand c'était un peu moins efficace. Vraiment me guider sur comment me positionner. Me proposer des choses aussi. [...]Voilà donc me proposer des choses, m'expliquer ce qui allait ce qui marchait bien. »**

Les encouragements de la sage-femme au moment des efforts expulsifs favorisent également l'utilisation de toutes les ressources personnelles de la patiente. De même pour la valorisation de la femme. Mme L N (11) l'illustre: *« Et donc du coup, là on a commencé le travail, j'ai poussé sacrément [Rire] et il était toujours positif : « C'est bien, c'est bien, allez-y. » Alors est-ce que c'est vrai ou est-ce que ce n'est pas vrai. [...] : Mais au moins c'est super engageant, enfin ça motive, c'est : « Je la vois, elle avance, elle avance, elle avance. Allez-y poussez, poussez ». Il n'y a jamais eu depuis mon arrivée à l'hôpital, un mot négatif, enfin quelque chose de... Oui un mot négatif sur mon travail, sur ... Voilà, c'était hyper motivant quoi. »*

La patiente est alors impliquée activement dans son accouchement et a confiance en elle et en ses capacités pour donner naissance à son enfant. Sa confiance personnelle et les encouragements de la sage-femme font partie intégrante du concept d'empowerment. [8] [11]

Cependant, l'information, a également ce rôle pour l'accompagnement des contractions utérines au cours du travail. Mme C (13) l'évoque au cours de l'entretien : *« Ça m'a beaucoup aidée parce-que je n'en pouvais plus [elle souffle]. Donc vraiment la respiration, les conseils qu'elle m'a donnés, ça m'a vraiment aidée. [...] Elle m'expliquait vraiment comment faire, elle me montrait comment faire. Même si l'a refait plusieurs fois, elle l'a refait. »*.

Elle favorise aussi l'implication de la patiente après la naissance de son enfant lors des soins du nouveau-né comme pour Mme B (1) : *« Après quand il est arrivé, elle s'est occupée de lui directement. Elle m'a... à chaque fois qu'elle faisait quelque chose, elle m'expliquait, voilà bah là, je vais le mesurer, je vais le peser, donc ... je participais aussi alors que j'étais sur la table »*.

iii. Dialogue et décisions conjointes

Enfin, trois femmes soulignent que les informations reçues leur ont permis de prendre des décisions avec la sage-femme au cours de leur accouchement. Mme L (12) livre ses ressentis à propos de sa décision concernant l'analgésie péridurale: *« Et après avec les cours de préparation j'ai pu demander à la sage-femme qui nous a accompagnés, ce qu'elle en pensait. Savoir si pour elle c'était le bon moment. Pourquoi poser la péridurale, si ça ne ralentirait pas le travail donc ça, ça a été vraiment... Il y a eu un dialogue qui s'est installé et c'était intéressant, un échange. »*. Elle poursuit : *« Du coup, je ne lui ai pas demandé, à un temps « t » : « Quelles sont les solutions qui s'offrent à moi ? »*. Je lui ai plutôt demandé : *« Je vise cette solution, est-ce que vous pensez que c'est bien ? »*. ». Mme L N (12) résume ainsi : *« Et donc, oui c'était plus de savoir qu'elle avait confiance en les choix que je faisais. »*

De plus, la clarté, l'accessibilité et l'exhaustivité de l'information délivrée par la sage-femme et la considération de la patiente, favorisent sa participation aux prises de décisions au cours de son accouchement. La relation entre la sage-femme et la patiente s'approche d'une relation égalitaire. La femme participe de manière active aux décisions la concernant grâce à un partage de connaissances de la sage-femme et à un dialogue qui s'installe entre elles. [11]

D'après ces résultats, cette hypothèse: *« D'après les femmes, l'information sur le déroulement du travail transmise par la sage-femme en salle de naissance est essentielle à leur implication active au cours de l'accouchement »* est partiellement vérifiée. Les femmes interrogées soulignent l'importance de l'information qu'elles ont reçue en salle de naissance mais peu évoquent spontanément son rôle pour leur implication active.

La question est ici de relever ce que les femmes considèrent être la finalité de cette information. Nombreuses sont celles qui explicitent en quoi cette information est le préalable à la compréhension. Or, cet élément est nécessaire à l'implication active.

Gardons à l'esprit que l'information sert à se situer, à anticiper le déroulement de l'accouchement et à comprendre les événements, pour la plupart des femmes. Ces éléments peuvent être perçus comme des préalables permettant une implication même si la femme peut adopter une attitude passive.

De façon indirecte, nous avons pu également mettre en lien les rôles évoqués par les femmes avec des éléments en faveur de leur implication active, grâce à notre bibliographie. Ces rôles sont la réassurance, la confiance personnelle et l'utilisation de ses propres ressources. De plus, l'information crée un climat de confiance avec la sage-femme

De même, les caractéristiques de l'information partagée par la sage-femme avec les femmes, dont la clarté, l'accessibilité et l'exhaustivité, contribuent à leur implication active.

3. Troisième hypothèse

Nous allons maintenant aborder les résultats de notre troisième hypothèse: « L'accompagnement de la patiente par la sage-femme en salle de naissance est en grande partie dédié au soulagement de sa douleur. »

Pour répondre à cette hypothèse nous allons d'abord aborder les moyens utilisés par les femmes pour faire face à leurs sensations physiques au cours du travail. Ils proviennent de différentes sources : de leurs ressources personnelles parfois en association avec leur conjoint, de la préparation à la naissance et à la parentalité et du soutien physique et moral de la sage-femme. Nous verrons plus précisément, le rôle d'accompagnement de la sage-femme en fonction de l'utilisation ou non d'analgésie péridurale.

Dans une deuxième partie, nous envisagerons la place de la sage-femme concernant les sensations physiques de la femme lors des efforts expulsifs. Nous aborderons la position de la patiente, sa douleur et sa fatigue, puis le rôle de « *guide* » de la sage-femme au moment des efforts expulsifs.

A. Accompagnement des sensations physiques du travail

a. Autonomie de la femme par l'utilisation de ses ressources personnelles et absence de rôle de la sage-femme

i. Autonomie de la femme et du couple

Certaines femmes utilisent leurs propres ressources pour accompagner la douleur des contractions utérines du travail. Ils peuvent soit provenir d'une préparation à la naissance et à la parentalité, (PNP) soit être utilisés spontanément par la patiente.

Les principaux moyens que les femmes disent utiliser naturellement sont la respiration, la déambulation et les changements de positions pour trouver celles où elles sont les moins algiques. La respiration est le principal outil de la PNP utilisé par les femmes en ayant eue une. Deux femmes ayant eu une préparation par haptonomie avec leurs conjoints évoquent l'avoir utilisée particulièrement.

D'après les femmes interrogées, leur conjoint a également un rôle important à jouer pour leur douleur, grâce à sa présence, son soutien moral et parfois grâce à une aide physique comme les massages. Selon Mme L (12), l'analgésie péridurale contrôlée par le patient (PCA), lui a permis de renouer une relation avec son conjoint, et de continuer à accompagner les contractions utérines, tout en se reposant entre deux.

ii. Absence de rôle de la sage-femme pour les sensations physiques de la femme

Seule Mme L (12) évoque ne pas avoir eu d'attente particulière de la sage-femme concernant la douleur du travail obstétrical: « *Pour moi, la douleur, je ne m'attendais pas à ce que la sage-femme ait un rôle là-dedans parce-que pour moi c'était vraiment quelque chose de, pas personnel mais, oui très personnel, très très individuel, la gestion de la douleur, donc je n'attendais pas d'elle un rôle particulier.* » Klomp T. et al ne retrouvent pas résultat, dans une étude qualitative sur les différentes approches de « *management* » de la douleur des patientes avant leur accouchement. Selon cet article, la majorité des femmes ont confiance en elles mais elles accordent également leur confiance aux soignants. Elles pensent qu'avec le soutien apporté par leur famille, leurs amis proches et par le « *coaching* » de la sage-femme, elles n'auront pas de difficultés à faire face à la douleur. [35]

De plus, pour un tiers des femmes interrogées, la sage-femme n'a aucun rôle d'accompagnement pour le soulagement de la douleur. Sur ces patientes la moitié a néanmoins eu une PNP au cours de sa grossesse. Pour certaines, elles n'utilisent aucun moyen afin de faire face à la douleur avant la pose de l'analgésie péridurale et elle seule peut les soulager. Dans ce cas-là, deux situations sont retrouvées. Pour certaines patientes, les contractions utérines sont trop douloureuses pour qu'elles puissent envisager d'autres moyens et elles semblent dépassées par la douleur. La sage-femme devient alors un intermédiaire entre la patiente et l'anesthésiste. Pour d'autres les douleurs sont supportables avant l'analgésie péridurale ne nécessitant pas d'autres moyens pour gérer la douleur.

Cela a un lien avec les différentes attentes personnelles des femmes vis-à-vis des douleurs des contractions utérines. Certaines patientes ne voudront avoir aucune sensation, d'autres ressentir

aucune douleur alors que d'autres accepteront des douleurs qu'elles peuvent accompagner, le jour de l'accouchement.

Klomp T. et al, dans une étude qualitative sur les attentes des femmes pendant leur grossesse pour le « *management* » de la douleur du travail obstétrical identifient trois groupes de patientes. Le premier comprend des femmes ayant une approche naturelle de la naissance, elles pensent ne pas avoir besoin de méthodes de soulagement de la douleur si celle-ci se déroule naturellement. Cependant, si elles en ont besoin, elles apprécieront la disponibilité des méthodes pharmacologiques. Le deuxième groupe de femmes ne se s'est volontairement pas informé, elles préfèrent attendre de voir comment le travail se déroulera. Enfin, dans le troisième groupe, les femmes planifient avoir besoin de méthodes pharmacologiques pour le soulagement de la douleur. [35]

De plus, des attentes négatives pour la douleur peuvent alimenter une certaine anxiété et cet état d'esprit peut augmenter les sensations douloureuses. L'étude de Flink et al. s'intéresse au rôle de la catastrophisation sur la douleur de l'accouchement et la récupération de la patiente en post-partum. Elle retrouve des résultats significatifs. Le niveau de « catastrophisation » des femmes vis-à-vis de la douleur est évalué par un score. Les femmes classées comme « *catastrophisers* » interprètent leur travail de menaçant, ressentent plus de douleur lors de l'accouchement et sous estiment leurs habilités à faire face à la douleur. [51]

Cela est aussi lié aux réactions individuelles de chacune envers la douleur car elle est subjective et dépendante de paramètres physiques, psychiques et culturels.

La PNP a aussi un rôle car elle aide la femme à envisager cette douleur et elle peut lui permettre d'élaborer un projet de naissance la concernant notamment. De nouveau, on aborde l'interdépendance entre les informations reçues et l'implication active de la patiente.

b. Implication de la sage-femme : elle accompagne la femme et favorise le bon déroulement du travail obstétrical

i. Proposition de moyens d'accompagnement des contractions utérines et des sensations physiques de la patiente

Pour une grande partie des patientes interrogées, la sage-femme a un rôle dans l'accompagnement de la douleur grâce aux conseils qu'elle leur prodigue. Elle leur propose plusieurs alternatives afin qu'elles trouvent celles qui leur correspondent le mieux.

Dans la population de notre étude, seule Mme B Y (4) a accouché sans analgésie péridurale. La sage-femme était très présente et l'a accompagnée tout au long du travail comme elle nous le raconte au cours de l'entretien : *« Et donc même pendant le travail, elle m'a accompagnée [...], elle m'a fait des massages, elle m'a proposé plusieurs fois, enfin, je vais dire des méthodes pour essayer de soulager les contractions [...]. Voilà une bouillote pour mettre en bas du dos. Elle m'a proposé le ballon. Elle m'a proposé la baignoire. Elle m'a proposé enfin plusieurs méthodes. Elle m'a également conseillé des positions. [...] J'avais une position qui me soulageait. C'était de me mettre contre la paillasse en fait et donc elle, elle m'avait posé le monito donc elle était sur ses genoux par terre [Sourire] [...], elle m'a dit : « Ne faites pas attention par rapport au ... Enfin, bougez comme vous voulez, faites les mouvements que vous voulez, le monito, il n'y a pas de soucis. Je suis là, on gère ça ».*

Toutes les autres patientes ont eu recours à l'analgésie péridurale au cours du travail. La sage-femme propose différents moyens de soulagement de la douleur avant la pose de l'analgésie péridurale : la respiration, le ballon, les positions, la déambulation et le bain.

Ces méthodes sont plus ou moins efficaces selon les femmes et l'avancement du travail. D'après Mme B (1), la sage-femme s'adapte à l'avancement du travail pour proposer une aide qui convient à la femme.

D'après les patientes interrogées, le rôle de la sage-femme est aussi de montrer visuellement comment utiliser ces moyens d'accompagnement de la douleur.

Enfin, la sage-femme rappelle les outils que possèdent les femmes grâce à la PNP et en propose des nouveaux.

La sage-femme s'adapte à l'état de la patiente et n'hésite pas à renouveler plusieurs fois ses explications si besoin. Afin, de prendre en compte le confort de la patiente, elle propose ou lui demande de changer de position après la pose de l'analgésie péridurale. Elle évalue également l'efficacité de ses conseils. Mme D C (5) illustre cela dans son discours quand elle évoque le rôle de la sage-femme après la pose de l'analgésie péridurale: *« Elle m'a touché les jambes, pour la sensibilité je pense, elle a vu que ça commençait à aller. Elle m'a demandé si j'étais confortable, j'étais sur le dos. Je n'étais pas très très confortable. [...] Donc elle m'a mise sur le côté, elle m'a dit je reviens tout à l'heure et elle est revenue. Elle avait posé le monito un peu à l'arrache parce que j'avais mal et que je..., enfin je ne supportais pas grand-chose, pour être honnête. Donc là par contre, je commençais à être soulagée donc là elle a pris le temps de bien le mettre pour capter le*

cœur du bébé [...]. Elle ne m'a pas embêtée après avec les touchers tout ça, elle savait que j'étais dilatée. »

ii. Soutien moral et informations apportées

Cependant, la douleur n'est pas seulement physique, elle a aussi des composantes psychiques. La douleur du travail obstétrical est influencée par différents facteurs : la position de la femme pendant le travail, sa mobilité, ainsi que sa peur et son anxiété ou au contraire, sa confiance. [52] L'accompagnement de la sage-femme pour la douleur de la patiente est donc aussi moral.

Cela est concordant avec les voies d'amélioration envisagées par le CIANE suite à son enquête sur la douleur et l'accouchement de 2013. En effet, il conseille un accompagnement des femmes grâce à un soutien psychologique et physique notamment. [44]

Plusieurs femmes relèvent que la sage-femme est un soutien et une écoute. Selon Mme A (10) elle prend en considération ses sensations physiques et croit ce qu'elle lui dit ressentir. Elle se rend également disponible afin que la femme puisse faire appel à elle lorsqu'elle en a besoin.

Elle encourage la femme, la rassure et l'aide à se détendre. Mme B Y (4) l'évoque au cours de l'entretien : *« Elle a utilisé, donc du coup, le verbal pour faire passer les contractions. Ça me faisait tellement du bien. En fait elle me disait: « Voilà, il y a une contraction qui arrive, tout doucement » elle prenait son... Enfin elle, elle me parlait d'une voix calme, enfin d'un ton calme. [...] Oui, elle m'encourageait au maximum avec son ton et sa façon de parler. Ça m'a vraiment fait du bien, détendue. Enfin j'étais très très bien. [...] Et en fait je pense que c'est grâce à elle que je n'ai pas voulu prendre la péridurale parce- qu'elle était là et parce- qu'elle m'a accompagnée et que tout s'est bien passé. »*

De plus, la sage-femme lui explique ses sensations corporelles. Par exemple, pour Mme B (1) cela concerne ses sensations lors de l'engagement de la présentation fœtale qui la font paniquer. Ces explications rassurent alors les femmes.

Selon une revue de la Cochrane de 2013, la relaxation permet d'atténuer la douleur et d'améliorer la satisfaction des femmes en ce qui concerne le soulagement de la douleur. Elle augmente aussi la satisfaction des femmes plus globalement pour l'expérience de l'accouchement. Cependant, ces résultats ne sont pas définitifs car ils s'appuient sur un nombre insuffisant d'études. [52] Celle-ci peut être apportée par la sage-femme ou un accompagnant ou par la femme elle-même grâce à la PNP.

Une autre revue de la Cochrane réalisée par Hodnett et al. en 2011, montre que le soutien continu pendant le travail obstétrical diminue le recours à l'analgésie péridurale et augmente la satisfaction des femmes. Cependant, dans cette revue celui-ci peut provenir d'une personne familière ou non à

la patiente, avec ou sans qualification de professionnel de santé. [53] Néanmoins, nous ne pourrions pas appliquer cela à la pratique des sages-femmes dans les maternités « classiques » du fait de leur organisation actuelle.

iii. Favorisation de l'avancement du travail et douleur provoquée par la sage-femme

Les postures proposées par la sage-femme et les examens cervicaux qu'elle pratique sont pour certaines femmes interrogées décrites comme douloureux. Nous pouvons l'illustrer par le discours de Mme L (12) : « *Et après, plus c'était peut-être des, des exer... pas des exercices mais la façon d'utiliser le ballon pour que le travail continue ou que le col continue de s'ouvrir donc ça du coup, plus géré par la sage-femme. Mais ça, ce n'est pas gérer la douleur, quoi à ce moment-là, c'est plus que le travail soit efficace mais ce n'est pas en rapport avec la douleur. [...] Parce-que du coup ça intensifie un peu plus la douleur en fait quand on est assise. [...]* »

c. Rôle de l'accompagnement de la sage-femme dans le cadre d'une analgésie péridurale

Quatorze femmes sur les quinze interrogées ont utilisé une analgésie péridurale pendant leur accouchement. Elle est posée à des moments variés du travail selon les femmes.

Elle est souvent proposée spontanément par la sage-femme en salle de naissance, voire aux urgences obstétricales, parfois avant que la femme ne la demande. La majeure partie des femmes avait déjà envisagé de l'utiliser auparavant. En revanche, Mme L (12), elle était indécise pendant sa grossesse et Mme B Y (4) ne souhaitait pas d'analgésie péridurale et n'en a pas eue.

On peut se questionner sur une éventuelle incitation de la sage-femme en proposant une analgésie péridurale avant la demande de la patiente.

Une enquête monocentrique prospective observationnelle sur trois cent quatorze femmes, réalisée en 2015, porte sur l'adéquation entre le souhait des femmes à propos d'une analgésie péridurale avant le travail obstétrical et ce qui s'est finalement réalisé. Elle montre qu'une femme sur cinq est en inadéquation et cela concerne davantage celles qui étaient désireuses d'un accouchement sans analgésie péridurale. Les raisons de cette inadéquation par ordre de fréquence sont : l'intensité importante de la douleur (67%), une indication médicale à une analgésie péridurale (26%), un travail long (13%) et un manque d'information préalable (8%). Dans cette enquête la proposition des soignants devançant la demande des patientes n'apparaît pas. [54]

Selon les résultats de l'enquête périnatale de 2010, un quart des femmes désire accoucher sans analgésie péridurale. L'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) constate que moins de la moitié d'entre elles, en excluant les grossesses à risque, ont pu réaliser leur projet. Pour certaines d'entre elles cela est dû à un défaut d'organisation. En effet, cela est plus fréquent lorsqu'il y a une surcharge de travail des sages-femmes. On voit donc ici que la sage-femme peut influencer sur la non réalisation du projet initial de la patiente. [55]

Suite à une enquête du CIANE (Collectif Inter associatif Autour de la Naissance) de 2013, portant sur la douleur à l'accouchement et notamment sur la satisfaction des femmes vis-à-vis de l'analgésie péridurale, il propose des voies d'amélioration. Cela concerne le respect des préférences exprimées par les femmes et de ne pas devancer une demande d'analgésie péridurale. Il conseille également d'aider les femmes indécises et celles ne désirant pas cette analgésie à supporter les douleurs du travail obstétrical. En effet, seulement 68 % des femmes indécises ayant finalement eu une APD sont satisfaites, alors que 98% de ces femmes sont satisfaites lorsqu'elles n'en ont pas eue. [44]

Les femmes sont globalement satisfaites de l'analgésie péridurale. À la maternité Louis Mourier, toutes les patientes ont une PCA (Analgésie Contrôlée par le Patient). Certaines évoquent ne pas avoir eu beaucoup de sensations lors de l'expulsion du nouveau-né alors que d'autres ont pu doser l'analgésie pour en ressentir davantage. Les conseils de la sage-femme portent sur la bonne utilisation de la PCA afin d'atteindre un équilibre entre l'analgésie et les sensations ou bien le moment de la pose de la pose comme les propos de Mme L (12) l'illustrent : *« C'était aussi un peu, pas convenu avec la sage-femme mais elle m'avait dit: « Bon ben là vous êtes à ... » J'étais à quatre d'ouverture. Elle me disait : « Là ça risque peu de la ralentir, ça ne peut que vous aidez parce-que bon là on est dans la phase de une heure par heure, un centimètre par heure, donc si ça peut vous aider à accompagner les contractions et moins ressentir la douleur. » Parce-que j'avais essayé, du coup je sortais du bain, j'avais essayé le bain et ça devenait vraiment trop douloureux. »*

B. Accompagnement des sensations physiques lors des efforts expulsifs

a. Sensations physiques de la femme

i. Position maternelle

La position de la femme est importante pour la gestion de ses sensations physiques lors des efforts expulsifs. D'après les femmes interrogées, la sage-femme peut leur proposer plusieurs positions afin qu'elles trouvent celle qui sera efficace pour elles à l'instant « t ». La patiente pourra également l'adapter aux différentes phases de l'expulsion de cette manière. Mme L (12) l'évoque au cours de l'entretien: *« On avait déjà fait trois premières poussées en fait, avant l'expulsion pour engager la tête du bébé dans le premier niveau du bassin, et donc là elle m'avait dit de prendre mes jambes pour les lever vers moi et puis les garder vers moi pour pousser. Et donc elle m'avait dit, après, pendant la phase d'expulsion, que je pouvais refaire cette poussée-là ou alors garder les jambes sur les cale-pieds. »* Pour certaines patientes, c'est la sage-femme qui positionne la femme pour les efforts expulsifs.

Cela est en lien avec la formation des sages-femmes aux positions maternelles pour les efforts de poussée. Elles adaptent les positions des femmes en fonction de la situation obstétricale en présence afin de faciliter l'expulsion. La majorité des sages-femmes est formée aux diverses positions grâce notamment aux enseignements de Bernadette De Gaquet.

ii. Douleur maternelle

Certaines femmes évoquent avoir eu des sensations douloureuses dues à une déchirure périnéale, à l'utilisation d'instruments ou simplement au passage de la tête du nouveau-né dans la filière génitale. D'après les femmes interrogées, la sage-femme est alors présente pour encourager la patiente et pour lui expliquer la raison de sa douleur a posteriori.

Pour Mme B Y (4) qui a accouché sans analgésie péridurale, le rôle de la sage-femme a été de lui expliquer comment exercer les efforts expulsifs, de la rassurer et de la calmer quant à ses sensations physiques.

iii. Fatigue maternelle

La fatigue maternelle peut également se faire sentir après le travail obstétrical et au cours d'efforts expulsifs intenses. D'après les entretiens menés, la sage-femme peut alors avoir comme rôle d'encourager verbalement la patiente et de la valoriser. La sage-femme peut aussi l'encourager en situant l'avancée de la présentation fœtale ou bien en lui faisant toucher la tête de nouveau-né. Mme L (12) l'évoque au cours de l'entretien : *« D'autant plus que le travail qui se fait, on ne le voit pas et je pense que c'est vraiment le moment qui m'a marqué le plus. Et ce qui m'a beaucoup plu, moi, c'est qu'elle m'a proposé de toucher où en était la tête du bébé pendant les différentes contractions qui faisaient expulser le bébé et qui me permette moi, de visualiser le travail que je faisais aussi entre deux phases d'expulsion. Et ça a vraiment été très bien. Et ça me redonnait confiance pour repousser de la même manière parce-que j'avais peu de contractions en fait à ce moment-là. »*

Elle peut aussi s'adapter à la femme pour la durée des efforts expulsifs. De plus, sa présence continue, même lorsque les obstétriciens sont sur place, peut aussi être un soutien pour elle.

La sage-femme peut aussi conseiller la patiente sur le moment pour débiter les efforts expulsifs car elle anticipe une éventuelle fatigue maternelle. Cette idée est explicitée dans le discours de Mme L (12) : « *Oui mais du coup, ça c'est que c'était pour le coup un conseil et un super accompagnement de la sage-femme de me dire: « Bon ben ce que je vous propose de faire... » Parce-que je me suis posée la question aussi à un moment donné, parce-que la tête du bébé s'engageait dans le bassin, pourquoi pas expulser direct. Elle m'a dit : « Pour un premier, on conseille qu'elle soit bien ... de laisser bien le temps de descendre, une heure. Je reviens dans une heure. Ça vous va ? Si vous voulez avant, vous m'appellez ». Donc du coup, ça c'était un super conseil aussi. Ça m'a permis de récupérer. »*

Enfin, seule Mme A (15), évoque un manque d'écoute de la sage- femme vis-à-vis de ses sensations physiques. En effet, elle n'était pas installée confortablement et ressentait le besoin de changer de position. Elle était également très fatiguée mais selon elle, la sage-femme s'est centrée surtout sur la naissance du nouveau-né.

b. Guide pour les efforts expulsifs

Les patientes interrogées relatent que la sage- femme a un rôle pour les guider lors des efforts expulsifs.

D'une manière générale, elle leur explique les différents types d'efforts expulsifs et les guide à ce moment- là. De plus, elle les rassure, elles peuvent alors utiliser toutes leurs capacités pour la naissance de leur enfant. Mme E M. (9) « *Moi c'est surtout, j'ai senti l'accompagnement, c'est surtout au niveau des poussées parce-que c'est là où j'en avais besoin. Au début la sage-femme elle m'a vue, j'étais calme et tout ça. Et donc elle m'a vu gérer ma douleur mais après quand elle m'a vue inquiète et tout ça, c'est là que j'ai senti qu'elle s'occupait vraiment de moi. »*

Plusieurs femmes ayant peu de sensations corporelles lors des efforts expulsifs en raison de l'analgésie péridurale abordent le rôle de la sage-femme. Elles ne ressentent pas ou peu les contractions utérines, les sages-femmes leur expliquent à quel moment et comment pousser. Elles les informent sur l'efficacité de leurs efforts expulsifs. Mme J (14) l'aborde au cours de l'entretien: « *Quand on se met à pousser, qu'il faut arrêter, repousser, et cetera. Moi je sais que je lui ai demandé : « Est-ce que ... » parce-que j'avais ma péridurale, du coup, je ne sentais pas, « Est-ce que c'est la bonne façon ? Est-ce que ça marche bien ou pas ? ».* La première fois, elle m'a

dit : « Non, ça ne marche pas. » [Rire]. C'était très bien finalement parce-que ça permet nous aussi de nous caler et puis après, c'est passé tout seul. En trois, en trois contractions. » .

Nous pouvons nous questionner sur l'éthique de ces situations où les femmes accouchent en étant dépourvues de sensations corporelles. Elles se reportent alors complètement sur la sage-femme.

A la vue de ces éléments, nous pouvons discuter notre hypothèse : « L'accompagnement de la patiente par la sage-femme en salle de naissance est en grande partie dédié au soulagement de sa douleur ». Cette hypothèse n'est pas validée, selon les femmes interrogées, le rôle principal d'accompagnement de la sage-femme n'est pas le soulagement de leur douleur.

Les femmes ont plusieurs ressources afin d'accompagner la douleur de l'accouchement : leurs ressources personnelles, la Préparation à la Naissance et à la Parentalité et leur conjoint, lorsqu'il est présent. Dans notre population, certaines patientes nous font part de l'absence de rôle de la sage-femme dans ce domaine. La grande majorité des femmes ont eu recours à une analgésie péridurale et pour certaines d'entre elles, c'est l'unique moyen de les soulager au cours de leur accouchement. De plus, Lorsque nous interrogeons les patientes à propos des caractéristiques définissant l'accompagnement de la sage-femme en salle de naissance selon elles, aucune n'évoque une aide au soulagement de la douleur

Néanmoins, la sage-femme a un rôle d'accompagnement des femmes concernant leur douleur et leurs sensations physiques pour la plupart d'entre elles. Il a deux composantes, l'une physique et l'autre psychique. Même dans le cadre d'une analgésie péridurale les femmes soulignent le rôle de la sage-femme pour les aider à gérer leurs sensations physiques lors des efforts expulsifs, que ce soit leur position, leur douleur ou leur fatigue. Dans tous les cas elle a également un rôle de « *coaching* » à ce moment-là.

Troisième partie

Discussion

Nous avons déjà discuté les résultats de notre étude à la lumière d'articles sélectionnés dans la partie précédente. Nous allons ici aborder les forces et les limites de notre étude puis nous résumerons les principaux résultats obtenus. Enfin, nous envisagerons les implications et les perspectives.

I. Forces et limites de notre étude

1. Forces

Nous avons répondu à chacune des trois hypothèses énoncées.

L'objectif opérationnel était de percevoir ce que les femmes retiennent en postpartum immédiat de l'accompagnement qui leur est proposé en salle de naissance par la sage-femme. A travers nos entretiens, cet objectif a été rempli. Ce travail éclaire notre pratique de sage-femme ; sa diffusion pourrait permettre à des sages-femmes d'objectiver ce que les patientes retiennent de leur accompagnement et donc de l'optimiser.

Notre volonté était de prendre du recul par rapport aux pratiques quotidiennes des sages-femmes. L'accouchement marque la vie des femmes et cette expérience a des implications à plus ou moins long terme pour elles, leurs enfants et leurs conjoints. Les professionnels de santé, en particulier les sages-femmes, ont un impact sur cette expérience. Nous avons retrouvé peu d'études françaises sur cette thématique, celle-ci est une ouverture pour des recherches futures car des recherches complémentaires seraient nécessaires.

Le choix d'utiliser des entretiens semi-directifs comme méthode de recueil de données nous a paru être le plus adapté. Ainsi, nous avons eu accès à une richesse d'informations plus nuancées que par des questionnaires mettant en relief les sentiments et les points de vue des femmes. De plus, les réponses des personnes interviewées sont plus spontanées.

Nous savons par nos lectures que le vécu des femmes est influencé par de multiples facteurs. Cependant, les critères d'inclusion de la population étaient volontairement peu restrictifs, mis à part pour la gestité et la parité des femmes afin d'avoir une vision plus globale. Les patientes incluses ont des caractéristiques sociodémographiques et des situations obstétricales variées.

Enfin, nous avons interrogé les patientes durant les suites de couches immédiates pendant leur séjour à la maternité, minimisant ainsi le biais de mémorisation.

2. Les limites et les biais de notre étude

A. Réalisation des entretiens semi-directifs

Les femmes incluses avaient le choix d'accepter de participer à l'étude ou non, il y a donc un biais d'auto-sélection. Les personnes volontaires peuvent être différentes de celles refusant d'y participer.

Notre étude a eu lieu au sein de la maternité Louis Mourier et les entretiens ont été menés par une étudiante sage-femme avec le risque d'induire certaines réponses des femmes. Elles ont pu être limitées dans leur discours au sujet d'éléments négatifs de l'accompagnement de la sage-femme. Nous avons envisagé ce biais d'information. Nous nous sommes efforcées à ce qu'il ait le moins d'impact possible. La démarche a été expliquée à toutes les patientes, nous leur avons demandé d'être les plus honnêtes possible et l'étudiante ne faisait pas partie de l'équipe de la maternité. De plus, nous avons garanti l'anonymat des patientes.

Concernant le même biais, certains pères étaient présents lors de l'entretien. Nous leur avons demandé de ne pas intervenir, néanmoins leur présence a pu influencer les propos des patientes. Nous avons dû exclure un entretien de l'analyse à cause d'interventions répétées du père au cours de celui-ci. De plus, la grande majorité des entretiens a eu lieu dans les chambres des patientes. Certains ont dû être interrompus puis repris en raison du passage du personnel de la maternité ou de visites.

Nous savions également que le comportement de l'interviewer peut induire le discours des patientes. L'interviewer a été le plus neutre possible. De plus, nous avons utilisé des questions ouvertes et nous nous sommes appliquées à comprendre ce que les femmes voulaient exprimer grâce à des relances, des reformulations, des méthodes de soutien de leur discours et une attitude d'écoute.

La méthode de l'entretien semi-directif est un apprentissage et elle nécessite une expérience afin de le conduire à bien. Afin de mieux l'appréhender, l'interviewer s'est informée sur cet outil. Elle a également pu observer et analyser différentes méthodes de communication pendant des cours de préparation à la naissance et à la parentalité de Mme Benjilany, sage-femme libérale. De plus, nous avons réalisé deux entretiens « test » afin d'ajuster nos questions et de s'approprier cette méthode.

Nous avons dû modifier la manière de conduire les entretiens alors que nous en avons réalisé la moitié. En effet, initialement ils étaient plus libres puis nous avons choisi de nous rapprocher davantage de notre guide d'entretien. Suite à cette modification, nous débutons par une question d'ouverture puis nous posons toutes les questions du guide dans l'ordre préétabli. Nous avons ainsi pu évoquer avec les patientes toutes les thématiques qui nous intéressaient sans redondance.

B. Méthodologie et analyse des entretiens

Nous avons réalisé quinze entretiens. Il nous semble que le phénomène de saturation des données n'ait pas été atteint. Cependant, dans le cadre de cette initiation à la recherche et au vu du temps imparti, nous n'avons pu mener une étude d'effectif plus important.

Afin d'analyser les entretiens, nous avons procédé grâce à différentes lectures de ceux-ci suite à une retranscription fidèle. Il est possible que nous ayons interprété les propos des femmes d'une façon différente de ce qu'elles voulaient dire initialement. Pour limiter ce biais, nous aurions pu réaliser une seconde lecture des entretiens par une personne indépendante.

II. Implications et perspectives

1. Implications

Nous allons d'abord synthétiser les principaux résultats de notre étude avant d'envisager ses implications.

A propos des questions générales abordées avec les femmes, les principales caractéristiques de l'accompagnement de la sage-femme en salle de naissance sont ses qualités relationnelles. Les autres caractéristiques soulignées concernent, par ordre décroissant de fréquence : le professionnalisme, les informations fournies, l'écoute, le calme, la réassurance de la femme, la présence, le rôle de « *guide* » et la valorisation de la femme.

Pour deux tiers des femmes interrogées, c'est le moment des efforts expulsifs qui illustre le mieux cet accompagnement car le soutien et le « coaching » de la sage-femme sont particulièrement importants. La femme et la sage-femme sont alors interdépendantes.

Les qualités relationnelles représentent également le premier critère d'évaluation de cet accompagnement selon les patientes. Le retour des mères est un critère important. Elles citent aussi le soutien de la sage-femme, les informations délivrées, une adaptation à chaque patiente et la disponibilité de la sage-femme.

A propos des différentes hypothèses, la première hypothèse est validée. Les femmes évoquent la nécessité pour elles de s'exprimer sur leurs besoins concernant leur accouchement et d'être écoutées de façon active. Plusieurs bénéfices en découlent dont l'adaptation de la sage-femme, la possibilité d'un échange et la considération de la femme. La sage-femme a un rôle actif dans cet échange mais la communication non verbale entre également en compte.

La deuxième hypothèse est partiellement validée. Les femmes soulignent l'importance de l'information qu'elles ont reçue en salle de naissance mais peu évoquent spontanément son rôle pour leur implication active. Cependant, les rôles évoqués peuvent être des préalables à leur implication active. Elle les rassure, leur donne des moyens pour agir, leur permet de se situer, d'anticiper le déroulement de l'accouchement et de mieux comprendre.

La troisième hypothèse n'est pas validée. Le besoin d'accompagnement des patientes par la sage-femme en salle de naissance n'est pas majoritairement lié à la douleur du travail obstétrical. Elles ont d'autres ressources et pour certaines femmes, la sage-femme n'a eu aucun rôle. Néanmoins, pour la majorité d'entre elles, la sage-femme est un soutien, physique et moral, pour les aider à faire face à leur douleur et à leurs sensations physiques. Elle les conseille également pour l'analgésie péridurale.

Notre étude s'est déroulée dans le service des suites de couches d'une maternité de type III. Il peut paraître paradoxal d'avoir choisi ce lieu d'étude pour s'intéresser à l'accompagnement de la sage-femme. Cependant, un nombre croissant de mères accouche dans ce type de maternités, comme nous l'avons évoqué dans la partie Matériels et Méthodes. Ce constat est lié à plusieurs facteurs. D'une part, au nombre croissant de ces structures au dépens des maternités de type I. Les femmes optent alors parfois pour cette option de par sa proximité. D'autre part, les femmes viennent y chercher une certaine sécurité car toutes les ressources sont disponibles sur place en cas de problème, même si ce sont des femmes présentant un bas risque obstétrical.

Il est donc intéressant de porter un regard sur l'implication active des patientes au cours de leur accouchement, se déroulant physiologiquement dans la plupart des cas pour des femmes à bas risque. En effet, la pathologie ou l'urgence ne limitent donc pas les choix des patientes dans ses décisions.

En parallèle, un mouvement de recherche de naissances plus naturelles, avec des soins plus personnalisés et des structures de plus petite taille existe. Ces femmes cherchent également à être davantage impliquées dans la naissance de leur enfant. C'est dans ce contexte également, d'une nouvelle demande, que nous souhaitons donner la parole aux femmes. [29]

De plus, nous pensons que l'accompagnement de la sage-femme est également important pour des situations obstétricales qui ne sont pas physiologiques. En ce qui concerne notre population d'étude, six accouchements sont instrumentaux et deux se déroulent par césarienne notamment.

Au cours des entretiens que nous avons menés, nous avons pu constater que les femmes sont globalement satisfaites de l'accompagnement de la sage-femme en salle de naissance.

2. Perspectives

Il serait intéressant de réaliser des études supplémentaires sur l'accompagnement des sages-femmes en salle de naissance en France, en utilisant des effectifs plus importants, pour envisager un impact potentiel sur la pratique des sages-femmes. Les résultats seraient plus adaptés aux pratiques françaises. Nous nous sommes placées du côté des femmes, le recueil du point de vue des sages-femmes pourrait être complémentaire.

Nos entretiens se sont déroulés entre le jour suivant la naissance et le jour précédant la sortie de la maternité des patientes. Ils ont donc été proches de l'expérience de la naissance de l'enfant. Il serait intéressant de recueillir le vécu des femmes plus à distance car elles auraient plus de recul sur leur accouchement. De plus, le vécu des femmes recueilli à cette période du postpartum, où les femmes sont encore hospitalisées dans le service des suites de couches, peut être influencé par une chute hormonale.

Une revue comparative de Sawyer A. et Ayers S. évalue différents questionnaires de satisfaction adressés aux femmes à propos des soins durant le travail et la naissance. D'après elles, le temps et lieu, hôpital ou hors hôpital, influencent la satisfaction des femmes. Il serait plus adapté d'interroger les mères à distance de l'accouchement car cela leur permettrait de réfléchir sur leur expérience. Les auteurs évoquent aussi que les femmes seraient plus à même d'affronter les aspects négatifs de leur accouchement à distance. [6]

Le regard que portent les pères sur l'accouchement est également important. L'un des rôles de la sage-femme est d'accompagner le couple vers la parentalité et elle doit porter son attention sur l'implication du père dans la naissance. Nous avons constaté au cours des entretiens, que certains pères ressentaient l'envie de s'exprimer à ce propos. Certains d'entre eux peuvent être marqués, d'une manière plus ou moins positive, par des événements de l'accouchement, que cela concerne la femme ou leur enfant.

Enfin, il nous semblerait judicieux de s'attacher à d'autres éléments de l'accompagnement de la sage-femme en salle de naissance, notamment à la place du toucher et à l'effet de sa simple présence.

Conclusion

Notre étude a permis de donner la parole à des femmes primigestes et primipares concernant leur vécu de l'accompagnement de la sage-femme en salle de naissance. Nous avons ainsi pu recueillir ce qu'elles en retiennent durant les suites de couches immédiates.

Nous avons d'abord interrogé ces femmes à propos des caractéristiques de l'accompagnement de la sage-femme, du moment spécifique l'illustrant selon elles et de moyens qui permettraient son évaluation. La recherche est ensuite axée selon trois thèmes : l'expression des besoins de la femme et l'écoute de la sage-femme, l'information et l'aide au soulagement de la douleur.

D'après notre première partie, les caractéristiques de l'accompagnement de la sage-femme sont avant tout relationnelles. Les femmes soulignent la confiance qu'elles lui accordent, son humanité, sa bienveillance, son empathie et sa sympathie. Elles évoquent ensuite les compétences obstétricales de la sage-femme et son professionnalisme. Le moment des efforts expulsifs est celui qui illustre le mieux cet accompagnement pour deux tiers des femmes par l'importance de son soutien. Les moyens d'évaluation de l'accompagnement de la sage-femme qu'elles envisagent reposent sur ses qualités relationnelles mais aussi son soutien, les informations fournies, sa disponibilité et son adaptation aux patientes. Le retour des femmes et le professionnalisme de la sage-femme sont également cités.

La seconde partie montre que pour les femmes, l'expression de leurs besoins et l'écoute de la sage-femme sont nécessaires. Ces éléments leur permettent de se sentir considérées, une adaptation de la sage-femme à leurs demandes et la possibilité d'un espace d'échanges entre elles. La sage-femme a un rôle actif et peut les favoriser par une proposition directe et explicite, une attitude ouverte, d'écoute, un certain comportement physique et sa disponibilité. En revanche, un tiers des femmes disent ne pas avoir ressenti de besoins. De plus, les femmes évoquent le rôle prépondérant des informations reçues. Elles leur permettent de se situer, de se projeter et de comprendre le déroulement de l'accouchement. Elles sont aussi vectrices de bienveillance, de réassurance et de considération de leur personne. Enfin elles montrent le professionnalisme de la sage-femme et initient un lien de confiance. Une aide au soulagement de la douleur n'est pas le rôle principal de la sage-femme pour l'accompagnement des femmes en salle de naissance. Certaines relèvent même son absence de rôle. Les femmes utilisent d'autres ressources. L'utilisation de l'analgésie péridurale semble être une

Adet Anaïs

évidence pour certaine. Néanmoins, la sage-femme procure un soutien physique et moral aux patientes. Elle les conseille pour l'utilisation de l'analgésie péridurale.

Des études complémentaires seraient nécessaires, avec des effectifs plus importants notamment. Ce sujet est peu exploré en France mis à part par les associations de patientes comme le CIANE (Collectif Inter Associatif autour de la Naissance). Il serait également intéressant d'interroger les femmes à distance de leur accouchement et en dehors de la structure où elles ont accouché.

Nos résultats, en complément de ces autres études, auraient des implications pour la pratique des sages-femmes en salle de naissance et pourraient les orienter sur ce que les femmes attendent d'elles. Nous avons vu que le vécu maternel de l'accouchement a des retentissements majeurs sur la femme et sur sa famille, à court et à long terme. Son implication active est un facteur ayant montré son rôle pour le vécu positif des mères. Les perspectives à venir seraient d'envisager comment inclure l'empowerment dans les structures hospitalières. Cependant, dans le contexte actuel certaines femmes sont en demande de cette implication alors que d'autres semblent rassurées par la sécurité perçue de la médicalisation de l'accouchement. De plus, l'analgésie péridurale ou la rachianesthésie utilisée par 81 % des patientes lors de leur accouchement selon l'enquête périnatale 2010, est à prendre en considération. [40]

D'autres domaines de l'accompagnement de la sage-femme pourraient être explorés comme le toucher. Le point de vue des pères et des sages-femmes seraient complémentaires à celui des femmes.

Bibliographie

- [1] Davis-Floyd R. The technocratic humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2001, 75, S 5-23
- [2] Hermansson E. et Martensson L. Empowerment in the midwifery context- A concept analysis, *Midwifery*, 2011, 27, 811-816
- [3] Lynn Clark Callister. Making Meaning: Women's Birth Narratives, *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, Clinical Issues, , juillet- août 2004, Volume 33, Numéro 4, p 508-518
- [4] Moreau A., Kopff-Landas A., Séjourné N. et Chabrol H. Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude quantitative, *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 2009, 37, 236-239
- [5] Reisz S., Jacobvitz D. et George C. Birth and motherhood : Childbirth experience and mothers' perceptions of themselves and their baby, *Infant Mental Health Journal*, mars-avril 2015, volume 36, numéro 2, pages 167-178
- [6] Sawyer A. et Ayers S. Post-traumatic growth in women after childbirth. *Psychology & Health*. Avril 2009;24 (4):457-71
- [7] Johnson L H. *Childbirth as a developmental Mileston*, Thèse de doctorat, 1997
- [8] Vadeboncoeur H. L'accouchement des impacts dont on parle peu : empowerment ou traumatisme Réflexion à partir d'une revue de la littérature, Québec, 25 novembre 2010
- [9] Goodman P., Mackey M.C, Tavakoli A.S, Factors related to childbirth satisfaction, *Journal of advanced nursing*, 2004 (46) 2, 212-219
- [10] Parratt J. The impact of Childbirth experiences on women's sense of self: A review of the literature, *The Australian Journal of Midwifery*, December 2002, Volume 15, Issue 4, P 10-16
- [11] Lafrance J. et Mailhot. L'empowerment : Un concept adapté à la pratique sage-femme, *Revue Canadienne de la Recherche et de la Pratique Sage-femme*, vol 4 n°2, 2005
- [12] Josephine M. Green, Helen A. Baston. Feeling in control during labour: Concepts, correlates, and consequences, *Birth*, December 2003 30:4
- [13] Sawyer A., Ayers S., Abbott J., Gyte G., Rabe H., Duley L. Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review, *BMC Pregnancy and childbirth*, 2013, 13:108 <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/108>
- [14] Larsson C., Saltvedt S., Edman G., Wiklund I. et Andolf E. Factors independently related to a negative birth experience in first time mothers, *Sexual and Reproductive Healthcare*, 2011, 2, 83-89
- [15] Juillet Pierre. *Dictionnaire de la psychiatrie*. Edition CILF, juin 2000, 42p

- [16] Fenech G, Thomson G. Tormented by ghosts from their past': A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being, *Midwifery*, févr 2014; 30(2):185-193
- [17] H. Montmasson , P. Bertrand , F. Perrotin et W. El-Hage. Facteurs prédictifs de l'état de stress post-traumatique du postpartum chez la primipare, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Octobre 2012, Volume 41, numéro 6, pages 553-560
- [18] Ayers S, Eagle A, Waring H. The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*, nov 2006; 11(4):389-98
- [19] Righetti-Veltima M., Conne-Perre'ard E., Bousquet A., Manzano J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression, *Journal of Affective Disorders*, 1998, 49, 167–180
- [20] Agbokou C., Ferreri F., Nuss P., Peretti C.-S. Clinique des dépressions maternelles postnatales. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie*, 2011, 37-170-A-30
- [21] Dayan J., Gerardin P., Rosenblum O. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. *EMC- Obstétrique*, 2014 ; 9 (2) : 1-17 [Article 5-110-B-10]
- [22] Yesne Alici-Evcimen, Donna M. Sudak, Postpartum Depression, *Psychiatrie Update*, 2003, volume 10, Number 5
- [23] Dessureault A M. La médicalisation de l'accouchement : Impacts possibles sur la santé mentale et physique des familles, *Devenir* 2015/1 (Vol. 27), p53-68
- [24] McCrea, B. Hally, Wright, Marion E., Wright, Marion. Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour, *Journal of Advanced Nursing*, Apr 1999, Vol. 29 Issue 4, p877-884. 8p
- [25] Penpenic B. et Savary R. La complexité de l'environnement de la salle de naissance en milieu hospitalier : Revue de la littérature, Travail de bachelor en vue de l'obtention d'un bachelor of science HES-SO de sage-femme, sous la direction de Floris L., Lausanne, Haute Ecole de Santé Vaud, 2012
- [26] Floris L., Mermillod B. et Chastonay P. Traduction et validation en langue française d'une échelle multidimensionnelle évaluant le degré de satisfaction lors de l'accouchement, *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 2009, 58 ; 13-22
- [27] Cynthia D. Fair, Taylor E. Morrisson. The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women, *Midwifery*, 2012, 28, 39-44
- [28] CIANE, Respect des souhaits et vécu de l'accouchement, Communiqué de presse, 3 septembre 2012

- [29] Giraud A. Accoucher “naturellement”: profils, attentes et motivations des femmes enceintes, *Vocation sage-femme*, novembre-décembre 2015, n°117, Dossier accompagner la naissance
- [30] Fraser D. M., Cooper M. A. Myles Textbook for Midwives (Fifteenth Edition). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier, 2009
- [31] Césarine, [Référence du 25 mars 2016], disponible sur internet : <http://www.cesarine.org/apres/psy>
- [32] McLachlan H L., Forster D A. et al. The effect of primary midwife-led care on women’s experience of childbirth: Results from the COSMOS randomised trial, *BJOG*, 2016, 123: 465-474
- [33] Hodnett E D. Pain and women’s satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2002, Volume 186, Number 5
- [34] Caton D., Cory M P. et al. The Nature and Management of labour pain: Executive summary, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, may 2002, volume 186, number 5
- [35] Klomp T., Manniën J., De Jong A. et al. What do midwives need to know about approaches of women towards labour pain Management, *Midwifery*, April 2014, Volume 30, Issue 4, p 432-438
- [36] Matthews A., Annescott P., et al., An exploratory study of the conditions important in facilitating the empowerment of midwives, *Midwifery*, 2006, 22, 181-191
- [37] Crama A-L. « Accompagnement des patientes en salle de naissance A propos d’une enquête de satisfaction menée à l’hôpital Saint-Joseph à Marseille », Mémoire pour obtenir le Diplôme d’Etat de sage-femme sous la direction de Balzing M-P., Aix Marseille université, Ecole universitaire de maïeutique Marseille Méditerranée, 2014
- [38] Chauvin J. « Satisfaction maternelle et mode d’accouchement », Mémoire pour obtenir le diplôme d’Etat de sage-femme sous la direction de Le Ray C., Université Paris Descartes, Ecole de Sages-femmes de Baudelocque, 2010
- [39] Dini Muguet (sénatrice), Rapport du sénat fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi autorisant l’expérimentation des maisons de naissance, n°368, session ordinaire 2013-2014, enregistré à la présidence du sénat le 20 février 2013
- [40] DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques), La situation périnatale en France en 2010, Etudes et résultats, n°775, octobre 2011
- [41] Nathalie Hibrand. « Image de la sage-femme chez la nullipare ». *Gynecology and obstetrics*. 2010. <dumas-00564314>
- [42] CIANE, Quel accompagnement pour les femmes lors de l’accouchement ? , communiqué de presse, juillet 2014

- [43] Aune I, MPH, Amundsen HH, BSC, Aas LCS, Bsc. Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of courses? Midwife's experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour, *Midwifery*, 2014; 30: 89-95
- [44] CIANE, Douleur et accouchement, communiqué de presse, 5 avril 2013
- [45] Dictionnaire Français Larousse, définition: Besoin, (consulté le 18 mars 2016), disponible sur internet : [<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/besoin/8907?q=besoins#8842>]
- [46] Cloutier A. Sécurité et peurs : Réflexions critiques sur l'enfantement au Québec, *Aspect sociologique*, Numéro spécial sur Les (In)sécurités, volume 19, n°1, janvier 2012, p 69- 83
- [47] Abdel- Baki A. et Poulin M-J. Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement, *Psychothérapies* 1/2004(vol.24), p. 11-16
- [48] Azria E., Bétrémieux L., et al. L'information dans le contexte du soin périnatal : aspects éthiques, *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 2008, 36, 476-483
- [49] Mémeteau G., « Chapitre 2. L'information, droit fondamental du patient ? », *Journal International de Bioéthique* 2015\1 (vol. 26) p. 21-36
- [50] Boissier Marie-Christophe, « La confiance dans la relation médecin-malade. », *Commentaire* 3/2012 (Numéro 139), p. 799-806
- [51] Flink Ida K., Magdalena Z. et al. Pain in childbirth and postpartum recovery- The role of catastrophizing », *European Journal of Pain*, 2009, 13, 312-316
- [52] Jones L., Othman M. et al. Prise en charge de la douleur chez la femme pendant le travail- Vue d'ensemble, *Revue de la Cochrane*, 2013
- [53] Hodnett E D., Gates S., Hofmeyr G. J. et al. Continuous support for women during childbirth, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011 Issue 2
- [54] Godart C., Picard P-C. Adéquation entre le souhait des femmes enceintes et la prise en charge effective concernant l'analgésie péridurale au cours du travail, SFAR, *Communications Libres*, Sept 2015, Tome 1, Supplément 1
- [55] Dutriaux N. Recours à la péridurale : les femmes et les sages-femmes ont- elles encore le choix ?, *La Revue de la Sage-femme*, 2016, 15, 1-2

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

1. Introduction

-Vous avez accouché il y a quelques jours. Comment la sage-femme vous a accompagnée pendant votre accouchement ?

2. Questions générales

-Si vous deviez utiliser quatre caractéristiques (adjectifs) définissant cet accompagnement, lesquels choisiriez-vous ?

-Vous avez donc énoncé les qualificatifs suivants (à lister). Qu'entendez-vous par chacun de ces qualificatifs ? (reprendre chacun des qualificatifs)

-Pourriez-vous évoquer un moment spécifique de votre accouchement qui illustre l'accompagnement de la sage-femme pendant votre accouchement ?

-Comment la qualité de l'accompagnement de la sage-femme en salle de naissance pourrait être évaluée selon vous ?

3. Thématiques précises

*Information :

-Comment qualifieriez-vous l'information que vous avez reçue en salle de naissance par la sage-femme ?

-Pour vous, quel a été le rôle de cette information au cours de votre accouchement ?

*Expression de la patiente et écoute de la sage-femme

-Comment vous sentiez-vous, pendant votre accouchement, vis à vis de l'expression de vos besoins à la sage-femme ? Et de l'écoute de la sage-femme par rapport à ces derniers ?

-En quoi ces deux derniers éléments vous semblent peut être optimisables ?

*Gestion de la douleur

-Comment pourriez-vous associer votre gestion des sensations physiques et l'accompagnement de la sage-femme, à partir de votre vécu d'accouchement ?

4. Ouverture et fin de l'entretien

Ma thématique de recherche est la suivante : « Vécu maternel de l'accompagnement de la sage-femme en salle de naissance ». Souhaitez-vous ajouter des éléments éclairant ce sujet ?

Annexe 2 : Données sociodémographiques

Nom (Numéro d'entretien), Âge	Données sociodémographiques
Mme B. (1) , 20 ans	Origine : Afrique, nationalité : française Sans ressources, sécurité sociale et mutuelle En couple
Mme P. (2) , 30 ans	Origine : France, nationalité : française Etudiante. Sans ressources, en cours de CMU Célibataire
Mme B B. (3) , 28 ans	Origine : Afrique Nord, nationalité : française Assistante dentaire, sécurité sociale et mutuelle En couple
Mme B Y (4) , 22 ans	Origine : Afrique Nord, nationalité : française Infirmière, sécurité sociale En couple
Mme D C. (5) , 26 ans	Origine : France, nationalité : française Consultante en informatique, sécurité sociale et mutuelle En couple
Mme G. (6) , 30 ans	Origine : Afrique, nationalité : France Master 2 en assurances, sans profession, sécurité sociale et mutuelle En couple
Mme S. (7) , 37 ans	Origine : Afrique du Nord, nationalité : française Vendeuse, sécurité sociale et mutuelle En couple
Mme E M. (8) , 31 ans	Origine : Afrique du Nord, nationalité : marocaine Pas de profession. Pas de ressources, AME En couple
Mme E M (9) , 28 ans	Origine : Afrique du Nord, nationalité : marocaine Kinésithérapeute au Maroc, pas de ressources en France Couverture sociale : en cours de rattachement avec son conjoint En couple
Mme A (10) , 27 ans	Origine : Portugal, nationalité : française Infirmière, sécurité sociale et mutuelle En couple
Mme L N (11) , 32 ans	Origine : France, nationalité : française Institutrice, sécurité sociale et mutuelle En couple
Mme L (12) , 29 ans	Origine : France, nationalité : française

	Menuisier, sécurité sociale et mutuelle En couple
Mme C (13) , 26 ans	Origine : Afrique, nationalité : française Baby-sitting à temps partiel, pas de couverture sociale Célibataire
Mme J (14) , 34 ans	Origine : Afrique du Nord, nationalité : française Responsable financier, sécurité sociale et mutuelle En couple
Mme A (15) , 40 ans	Origine : Afrique, nationalité : pays en Afrique Sans profession. Sans ressources, sans couverture sociale En couple, conjoint en Afrique

DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université Paris Descartes sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.