



HAL
open science

La place de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité dans le vécu de l'accouchement par forceps

Camille Gomez

► To cite this version:

Camille Gomez. La place de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité dans le vécu de l'accouchement par forceps. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01587897

HAL Id: dumas-01587897

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01587897>

Submitted on 14 Sep 2017

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-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



UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

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

Présenté et soutenu publiquement

le : **19 juin 2017**

par

Camille GOMEZ

Née le 08 octobre 1993

**La place de la Préparation à la Naissance et à
la Parentalité dans le vécu de l'accouchement
par forceps**

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme DEMISSY Géraldine

Sage-femme libérale

JURY :

Mme MESNIL Nicole

Mme MAREST Cécile

Mme BENJILANY Sarah

Sage-femme enseignante, école Baudelocque

Sage-femme enseignante, école Baudelocque

Sage-femme libérale

Mémoire N°: 2017PA05MA11

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Madame Géraldine DEMISSY, pour ses précieux conseils qui ont contribué à l'élaboration de ce travail.

Je remercie également Madame Christèle VEROT qui m'a accompagnée tout au long de mes études de sage-femme ainsi que l'équipe enseignante dans sa globalité.

Je tiens aussi tout particulièrement à remercier Marwan HAOUCH, pour m'avoir guidé justement au début de la conception de ce travail.

Je remercie toutes les femmes qui ont participé à mon étude.

Je remercie ma famille, mes amis et mon copain pour leur soutien et pour avoir cru en moi jusqu'au bout.

Et par dessus tout je remercie ma maman grâce à qui tout cela a été possible.

« Ce petit cri douloureux, ce miaulement frêle d'enfant nouveau-né lui entra dans l'âme, dans le cœur, dans tout son pauvre corps épuisé ; et elle voulut, d'un geste inconscient, tendre les bras. Ce fut en elle comme une traversée de joie, un élan vers un bonheur nouveau, qui venait d'éclorre. Elle se trouvait, en une seconde, délivrée, apaisée, heureuse, heureuse comme elle ne l'avait jamais été. Son cœur et sa chair se ranimaient, elle se sentait mère. »

Une Vie de Maupassant

Table des matières

Liste des annexes.....	I
Lexique	II
Introduction	1
Première partie DONNEES DE LA LITTERATURE.....	4
I. Le forceps : Histoire, indications et contre-indications.....	4
II. Les conséquences physiques et psychologiques de l'accouchement voie basse par forceps	6
II.1. <i>Les complications physiques maternelles</i>	6
II.2. <i>Les complications physiques néonatales</i>	6
II.3. <i>Les conséquences psychologiques maternelles</i>	6
III. Facteurs influençant le vécu de l'accouchement	9
IV. Facteurs influençant le vécu de l'accouchement voie basse par forceps	10
... <i>en prénatal</i>	10
... <i>en pernatal</i>	11
... <i>en postnatal</i>	11
V. L'anticipation en maternité.....	12
VI. La Préparation à la Naissance et à la Parentalité : ses origines, ses objectifs, ses difficultés	14
Deuxième partie ETUDE	17
I. Matériel et méthodes	17
I.1. <i>Problématique</i>	17
I.2. <i>Objectifs</i>	17
I.3. <i>Hypothèses de recherche</i>	17
I.4. <i>Méthodologie</i>	18
II. Difficultés rencontrées	21
III. Echantillon.....	21
III.1. <i>Caractéristiques démographiques</i>	21
III.2. <i>Caractéristiques obstétricales et néonatales</i>	22
III.3. <i>Caractéristiques des différentes PNP</i>	25
Troisième partie RESULTATS ET DISCUSSION	27
I. Vécu de l'accouchement par forceps	27
II. Etat psychique à J2 de l'accouchement par forceps.....	28
II.1. <i>Baby blues</i>	28
II.2. <i>Lien mère-enfant</i>	28

II.3. <i>Stress aigu</i>	29
III. Facteurs perinataux différents du forceps et postnataux influençant le vécu	30
III.1. <i>La douleur</i>	30
III.2. <i>La perte de contrôle</i>	32
III.3. <i>L'accompagnement en salle de naissance</i>	34
III.4. <i>L'ambiance autour de la parturiente</i>	37
III.5. <i>Les complications maternelles</i>	41
III.6. <i>Le débriefing postnatal</i>	43
IV. Pourquoi une PNP ? Quel apport pour l'accouchement ?	45
IV.1. <i>Qu'attendaient les patientes de ces séances ?</i>	45
IV.2. <i>Information subie ?</i>	46
IV.3. <i>Les apports de la PNP pour l'accouchement</i>	47
IV.4. <i>Les informations parallèles pour l'accouchement</i>	48
V. Quelle appréhension du forceps ?.....	51
V.1. <i>Quelle information en anténatal ?</i>	51
V.2. <i>Le déni du forceps</i>	51
V.3. <i>Quel usage de ces informations pour appréhender le forceps le jour J ?</i>	52
V.4. <i>Quelles réactions face au forceps ?</i>	54
V.5. <i>Le décalage entre la réalité de l'accouchement et ce qu'elles avaient imaginé</i>	55
V.6. <i>Le forceps mieux que la césarienne ?</i>	56
VI. Propositions pour améliorer la préparation de nos patientes.....	57
VI.1. <i>Le souhait d'un cours entre hommes</i>	57
VI.2. <i>Des cours moins scolaires</i>	57
VI.3. <i>Plus de préparation autour de la douleur</i>	58
VI.4. <i>Et l'après accouchement, on en parle ?</i>	59
VI.5. <i>Elargir l'accès aux préparations alternatives</i>	61
VI.6. <i>Faut-il savoir toutes ces choses ?</i>	61
VI.7. <i>Laisser le choix d'accéder à l'information</i>	63
VII. Validité de l'étude	65
VII.1. <i>Forces de l'étude</i>	65
VII.2. <i>Limites de l'étude</i>	65
Conclusion	67
Bibliographie	69
Annexes	73

Liste des annexes

Annexe 1 : Guideline des entretiens	74
Annexe 2 : Evaluation de l'état maternel	76
Annexe 3 : Echelle visuelle pour évaluer le vécu	77
Annexe 4 : Evaluation du lien mère-enfant : Maternal to Infant Bonding Scale	78

Lexique

AM: Allaitement Maternel

ARCF: Anomalies du Rythme Cardiaque Foetal

ATCD: Antécédent(s)

BSS: Bosse Séro-Sanguine

CNGOF: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CRP: Protéine C-Réactive

DA: Délivrance Artificielle

DC: Dilatation Complète

DDC: Délivrance Dirigée Complète

DDI: Délivrance Dirigée Incomplète

Déch.: Déchirure

DEE: Début des Efforts Expulsifs

Δt : Intervalle de temps

ELD: Episiotomie Latérale Droite

EVA: Echelle Visuelle Analogique

FCP: Fausse Couche Précoce

FIV: Fécondation In Vitro

HAS: Haute Autorité de Santé

HDD: Hémorragie De la Délivrance

ICSI: Intra Cytoplasmic Sperm Injection

IVG: Interruption Volontaire de Grossesse

LA: Liquide Amniotique

NP: Non Progression du mobile foetal

PNP: Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RAM: Rupture Artificielle des Membranes

RPM : Rupture Prématuration des Membranes

RU: Révision Utérine

SA : Semaine d'Aménorrhée

SDN: Salle De Naissance

Synto: Syntocinon® = Oxytocine

VPN: Valeur Prédictive Négative

VPP: Valeur Prédictive Positive

W: Travail

Introduction

L'accouchement est une intense épreuve pour le corps et l'esprit que certains assimilent à un marathon. Ainsi il n'est pas surprenant que l'accouchement soit source de morbidité dans le post-partum et que la durée comme la sévérité des symptômes psychologiques et physiques dépendent du mode d'accouchement (1) (2)

Une étude anglaise de I.J. Rowlands et M. Redshaw (1) a montré que les femmes ayant accouché par forceps présentaient le plus mauvais état de santé et de bien-être (avec les femmes ayant accouché par césarienne non programmée), tandis que les femmes ayant accouché par voie basse spontanée (ou par césarienne programmée) étaient moins affectées par l'accouchement. A noter que les spatules n'ont pas été incluses dans cette étude étant donné leur usage peu répandu en dehors de la France (3).

La majoration des symptômes psychologiques chez les patientes ayant accouché par forceps en comparaison avec les patientes ayant accouché par voie basse spontanée, peut s'expliquer par le fait que le travail est souvent plus long et laborieux, avec notamment des anomalies du rythme cardiaque fœtal, pouvant secondairement donner lieu à un manque de contrôle, à de l'inquiétude, à une intense période d'anxiété et d'incertitude pendant le travail et l'accouchement (1). Les auteurs constatent par ailleurs que ces patientes ont tendance à présenter des symptômes de stress post-traumatique durant de longues périodes après la naissance, avec un taux élevé par rapport à tous les autres modes d'accouchement (1)

L'impact psychologique des accouchements instrumentaux fait l'objet d'un intérêt plus récent que celui de la césarienne (1), c'est pourquoi nous avons choisi d'étudier ces premiers et plus particulièrement le forceps, étant celui qui semble avoir le plus de conséquences psychologiques (mais aussi physiques, or ces dernières peuvent à leur tour influencer l'état psychologique des patientes) et ayant été pendant longtemps un des instruments les plus utilisés en France, bien qu'on observe un inversement de la tendance avec une utilisation plus fréquente des ventouses ces dernières années. En effet, d'après les Enquêtes Nationales Périnatales effectuées sur des échantillons de naissances en métropole, les forceps et spatules représentaient 7,8% des accouchements en 2003 contre 3,3% pour les ventouses, tandis qu'en 2010 les forceps représentaient 3,9% des accouchements contre 2,9% pour les spatules et 5,3% pour les ventouses (4).

La question s'est posée d'étudier à la fois les forceps et les spatules mais cela nous a confronté à plusieurs problématiques:

Le forceps est un instrument de préhension, de traction et de flexion (5) alors que les spatules sont des instruments de propulsion et d'orientation dont le mécanisme d'action et le maniement sont fondamentalement différents de ceux du forceps comme le précise le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) (6). Cependant, ils sont tous deux des instruments métalliques avec deux cuillers qui se placent de part et d'autre de la tête fœtale, ils ont des indications et des contre-indications similaires, et certains forceps se comportent davantage comme des spatules avec un effet de propulsion plus que de préhension (il s'agit des forceps à branches convergentes comme le forceps de Suzor (7), qui sont par ailleurs les seuls forceps autorisés lors de variétés transverses, avec les spatules et les ventouses (6)).

On pourrait alors émettre l'hypothèse que pour la patiente le vécu ne serait pas significativement différent. Cependant la littérature nous apprend aussi que les spatules sont plus protectrices vis à vis du fœtus et que ces deux instruments ne sont pas utilisés dans les mêmes conditions obstétricales; en effet, le forceps est l'instrument de choix en cas de "mauvaise impression clinique", notamment lorsque la deuxième phase du travail est longue voire la hauteur de présentation haute. Par ailleurs ces conditions défavorables augmentent le risque de lésions périnéales, donnant l'impression que le forceps est plus pourvoyeur de lésions périnéales sévères (8)(9). Or ces éléments peuvent tout à fait venir influencer le vécu psychologique de l'accouchement.

Les spatules étant peu répandues en dehors de la pratique française, cela limite considérablement le nombre d'études à leur sujet et surtout les travaux comparant les spatules aux autres instruments. Le seul moyen de ne pas introduire de biais serait d'obtenir la preuve que l'impact psychologique des accouchements par forceps n'est pas significativement différent de celui des accouchements par spatules, or le peu d'études qui comparent les spatules aux forceps ne s'intéressent qu'à la morbidité physique maternofoetale.

Si un accompagnement perpartum adapté des patientes confrontées aux forceps semble s'imposer, nos actions préventives en prénatal sont moins évidentes. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande d'aborder les différents modes d'accouchement en prénatal lors de la consultation du 7e mois voire en séance de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) (10)(11), mais comment l'aborder ? Toutes les femmes reçoivent-elles l'information et quelle information ?

Peu d'études s'intéressent à l'évaluation des bénéfices de la PNP dans le cadre d'un accouchement instrumental. Je me suis alors appuyée sur deux études, l'une étant française mais quantitative (2), l'autre étant qualitative mais anglaise (12). Ce qu'il en ressort c'est que la PNP n'influence pas significativement le vécu de l'accouchement instrumental et l'étude anglaise du professeur D.J. Murphy rajoute qu'il est nécessaire de l'améliorer. Cependant toutes deux sont critiquables. En effet, la première étudie les déterminants intervenant dans le vécu d'une extraction instrumentale, la PNP n'est alors qu'un facteur parmi d'autre qui mériterait d'être davantage développé. De plus, le caractère quantitatif de cette étude limite l'authenticité des récits des patientes et les informations recueillies sur le vécu. Pour ce qui est de la deuxième étude, sa principale limite est d'être anglaise car les pratiques anglaises diffèrent des nôtres, aussi bien pour l'accouchement que pour les préparations proposées aux patientes en anténatal. Ainsi leurs résultats ne sont pas tout à fait transposables à nos pratiques françaises.

Enfin, concernant l'évaluation de la PNP de façon plus globale, de la même manière, la littérature n'apporte pas de réponse quant à son efficacité (13). Il paraît nécessaire de poursuivre les tentatives d'évaluation de ces séances au travers d'études, en commençant déjà par baser l'évaluation sur les besoins des femmes ainsi que sur des objectifs éducationnels plutôt que sur des objectifs obstétricaux (les auteurs entendent par objectifs obstétricaux l'anxiété, la maîtrise du contrôle de soi et la participation active de la femme enceinte pendant le travail et l'accouchement entre autres) (13,14). En attendant, la HAS incite les professionnels à évaluer régulièrement leur pratique et à adapter le suivi selon les besoins des patientes ou du couple (11).

Ainsi une étude qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs de patientes ayant accouché par forceps et ayant bénéficié d'une PNP classique, permettrait une réflexion autour de l'intérêt d'une préparation à la naissance pour optimiser le vécu de son accouchement et plus particulièrement lorsque ce dernier se complique d'une extraction instrumentale par forceps. Et enfin, quel serait le niveau d'information idéal ? Cet instrument pose précisément cette question puisque ce type d'information est pourvoyeur d'anxiété mais pourtant semble nécessaire au vu des statistiques puisqu'en 2010, 30 % des primipares dont la grossesse ne présentait pas de complication ont eu une extraction instrumentale (15).

Première partie

DONNEES DE LA LITTERATURE

I. Le forceps : Histoire, indications et contre-indications

(5) Le forceps est un instrument d'extraction fœtale qui « guide le mobile fœtal dans les voies génitales selon le même mécanisme que s'il était poussé par les efforts expulsifs maternels ». Son origine remonte au XVI-XVIIe siècle avec l'invention par les frères Chamberlain de pinces séparables, droites et fenêtrées, articulées au moyen d'une corde et destinées à l'extraction des fœtus. Longtemps gardé secret, Hugh Chamberlain vend la moitié du forceps (une branche) à un accoucheur de la ville d'Amsterdam en 1693. Ce n'est qu'en 1753 qu'apparaît la première publication décrivant le forceps de Chamberlain. Sa particularité est de ne comporter qu'une seule courbure fœtale, il s'agit d'un forceps droit. C'est Levret qui introduit la courbure pelvienne en 1748 pour permettre à l'instrument une meilleure adaptation à la forme de la filière pelvi-génitale. Depuis, différents forceps ont vu le jour dans le but de rendre l'instrument moins encombrant, plus facilement articulable, plus simple d'utilisation, moins traumatique physiquement. On décrit 400 types de forceps différents dans la littérature (7).

(5) On peut distinguer en salle de naissance les forceps à branches croisées (Tarnier, Pajot, Levret, Simpson, Kielland) des forceps à branches convergentes (Demelin, Suzor).

Au sein de la maternité parisienne de Port Royal, les praticiens ont le choix entre trois forceps:

- Forceps de Tarnier: Apparu en 1877, ce modèle est largement employé dans les maternités francophones et plus particulièrement parisiennes. Il introduit une barre de traction qui permet de diriger la force suivant l'axe de l'excavation pelvienne indépendamment de l'appareil préhenseur (à savoir, les manches du forceps) et laisser ainsi la tête fœtale évoluer librement.
- Forceps de Suzor: Ce forceps a pour objectif de réduire les compressions exercées sur la tête fœtale et sur les parois pelviennes. Sa courbure céphalique est de grand rayon et l'instrument est maintenu en contact avec la tête fœtale grâce à la convergence des branches et la résistance des tissus maternels.
- Forceps de Pajot: Ce forceps comporte une courbure céphalique très prononcée mais une courbure pelvienne quasi nulle, c'est pourquoi il est employé uniquement à l'occasion de césariennes.

(6) La pose des forceps se fait à membranes rompues, sur une présentation céphalique engagée, à dilatation complète, dans des conditions d'asepsie rigoureuse, à vessie vide et la patiente doit être correctement analgésée.

Les indications des extractions instrumentales sont les suivantes:

- Contre-indication à la poussée maternelle
- Anomalies du rythme cardiaque fœtal faisant craindre la présence ou la survenue rapide d'une acidose fœtale
- Fatigue maternelle
- Insuffisance des efforts expulsifs maternels

Pour ce qui est du dernier point, le CNGOF recommande « d'envisager le recours à une extraction instrumentale à partir de 30 minutes d'efforts expulsifs avec un rythme cardiaque fœtal normal, dans la mesure où l'intensité des efforts expulsifs a été jugée suffisante sans progression du mobile fœtal » (accord professionnel). La notion des « 30 minutes » est discutable et la maternité de Port Royal a choisi, après étude de la littérature, de s'autoriser un minimum de 45 minutes d'efforts expulsifs avec un rythme cardiaque fœtal normal chez des patientes à bas risque avant d'envisager une extraction instrumentale.

Enfin, il n'est pas recommandé d'avoir recours aux instruments lorsque la présentation est partie haute, non engagée.

II. Les conséquences physiques et psychologiques de l'accouchement voie basse par forceps

II.1. Les complications physiques maternelles (16)

Par rapport à la voie basse spontanée, on observe:

- Une majoration significative du risque de déchirures périnéales sévères (périnée complet), et ce d'autant plus lorsque les conditions locales sont défavorables (à savoir: présentation haute, macrosomie, variété postérieure...)
- Le risque de déchirure vaginale, d'hémorragie du post-partum et de rétention urinaire aiguë semble être augmenté
- Un risque d'incontinence anale à moyen et long terme
- Pas de différence significative du risque d'incontinence urinaire du post-partum ni de survenue d'un prolapsus génital
- Une majoration des risques de douleurs périnéales, de dyspareunies et de troubles sexuels du post-partum, et ce d'autant plus qu'il existe des déchirures périnéales

Les patientes sont plus souvent fatiguées voire épuisées et sont plus sujettes aux difficultés d'allaitement. Cependant ces manifestations, tout comme les douleurs périnéales, diminuent au cours des 3 premiers mois (1).

II.2. Les complications physiques néonatales (2,8)

On observe dans 50% des accouchements par forceps des ecchymoses et abrasions cutanées qui disparaissent en quelques heures à quelques jours dans la majorité des cas.

Beaucoup plus rarement, on peut observer des céphalématomes, des hématomes sous-galéaux, des fractures du crâne, des hémorragies intracrâniennes, des lésions oculaires, des paralysies faciales et du plexus brachial voire des traumatismes médullaires cervicaux.

II.3. Les conséquences psychologiques maternelles

(1) L'étude de I.J. Rowlands et M. Redshaw constate que :

- Bien que cela ne soit pas significatif, les patientes ayant vécu un accouchement instrumental présentent plus souvent des symptômes d'anxiété au cours du premier mois notamment

- Elles manifestent significativement plus de symptômes de stress post-traumatique (tels que des flashbacks, difficultés de concentration, problèmes de sommeil sans lien avec le bébé)

L'état de stress post-traumatique est « un état se caractérisant par le développement de symptômes spécifiques faisant suite à l'exposition à un événement traumatique dans un contexte de mort, de menace de mort, de blessures graves ou d'agression sexuelle ». La personne vit l'évènement ou en est témoin voire y est confrontée indirectement, éprouvant alors une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur (17). Les symptômes apparaissent habituellement dans les trois premiers mois suivant l'évènement traumatique, et son diagnostic ne peut être établi qu'après une latence d'un mois minimum. Pour combler la lacune engendrée par cette latence d'un mois, le DSM-IV introduit l'état de stress aigu afin de prendre en compte les réactions manifestées précocement (18). Les symptômes de l'état de stress aigu se regroupent en 5 catégories (19), à savoir:

- * Symptômes envahissants (souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants; cauchemars; flashbacks; détresse lors de l'exposition à des indices internes ou externes associés à l'évènement traumatique)
- * Humeur négative
- * Symptômes dissociatifs (incapacité de se rappeler un aspect important de l'évènement traumatique; altération de la perception de la réalité, de son environnement ou de soi-même)
- * Symptômes d'évitement (évitement des souvenirs, pensées, sentiments liés à l'évènement; évitement des divers éléments rappelant l'évènement)
- * Symptômes d'éveil (hypervigilance, troubles du sommeil, difficultés de concentration, réactions de sursaut exagérées, irritabilité)

La durée des symptômes est de 3 jours à 1 mois après l'exposition à l'évènement traumatique.

Selon une revue de la littérature publiée en 2009, les facteurs de risques principaux d'état de stress post-traumatique se regrouperaient en 3 grands groupes, à savoir la perception de l'expérience vécue par l'accouchée (douleur perçue au moment de l'accouchement; perte de contrôle, sentiment d'impuissance et manque d'information sur les procédures mises en place; faible soutien social perçu), les caractéristiques psychologiques de la femme (antécédents de traumatismes ou de soins psychologiques) et les caractéristiques médicales (niveau de médicalisation vécu pendant la grossesse et l'accouchement, mais il s'agirait principalement des « attributions cognitives des femmes sur ces interventions médicales » plus que de la

présence de complications médicales en elles-mêmes) (20). De plus, plusieurs études rapportent qu'une non-cohérence entre les représentations que la femme avait développé au cours de sa grossesse et la réalité est un facteur de risque de troubles psychologiques dans le post-partum (déception, culpabilité, traumatisme...) (20).

Une notion majeure se dégage de ce dernier paragraphe, à savoir qu'il semblerait que les femmes soient plus marquées par la perception qu'elles ont de leur accouchement que par les complications obstétricales objectives (2,20,21).

- Les accouchements instrumentaux ne semblent pas influencer la survenue d'un baby blues dans le post-partum

Le post-partum blues touche 50 à 80% des femmes. Il se manifeste entre le 2^e et le 10^e jour après l'accouchement et atteint un maximum de fréquence au 3^e et 5^e jour. Il est transitoire et spontanément résolutif. La symptomatologie est assez vaste (crises de larmes, labilité de l'humeur, irritabilité, troubles du sommeil, fatigue...). Il semble être davantage en lien avec les bouleversements psychiques et hormonaux (2,22,23).

- Il n'y a pas d'association entre le mode d'accouchement et la survenue d'une dépression du post-partum

La dépression postnatale correspond à une pathologie dépressive à part entière généralement d'intensité modérée et les idées suicidaires restent rares (On peut citer parmi sa symptomatologie: découragement, sentiment d'incapacité, inquiétudes centrées presque exclusivement sur les soins à donner au nourrisson, fatigue, somatisation...). Elle se manifeste dans les mois suivant l'accouchement (22).

La majoration des symptômes psychologiques peut s'expliquer par le fait que le travail a tendance à être plus long et dystocique, exposant la patiente à un manque de contrôle, à de l'inquiétude, à de l'anxiété et à de l'incertitude tout au long du travail et de l'accouchement, mais aussi à un décalage accru par rapport à ses attentes (1).

Fort heureusement les auteurs observent, en accord avec une étude norvégienne (24), que les symptômes s'atténuent au cours des 3 premiers mois.

(2,12) Enfin, l'accouchement instrumental peut parfois faire renoncer à une deuxième grossesse par peur de l'accouchement, cependant on constate que parmi les femmes qui n'y renoncent pas, la plupart disent préférer un accouchement par voie basse plutôt qu'une césarienne programmée.

III. Facteurs influençant le vécu de l'accouchement

V. Mulot, à travers sa thèse de fin d'études, a supposé qu'il existait des facteurs pré, per et post-partum pouvant influencer le vécu de l'accouchement (2). Elle s'est appuyée sur son expérience personnelle croisée avec la littérature. Par ailleurs son travail regroupe plusieurs caractéristiques communes à celles évoquées par une étude sur l'évolution et les déterminants éventuels de l'anxiété périnatale de primipares (21).

On peut ainsi distinguer:

- Les facteurs intrinsèques, à savoir les ressources propres à la patiente : son histoire personnelle mais aussi ce qu'elle sait de l'histoire obstétricale de ses proches (famille, amis proches), son niveau socio-culturel et son niveau d'éducation (qui influencent l'accès à l'information), ses connaissances sur l'accouchement et ses modalités
- Les facteurs liés à l'environnement: le soutien aussi bien de l'équipe obstétricale que de l'accompagnant, la communication avec l'équipe et le niveau de compréhension de la patiente, son niveau de confiance en l'équipe obstétricale, l'ambiance globale de la salle de naissance (à savoir le nombre d'intervenants, l'entente des intervenants entre eux, les stimuli sensoriels tels que les bruits, les lumières, les contacts physiques...)
- Les facteurs liés à l'accouchement en lui-même: le mode d'entrée en travail, la durée du travail, le facteur douleur, la fatigue maternelle, l'urgence obstétricale, les complications materno-foetales, l'état de l'enfant à la naissance, la séparation mère-enfant
- Les autres facteurs en parallèle: la sensation de perte de contrôle, les impressions maternelles vis à vis de l'accouchement, le décalage entre l'accouchement imaginé et la réalité, mais aussi l'état psychologique propre à la grossesse (c'est le concept de « transparence psychique » décrit par M. Bydlowski (25). Il s'agit d'un état de transparence où « des fragments du préconscient et de l'inconscient viennent facilement à la conscience » et où des événements passés refont surface au moment spécifique de la grossesse. La grossesse inaugure alors « l'expérience d'une rencontre intime avec soi-même », la femme enceinte fait face à une véritable « période de conflictualité exagérée » et de « crise maturative » influençant sa perception des événements et pouvant générer des réactions inadaptées d'un point de vue extérieur telles que de l'angoisse, de l'agressivité, une attitude froide...)

IV. Facteurs influençant le vécu de l'accouchement voie basse par forceps

A travers son étude, V. Mulot (2) a conclu que le geste douloureux, l'impression de perdre le contrôle, les difficultés techniques éprouvées par l'obstétricien et la survenue de complications néonatales étaient des facteurs prédictifs de mauvais vécu de l'extraction instrumentale. De plus elle a retrouvé une association significative entre le sentiment de peur et un mauvais vécu de ce type d'accouchement.

Elle a constaté par ailleurs une tendance, bien que non significative, à un vécu plutôt meilleur lorsque le forceps était réalisé devant des anomalies du rythme cardiaque foetal plutôt que lors d'un défaut de progression ; le sentiment d'échec, de culpabilité, la peur éprouvée, pouvant être influencés par le contexte et l'indication du forceps.

Pour améliorer ce vécu, différentes actions peuvent être mises en place ...

... en prénatal

La HAS (10,11) recommande d'informer les femmes enceintes pour mieux les préparer, en cours de PNP mais aussi en consultation. Cependant ces informations ne sont pas toujours le reflet de la réalité voire elles sont soumises à un niveau d'attention variable et à un certain degré d'interprétation pouvant alors limiter leur effet comme l'évoque V. Mulot (2). Ainsi dans son étude quantitative française en 2014 sur les facteurs de risque ante, per et post-partum pouvant influencer le vécu de l'extraction instrumentale, elle conclut que la PNP n'influence pas significativement le vécu de l'extraction instrumentale et 18,2% des patientes ayant bénéficié d'une préparation à la naissance ne l'ont finalement pas jugée utile.

Le professeur D.J. Murphy (12) avait déjà fait ce constat en 2003 à travers une étude qualitative anglaise auprès de 27 patientes ayant vécu un accouchement instrumental ou une césarienne au cours de la deuxième phase du travail. En effet, elles furent nombreuses à se dire réservées quant à l'utilité de la PNP. Les principales critiques étaient que les informations sur le sujet étaient insuffisantes ou inadaptées, avec notamment un manque de considération de l'impact émotionnel de ce type d'accouchement et un écart important entre l'information reçue lors de ces cours et la réalité de l'accouchement. De plus, ces dernières ont critiqué les projets de naissance qu'elles jugeaient non réalistes. Elle en concluait alors qu'il y avait une réelle nécessité d'améliorer la PNP et de permettre une approche plus réaliste du projet de naissance. S'agissant d'un constat se rapportant à des pratiques anglaises, nous ne pouvons donc pas transposer pleinement ces résultats à nos pratiques françaises.

... en pernatal

(2) Les interactions avec les professionnels de santé peuvent influencer indirectement le vécu de l'extraction instrumentale lorsqu'elles provoquent un sentiment de peur, de perte de contrôle chez la patiente, ou en modifiant la perception que la femme a de l'intervention (or on a évoqué précédemment l'influence de la perception de l'accouchement sur son vécu).

Ces interactions regroupent aussi bien l'ambiance de la salle (stress, agitation) que le nombre d'intervenants et leur attitude (notamment la manière dont la sage-femme va introduire l'intervention médicale, le comportement du médecin), l'annonce de l'extraction, la qualité de l'information reçue et surtout la qualité de l'information perçue (si l'information n'a pas pu être claire, précise, compréhensible, notamment lorsque l'intervention se déroule dans l'urgence, elle devra alors être réitérée légèrement à distance de l'accouchement; et lorsqu'une information de qualité a pu être fournie en salle de naissance, elle n'est pas toujours correctement assimilée par la patiente car cette information est soumise à un certain degré d'interprétation et d'attention variable).

Une prise en charge adaptée de la douleur est à son tour essentielle car la perception douloureuse est pourvoyeuse de plus mauvais vécu, l'équipe d'anesthésie doit être prévenue de la réalisation du forceps afin d'adapter l'analgésie si besoin.

Enfin il est nécessaire que l'équipe, et la sage-femme notamment, s'attache à accompagner la patiente en l'encourageant, en la rassurant et la confortant dans ses capacités afin qu'elle reste actrice de son accouchement mais aussi dans le but de tempérer les sentiments de peur et de perte de contrôle.

... en postnatal

D.J. Murphy évoque la nécessité de reparler de l'accouchement à distance, une fois que les femmes se sont remises de leurs émotions. Cependant les études ne parviennent pas à déterminer le moment, le lieu idéal voire le type de prise en charge idéal pour rendre cette intervention la plus pertinente possible, de plus on ne peut pas conclure sur l'efficacité des entretiens postnataux dans la réduction des mauvais vécus et des dépressions postnatales puisque les études sont controversées. Elles semblent tout de même s'accorder à dire qu'il faut revoir les patientes dans le post-partum afin de répondre à leurs interrogations, à leurs inquiétudes, réexpliquer les points restés incompris voire pouvoir leur proposer secondairement un entretien avec un psychologue (2,12).

V. L'anticipation en maternité

D'après S. Missonnier (26), psychologue et psychanalyste, l'anticipation sous forme comportementale, affective et fantasmatique est « une réponse à l'incertitude face à laquelle l'être humain est confronté ». C'est donc parce qu'il y a une incertitude que nous anticipons afin de ne pas se retrouver désemparé le jour J. Toutefois cette anticipation doit être tempérée sans tomber dans l'excès, dans une prévision exacte du futur. Il s'agit alors d'une « inscription dans un processus de symbolisation de la diversité et de la complexité des scénarios possibles ». G. Favez (27) résume parfaitement cette notion en 1958: « C'est à pouvoir rencontrer l'imprévu qu'il faut être préparé et non à tout prévoir ».

S. Missonnier considère alors qu'une anticipation excessive, qu'il qualifie de « maniaque », peut conduire à un agir désorganisé et à l'inverse un refus d'anticipation ou son absence « plonge dans l'ombre et paralysie ».

Il faut donc une anticipation tempérée et adaptée.

L'anticipation est naturellement génératrice d'angoisse. Deux formes d'angoisses ont été décrites par S. Freud, et dont les notions ont été reprises par J. Laplanche et J.B. Pontalis en 1967 (28,29):

- L' « angoisse signal », terme introduit par Freud en 1926 et désignant « un dispositif mis en action par le moi, devant une situation de danger, de façon à éviter d'être débordé par l'afflux des excitations. Le signal d'angoisse reproduit sous une forme atténuée la réaction d'angoisse vécue primitivement dans une situation traumatique, ce qui permet de déclencher des opérations de défense ». Elle est donc volontaire, consciente et aurait pour fonction de tenter d'éviter ce danger.
- L' « angoisse automatique ou traumatique » désignant la « réaction du sujet chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique, c'est-à-dire soumis à un afflux d'excitations, d'origine externe ou interne, qu'il est incapable de maîtriser ». Elle est involontaire et inconsciente.

L'angoisse signal signe le travail d'anticipation en cours et protégerait contre l'effroi (c'est une anticipation adaptative permettant de mentaliser une éventualité), toutefois l'angoisse automatique est la version pathologique de l'angoisse signal et empêche toute adaptation (elle fige et rend incapable d'anticiper les situations difficiles). Cette dernière nécessite un accompagnement plus spécifique et sur mesure.

Comment définir l'excès et le défaut d'anticipation ?

S. Missonnier (26) considère l'anticipation comme « une variable individuelle, familiale, institutionnelle et sociétale », ainsi l'anticipation ne sera pas la même d'un sujet à l'autre et doit donc s'ajuster au cas par cas.

Se pose ensuite la question de la place de la PNP et de « l'anticipation soignante » dans ce processus.

D'après S. Missonnier, elle doit être sur mesure et suppléer l'anticipation parentale sans l'altérer, notamment en prenant en considération les vulnérabilités de chacun par le biais des « angoisses traumatiques » perçues à l'occasion de l'entretien du 4^e mois ou ultérieurement.

L'avantage de la PNP est d'offrir un « cadre stimulant, régulant et contenant la mise en récit anticipatrice des craintes liées à l'incertitude de l'avenir » mais elle doit veiller à ne pas entraver la « créativité anticipatrice spontanée des parents qui vont bien » en empêchant « l'inquiétude adaptée » de s'exprimer. Pour illustrer cela, S. Missonnier prend pour exemple une patiente exprimant une angoisse d'anomalie foetale à l'occasion d'une échographie: elle exprime alors une angoisse signal tout à fait physiologique et qui participe à son travail d'anticipation. L'échographiste, en lui assurant que son enfant est « parfait », vient museler cette inquiétude adaptée et expose alors à l'effroi si l'enfant venait à présenter une anomalie congénitale.

VI. La Préparation à la Naissance et à la Parentalité : ses origines, ses objectifs, ses difficultés

(14,30,31) La PNP trouve principalement ses origines dans la méthode d'accouchement sans douleur, aussi nommée « psychoprophylaxie obstétricale » en 1958, développée par des médecins soviétiques et importée en France par le Dr Lamaze. Cette méthode repose sur le concept que l'accouchement est un phénomène naturellement indolore et que la douleur proviendrait alors d'un mauvais conditionnement psychique. C'est à dire que le cerveau interpréterait mal les signaux que l'utérus lui envoie et de cela découlerait la douleur provoquée par les contractions utérines. La solution résiderait alors dans l'éducation des femmes enceintes. Cette éducation est double puisqu'elle consiste en la transmission de connaissances scientifiques et médicales, mais aussi dans l'apprentissage des « procédés d'indolorisation » à travers des exercices de respiration et de postures. Avec l'apparition de l'anesthésie péridurale au cours des années 1970, la méthode d'accouchement sans douleur perd le concept clé qui la fonde, à savoir que la douleur de l'accouchement n'aurait pas d'origine somatique. Cependant elle perdure à travers les cours de Préparation à la Naissance qui ont depuis évolués jusqu'à devenir des cours de « Préparation à la Naissance et à la Parentalité » au cours des années 2000 et qui se sont diversifiés. Cette préparation à la naissance incarne alors l'approche alternative à la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement en parallèle des produits pharmaceutiques, appareillages techniques et interventions médicochirurgicales comme l'évoque M. Vuille (30).

M-R. Bernard et C. Eymard (31) amènent la notion qu'actuellement la PNP a des ambitions qui dépassent la simple prévention. En effet, la PNP s'inscrit dans une démarche éducative qui « ne se réduit pas à une transmission passive d'informations » mais qui tend à ce que les femmes puissent être plus autonomes, plus confiantes en leur capacités et puissent faire preuve de participation active. Il s'agit de « prendre une place dans la construction et l'appropriation des savoirs et des compétences qui leurs sont nécessaires pour s'adapter à leur nouveau rôle ». On n'inculque pas une norme mais on accompagne les femmes et les couples au sein d'une expérience qui leur est propre.

D'après les Enquêtes Nationales Périnatales effectuées sur des échantillons de naissances en métropole, la Préparation à la Naissance et à la Parentalité s'est par ailleurs bien développée auprès des primipares puisqu'elles étaient 73% à y participer en 2010 contre 67% en 2003 (4)

Concernant les préparations alternatives (sophrologie, préparation aquatique, haptologie, acupuncture, shiatsu, yoga, chant prénatal, hypnose...), elles apportent un bagage supplémentaire à la femme voire au couple en favorisant les interactions et la communication avec l'enfant porté, en libérant les tensions du corps et de l'esprit, en initiant aux techniques de relaxation, en travaillant les postures et la respiration etc... La femme ou le couple choisit la méthode qui lui correspond en fonction de ses objectifs mais aussi en fonction de sa personnalité. Ces méthodes peuvent accompagner un projet d' « accouchement naturel » sans pour autant remplacer la préparation classique fournissant les bases théoriques (14) (11) (32).

A. Azizoudine Kinney a cherché à mettre en évidence les points forts et les points faibles de la PNP dans son état actuel (en 2011) à travers son mémoire de fin d'études de sage-femme (14).

Ainsi, elle a mis en évidence 5 points principaux qui animent la PNP:

- L'apport d'informations
- Permettre aux patientes de prendre confiance en elles et en leurs capacités
- Un moment d'échange, de rencontre et de partage, aussi bien avec les professionnels de santé qu'avec d'autres femmes enceintes voire de couples
- Une préparation physique et pratique à l'accouchement
- Rendre les patientes actrices de leur accouchement (en leur offrant une meilleure compréhension de ce qui se joue et la possibilité de participer aux décisions)

... et elle a retrouvé les points faibles suivants:

- Un accès parfois difficile (en terme de places, d'horaires, de prix)
- Une approche moins personnalisée et plus théorique lorsqu'il y a un nombre important de participants
- Un décalage entre ce qui est dit lors de ces séances et la réalité, notamment lorsque la patiente se retrouve confrontée à une situation d'urgence obstétricale, voire lorsque le projet de naissance n'est pas respecté ou encore quand les protocoles et pratiques de la maternité s'opposent aux informations transmises par la sage-femme
- Une variabilité inter-professionnels de l'information donnée, voire des contradictions

L'Enquête Nationale Périnatale de 2003 (33) a recherché les motifs de non participation des primipares et retrouvait que dans un tiers des cas il s'agissait d'un choix personnel, ou alors les séances ne leur étaient pas proposées (19,9%), elles habitaient trop loin (13,5%), elles

avaient une pathologie contre-indiquant ces séances (13,4%), ou encore les horaires n'étaient pas adaptés à leur emploi du temps (7,6%).

Mais pour quelles raisons certaines primipares font-elles le choix de ne pas participer à ces séances ? Et finalement, qui sont ces femmes qui n'y participent volontairement pas ?

S. Missonnier a émis l'hypothèse en 2006 (26) de « groupo-non compatibilité » chez les femmes revendiquant l'absence de souhait de participer aux cours de PNP et dans une moindre mesure chez celles qui exprimaient d'autres raisons, partant du constat que dans un contexte post-traumatique les parents pouvaient exprimer des « résistances parentales » pour exposer leur détresse au sein d'un groupe perçu alors comme un « amplificateur de vulnérabilité ».

P. Sauvegrain, sage-femme doctorante en sociologie à l'Unité de Recherche Migrations et Société (URMIS), apportait à son tour des éléments de réponse en 2008 à travers son article intitulé « Toutes les femmes ont-elles accès aux séances de préparation à la naissance ? » (34). Pour répondre à la première question elle proposait deux explications, à savoir une mauvaise maîtrise de la langue française et le fait de ne pas se sentir à l'aise de venir à ces cours. La deuxième explication rejoignant ainsi l'hypothèse de « groupo-non compatibilité » de S. Missonnier.

Ensuite elle a identifié trois groupes de femmes primipares qui ne participent pas à ces séances: les femmes « immigrées », les femmes issues des milieux populaires et celles qui se qualifient elles-mêmes « d'isolées ».

Enfin, à travers son article elle évoquait le fait que ces séances ne sont pas réellement accessibles à toutes et qu'il faudrait alors travailler sur ce point, soit en créant plus de formules de séances, soit en prenant conscience de ce qui rend ces cours inaccessibles à certaines et en s'en affranchissant. Finalement, c'est tout l'intérêt de l'entretien du 4e mois qui permet une approche plus psychosociale et ainsi d'adapter notre offre à chacune. En effet c'est le moment idéal pour s'inquiéter de leurs besoins comme de leurs inquiétudes et pour leur présenter la Préparation à la Naissance et à la Parentalité. L'idéal étant de constituer les groupes de PNP en fonction de cet entretien afin que chacun/chacune se sente à l'aise et que ces séances soient en accord avec leur demande.

Deuxième partie

ETUDE

I. Matériel et méthodes

I.1. Problématique

Comment les patientes appréhendent-elles l'accouchement instrumental par forceps en ayant bénéficié d'une Préparation à la Naissance et à la Parentalité classique, et quelles différences selon le niveau d'information reçu ?

I.2. Objectifs

- ⇒ Rechercher ce qui au sein de la PNP a été utile aux patientes pour mieux vivre leur accouchement
- ⇒ Rechercher une association entre les niveaux d'information en anténatal et le vécu de l'accouchement
- ⇒ Reconsidérer nos actions en prénatal pour améliorer le vécu de l'accouchement instrumental par forceps

I.3. Hypothèses de recherche

- ⇒ La PNP classique peut être associée à une amélioration du vécu de l'accouchement instrumental par forceps en ayant mentionné son éventualité ainsi que les indications et le déroulement de cette intervention, favorisant alors une meilleure compréhension de la situation par la parturiente
- ⇒ La PNP classique dans sa globalité peut être associée à une amélioration du vécu de l'accouchement instrumental par forceps en rendant les patientes actrices de leur accouchement, en les préparant à l'imprévu et aux éventuels obstacles afin qu'elles sachent trouver les ressources en elles-mêmes pour les surmonter
- ⇒ Le niveau d'information à fournir va dépendre de la personnalité de chaque patiente et de leurs besoins

I.4. Méthodologie

I.4.a. Type d'étude

Etude qualitative à type d'entretiens semi-directifs au sein d'une population composée uniquement de primipares ayant accouché par forceps sous analgésie péridurale et ayant eu recours à une préparation à la naissance classique en anténatal

I.4.b. Choix de la population

CRITERES D'INCLUSION	CRITERES D'EXCLUSION
<ul style="list-style-type: none">- Primipare [pour s'affranchir de l'expérience des précédents accouchements]- Participation à des cours de PNP classiques [PNP classique au lieu de PNP basées davantage sur des exercices et sur un ressenti corporel puisque nous évaluons principalement l'apport théorique basique attendu de ces préparations]- Présentation foetale céphalique- Accouchement voie basse par forceps- Sous analgésie péridurale [pour s'affranchir du facteur "douleur" autant que possible]- A terme (≥ 37 SA) [pour s'affranchir de l'impact psychologique de la naissance prématurée et des potentielles complications néonatales liées à la prématurité]- Singleton- Né vivant- Grossesse obtenue spontanément ou	<ul style="list-style-type: none">- Multipare- Antécédents de mort foetale in utéro, d'interruption médicale de grossesse, de fausse couche tardive- Antécédents psychiatriques et/ou prise de psychotropes- Césarienne après tentative de forceps- Sans analgésie péridurale- Terme < 37 SA- Patiente ne parlant pas français- Déni de grossesse- Grossesse non acceptée- Grossesse marquée par une pathologie foetale nécessitant une prise en charge précoce néonatale- Grossesse à haut risque ayant nécessité un suivi médical particulier- Pathologie maternelle sévère nécessitant un passage au bloc après l'accouchement- Dystocie des épaules [l'agitation et la réalisation des manoeuvres peuvent

<p>par procréation médicalement assistée</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grossesse désirée ou inopinée mais bien acceptée - Avec ou sans suivi psychologique (hors psychiatrie, hors prise de médicaments psychotropes) - Changement d'instrument [ce changement d'instrument peut potentiellement illustrer un double "échec" : celui de l'accouchement par voie basse spontanée sans aide instrumentale et celui du premier instrument. Cette situation apporterait des informations supplémentaires sur la capacité de faire face à un accouchement d'autant plus compliqué, tout en restant dans la thématique principale] 	<p>surprendre la patiente, le risque étant que le souvenir de la dystocie des épaules vienne altérer partiellement celui du forceps]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hémorragie de la délivrance [de la même manière, le souvenir de l'hémorragie peut venir faire de l'ombre à celui du forceps. Au delà de 500 ml de pertes sanguines, la prise en charge multidisciplinaire présente un potentiel traumatique, d'autant plus que cette hémorragie est associée à un risque vital puisqu'il s'agit de la première cause de décès maternel en France (35), et les gestes pratiqués peuvent s'avérer très invasifs dans le but de sauver la vie de la patiente]
--	--

I.4.c. Lieu d'étude

Les patientes ont été recrutées au sein de la maternité parisienne de Port Royal (avec autorisation du Professeur Goffinet).

Le choix de cette maternité s'explique par le nombre important d'accouchements par an, la pratique d'extractions instrumentales par forceps et une information quasiment systématique des nullipares sur la PNP. L'objectif étant d'assurer un recrutement suffisant dans le temps imparti.

Les entretiens se sont tous déroulés dans les chambres des patientes en suites de couches à J2, avec une patiente pour qui l'entretien a dû être interrompu et poursuivi à J3.

I.4.d. Période d'étude

10 entretiens au total sur une période discontinue de 3 mois ½ : du 11/05/16 au 20/06/16 et du 01/09/16 au 04/11/16.

I.4.e. Outils d'enquêtes

Le recrutement des patientes s'est effectué en se rendant sur place le plus régulièrement possible, en suites de couches. La présence de tableaux résumant les principales caractéristiques des patientes hospitalisées dans les différents services et quotidiennement mis à jour ont facilité la démarche.

Les patientes étaient vues en entretien à J2 (J0 étant le jour de l'accouchement) afin de procéder à un recueil le plus authentique et le plus complet possible de leur ressenti (en effet à distance il existe un biais de mémorisation mais aussi la possible influence d'évènements nouveaux secondaires au séjour en maternité).

Tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits sur Word secondairement.

Les entretiens ont été complétés par :

- ⇒ Un recueil de données dans le dossier médical de la mère et de l'enfant
- ⇒ Deux auto-questionnaires : le « Maternal to Infant Bonding Scale » (Taylor et al.) qui donne accès à un score de MIB (36) et un second que nous avons créé à partir de la définition du stress aigu du DSM-5 (19) et de celle du baby blues du CNGOF (22), dans le but d'évaluer l'état psychologique de la patiente depuis son accouchement à travers des données plus quantifiables et comparables entre elles, en complément des entretiens (le dernier questionnaire fait appel à une échelle de Likert allant de 1 à 5) [annexes 2 et 4]
- ⇒ Une échelle de - 10 à + 10 (en passant par 0 [= vécu neutre]) comme pour l'Echelle Visuelle Analogique (c'est à dire que la patiente n'a pas l'échelle numérique en face d'elle mais juste une échelle visuelle; c'est nous qui interprétons alors le chiffre associé à la position du curseur que la patiente place sur l'échelle) afin de coter le vécu du décalage perçu entre l'accouchement imaginé et l'accouchement réel mais aussi le vécu de l'accouchement [annexe 3]

Un entretien test a été effectué auprès d'une amie deuxième pare afin de tester la durée de l'entretien et la pertinence des questions.

Durée des entretiens: entre 20 minutes et 1 heure avec une moyenne de 45 minutes par entretien.

II. Difficultés rencontrées

Nous avons initialement envisagé de constituer un groupe témoin de patientes n'ayant bénéficié d'aucune PNP afin de pouvoir apprécier davantage l'apport d'une préparation à la naissance. Toutefois le recrutement de ces dernières s'est avéré délicat. En effet, 2 patientes ont répondu à ces critères mais n'ont pas pu être incluses dans l'étude secondairement (la première ayant annulé l'entretien devant des complications digestives néonatales, la seconde présentant quant à elle une grossesse à haut risque très médicalisée). Devant la proportion moindre de patientes sans PNP répondant à nos critères d'inclusion et d'exclusion, nous avons pris la décision de ne pas constituer de groupe témoin afin de respecter le temps imparti.

Un entretien a dû être interrompu à J2 alors que la patiente était épuisée, il a pu être poursuivi à J3 dans de meilleures conditions, sans perturber l'analyse secondairement.

Enfin, une patiente ne se souvenait plus si le sujet du forceps avait été abordé en cours de PNP. J'ai alors contacté sa sage-femme qui m'a confirmé avoir traité cette information.

III. Echantillon

Notre échantillon se compose de 10 femmes ayant accouché à Port Royal entre le 9 mai et le 4 novembre 2016 et dont les prénoms ont été modifiés afin de préserver leur anonymat.

III.1. Caractéristiques démographiques

Les patientes étaient toutes âgées de 25 à 35 ans à l'exception de **Marine**, âgée de 36 ans.

Toutes ont fait des études supérieures et toutes présentaient un bon niveau socio-économique, toutefois **Hélène** appartenait à la classe moyenne-inférieure au moment de l'entretien d'après l'aide à la classification de P.A. Genoud (37).

Aucune patiente n'était isolée, toutes vivaient en couple et toutes parlaient français.

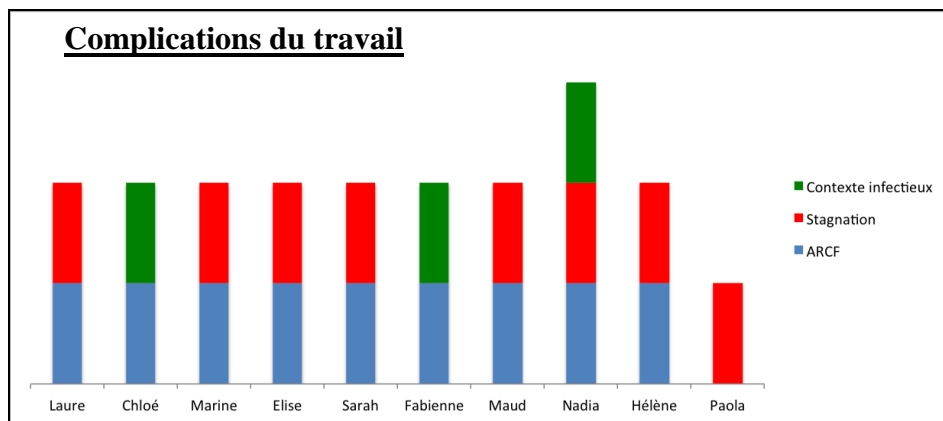
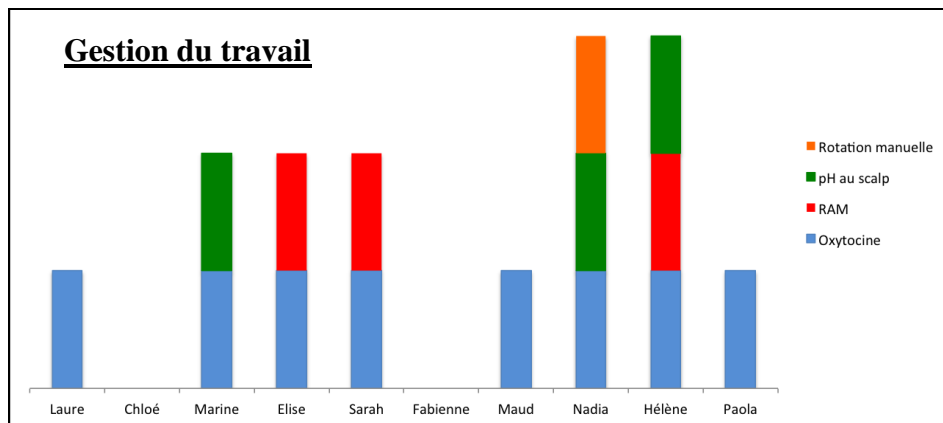
Ainsi, notre échantillon est homogène et par ailleurs nous constatons qu'il ne contient pas de femme immigrée, issue des milieux populaires ou isolée, ce qui correspond aux observations de P. Sauvegrain concernant la population type retrouvée en cours de PNP (34).

III.2. Caractéristiques obstétricales et néonatales

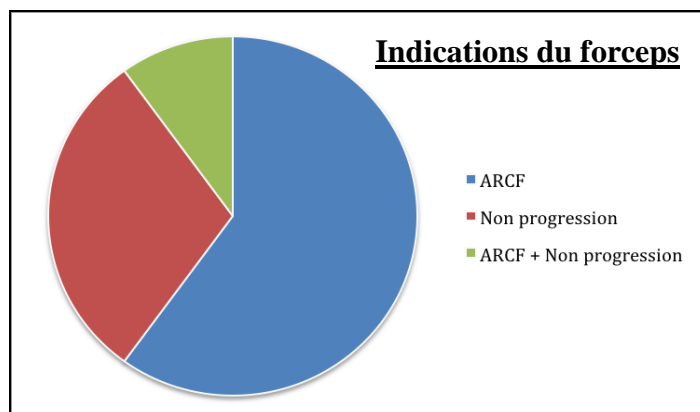
Toutes les grossesses étaient désirées et toutes ont été obtenues spontanément à l'exception de celle de **Fabienne** (4e tentative de FIV ICSI).

Toutes les patientes étaient primipares (toutefois **Nadia** avait fait 2 FCP auparavant et **Paola** 2 IVG médicamenteuses) et toutes ont présenté une grossesse à bas risque obstétrical.

Toutes se sont mises en travail spontanément, toutefois le travail de **Nadia** a été dirigé dès l'entrée en salle de naissance devant une CRP augmentée.

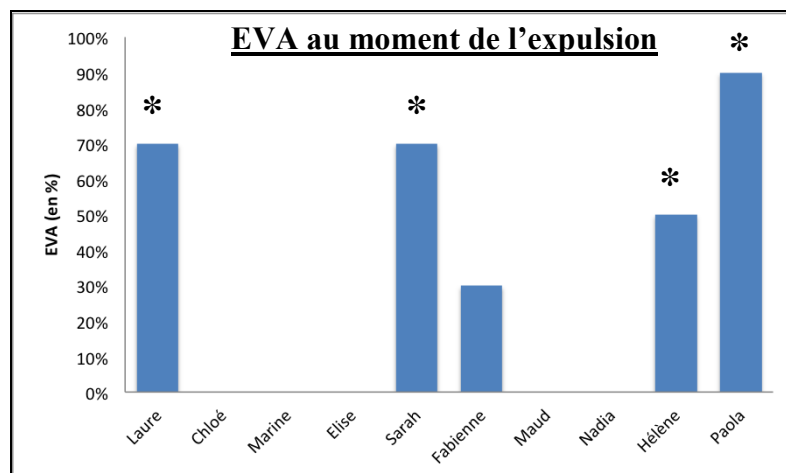


Toutes ont accouché par forceps de Tarnier sous analgésie péridurale, les forceps ont tous été posés sur des présentations foetales antérieures.



	Laure	Chloé	Marine	Elise	Sarah	Fabi- enne	Maud	Nadia	Hélène	Paola
Membranes rompues à l'entrée en SDN	OUI (H°)	OUI	x	x	x	OUI (H°)	OUI	OUI (H°)	x	OUI (H°)
Durée du W	6-13h	< 6h	6-13h	6-13h	<6h	6-13h	6-13h	> 13h	6-13h	6-13h
Indication du forceps	ARCF + NP	ARCF	ARCF	NP	ARCF	NP	ARCF	ARCF	ARCF	NP
Δt [DC-DEE]	2-3h	< 1h	< 1h	≥3h	≥3h	< 1h	≥ 3h	< 1h	<1h	2-3h
Δt [DEE – pose du forceps]	30-45 min	≤ 30 min	≤30min	≤30 min	≤30 min	>45 min	≤30 min	≤ 30min	≤30min	>45 min
Au moment du forceps: présentation engagée...	... partie moy- enne	... partie haute	... partie moy- enne	... partie haute	... partie moy- enne	... partie moy- enne	... partie moy- enne	... partie moy- enne	... partie moy- enne	... partie moy- enne
Difficultés pendant le forceps	x	x	x	x	x	x	x	2 poses ont été nécessaires	Change- ment d'opéra- teur	x
Durée totale des efforts expulsifs	43 min	15 min	34 min	31 min	19 min	1h03	27 min	25 min	30 min	1h06
EVA au moment de l'expulsion	7/10 Algie	0	0	0	7/10 Algie	3/10	0	0	5/10 Algie	9/10 Algie

Notes : x = Aucun ; H°= Hospitalisée en pré-travail pour RPM avant passage en SDN



* = réelle algie exprimée

	Laure	Chloé	Marine	Elise	Sarah	Fabi- enne	Maud	Nadia	Hélène	Paola
Mode de Délivrance	<u>DDI- RU</u>	DDC	DDC	DDC	DDC	DDC	<u>DDC + RU</u> (pour début d' HDD)	<u>DA-RU</u>	DDC	DDC
Périnée <i>(classification française)</i>	ELD+ Déch. 1er degré	ELD	ELD	ELD	ELD+ Déch. 1er degré	ELD	ELD	ELD	ELD + Déch. 1er degré	ELD
Couleur du LA	Clair	Méco- nial	Clair	Clair	Teinté	Clair	Clair	Clair	Clair	Clair
Séparation mère-enfant	x	x	x	x	x	x	OUI (<2h)	x	OUI (<2h)	x
Retentisse- ments néonataux du forceps (marques, BSS, algie)	x	Léger bleu + BSS	Marques de forceps	BSS	x	Marques de forceps + BSS	Marques de forceps	Marques de forceps sur les joues	Marques de forceps + BSS + algie en SDN	Marques de forceps + BSS

Il n'y a pas eu de complication thromboembolique ni infectieuse en post-partum. Aucune infection materno-foetale n'a été diagnostiquée. Il n'y a pas eu non plus d'hémorragie de la délivrance, cependant **Maud** a présenté des saignements supérieurs à la normale immédiatement après la délivrance et qui ont rapidement été jugulés par les thérapeutiques de première ligne, aboutissant à une estimation des pertes sanguines totales inférieure à 500 ml.

Tous les nouveau-nés avaient un Apgar > 7 à 5 min. On note toutefois que le nouveau né de **Maud** avait un pH < 7,0 à la naissance et a très bien récupéré par la suite. Aucun nouveau-né n'a nécessité de geste de réanimation et aucun n'a présenté de lésion traumatique. Tous étaient eutrophes à l'exception du nouveau-né de **Marine** qui était macrosome.

2 patientes seulement (**Fabienne** et **Hélène**) se sont plaintes de douleurs modérées au niveau de la cicatrice de l'épisiotomie en suites de couches malgré les antalgiques.

Les issues obstétricales et néonatales des patientes de notre échantillon sont donc comparables entre elles.

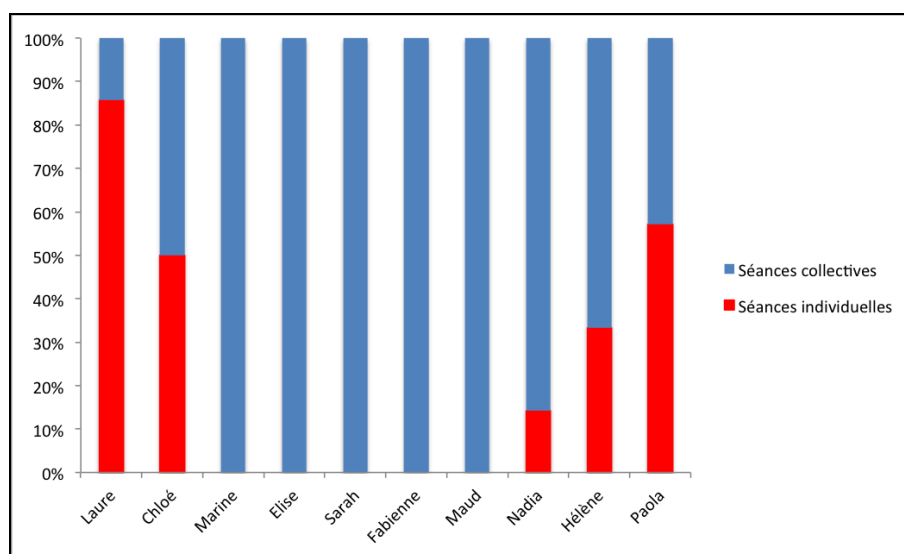
III.3. Caractéristiques des différentes PNP

III.3.a. La PNP classique

Tous les cours de préparation à la naissance se sont déroulés en libéral.

Ces séances pouvant s'organiser sous forme de séances individuelles ou collectives, l'histogramme suivant représente la part de ces dernières pour chaque patiente (sans compter l'Entretien Prénatal Précoce qui s'effectue obligatoirement en individuel (11)):

Répartition des séances collectives et individuelles



Pour les séances collectives, les groupes étaient constitués de 2 à 6 patientes.

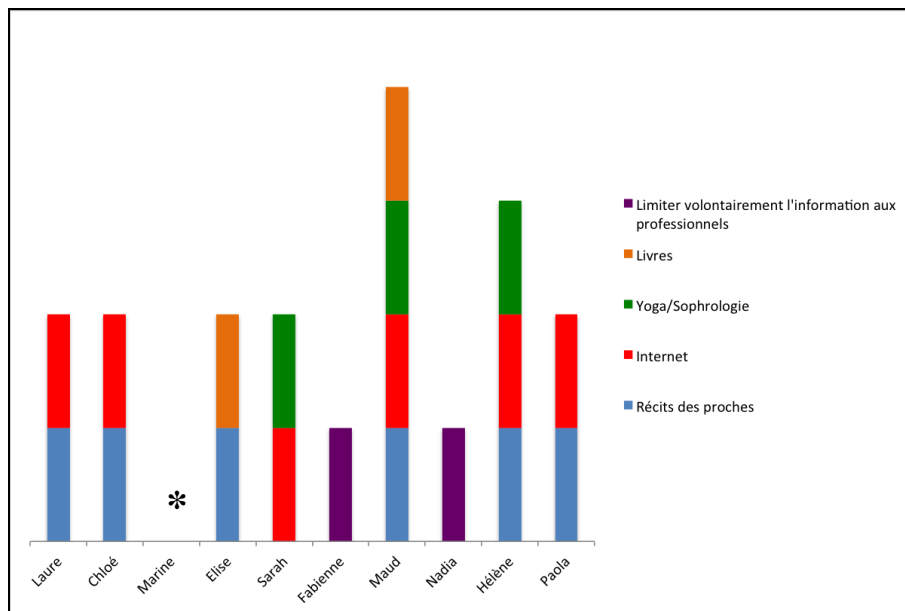
La présence des pères (aux séances individuelles et/ou collectives) n'était pas systématique:

	Laure	Chloé	Marine	Elise	Sarah	Fabi- enne	Maud	Nadia	Hélène	Paola
Présence des pères	1 séance en couple	Oui, aux séances individuelles	1 séance avec les papas	Non	Non	Oui, à certains cours	Acceptés mais non venus	1 séance de pères et 1 en couple	Non	A assisté à toutes les séances

Enfin, **Fabienne** a eu le choix de suivre certaines séances en individuel ou en collectif selon la sensibilité du sujet et **Paola** a eu le choix de 7 séances sur 15, en individuel ou en collectif.

III.3.b. Autres sources d'information pour l'accouchement (excluant celles ayant servi uniquement à la grossesse ou au post-partum)

Autres sources d'information pour l'accouchement



* **Marine** ne s'est référée à aucune autre source d'information que la PNP classique pour son accouchement (toutefois nous ne savons pas si elle a reçu de son entourage des récits sur l'accouchement) mais elle ne les a pas exclues pour autant pour répondre à d'autres interrogations ponctuelles, à d'autres besoins au cours de sa grossesse (internet et yoga).

Toutes les patientes avaient une partie de leurs séances de PNP classique consacrée à la respiration et à l'apprentissage de la poussée pour le jour de l'accouchement. Cependant 3 patientes ont approfondi cet enseignement à travers des séances de yoga et/ou de sophrologie supplémentaires comme l'illustre l'histogramme ci-dessus.

Troisième partie

RESULTATS ET DISCUSSION

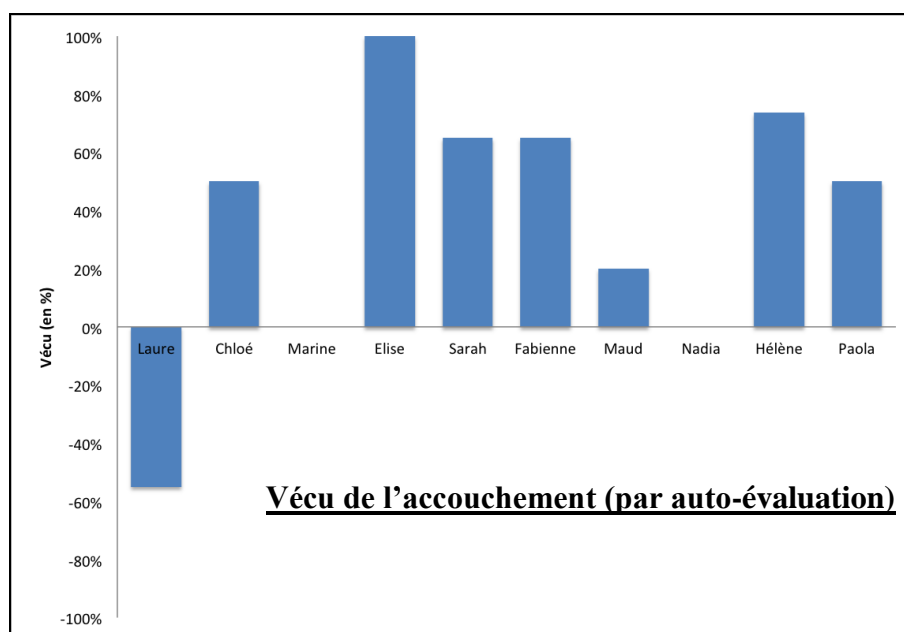
« C'est à pouvoir rencontrer l'imprévu qu'il faut être préparé et non à tout prévoir »

G. FAVEZ, *De la contestation*, 1958

I. Vécu de l'accouchement par forceps

Sur nos 10 patientes interrogées, 7 ont exprimé un vécu positif de leur accouchement, **Nadia** et **Marine** ont exprimé un vécu ni positif ni négatif et **Laure** a décrit un vécu très négatif.

Parmi les 7 patientes dont le vécu a été positif, **Elise**, **Hélène**, **Fabienne** et **Sarah** sont celles dont le vécu a été le meilleur d'après leur auto-évaluation.



Les patientes ont majoritairement employé des termes relatifs à la joie, la sécurité, la satisfaction pour décrire leur accouchement et ont spontanément souligné l'accompagnement de qualité dont elles avaient bénéficié en salle de naissance : « *bonne prise en charge* », « *encadré* », « *confortable* », « *soulagement* », « *joie* », « *heureuse fin* », « *détendue* », « *sans problème* ».

En parallèle, elles ont aussi évoqué un accouchement « *long* », « *fatigant* », « *éprouvant* », « *dur* », « *intense* » voire « *douloureux* » pour **Hélène**, **Sarah** et **Laure**.

Le caractère « long » de l'accouchement ne semble pas avoir influencé négativement leur vécu puisque sur les 6 patientes concernées, 5 ont décrit un vécu positif et 1 patiente seulement a décrit un vécu ni positif ni négatif. Toutefois l'aspect « douloureux » sera discuté plus loin.

II. Etat psychique à J2 de l'accouchement par forceps

II.1. Baby blues

Sarah et **Nadia** présentaient des symptômes de baby blues au moment de l'entretien, à savoir des difficultés de sommeil sans lien avec le bébé (« *J'ai un peu de mal à m'endormir, à lâcher prise* »), un sentiment d'incompétence maternelle et de débordement (« *Comment il faut s'en occuper, est-ce qu'il est bien, comment faire qu'il tète, qu'il maigrisse pas, que je dorme, qu'il dorme, enfin ça fait trop quoi* »), des pleurs (notamment lors de l'entretien) et une asthénie. Ces symptômes sont en accord avec ceux décrits par les Dr L. Alvarez et V. Cayol dans leur livre « *Psychologie et psychiatrie de la grossesse* » (38).

A chaque fois, les symptômes se sont manifestés suite à des difficultés liées au nouveau-né. Pour **Sarah** il s'agissait d'une perte pondérale qu'elle estimait importante dans un contexte de difficultés d'allaitement au sein et pour **Nadia** il s'agissait d'une suspicion d'infection materno-foetale qui venait tout juste d'être infirmée mais génératrice de stress.

Notre étude ne peut pas conclure quant à l'influence d'un accouchement par forceps sur la survenue d'un baby blues, toutefois nos résultats ne montrent pas d'association, ce qui rejoint les conclusions de I.J. Rowlands et M. Redshaw (1).

II.2. Lien mère-enfant

Tous les liens mère-enfant étaient bons à l'exception de **Sarah** pour qui le score de MIB s'élevait à 6. Toutefois ce résultat semble être la conséquence du manque de confiance de la patiente en ses capacités de maternage, lui même en lien avec son état émotionnel actuel (baby blues). Elle décrivait un manque d'accompagnement en suites de couches contrastant fortement avec l'accompagnement très marqué en salle de naissance, d'autant plus qu'elle s'attendait à beaucoup de soutien, étant encore à l'hôpital: « *En fait l'objectif de l'hôpital c'est de nous pousser à être autonome avec notre bébé mais c'est hyper rapide* ».

L. Alvarez et V. Cayol estiment que la rencontre avec le nouveau-né, fragile et vulnérable, impose à la jeune mère « l'exercice de sa fonction maternelle avec une intensité dépassant ses anticipations de fin de grossesse », pouvant conduire au tableau du baby blues. Quand bien même les patientes ont pu bénéficier d'une préparation à la naissance abordant la rencontre avec l'enfant, il est nécessaire d'accompagner les femmes au moment de cette transition, ces deux approches étant complémentaires.

II.3. Stress aigu

Aucune patiente n'a présenté de stress aigu à J2, cependant **Hélène** semble avoir vécu un accouchement traumatogène et dont le potentiel traumatique aurait été maîtrisé par l'anticipation anténatale et l'accompagnement en salle de naissance.

Premièrement, elle dit entendre son bébé pleurer la nuit alors qu'il ne pleure pas (« *Il pleure pas mais moi je l'entends dans ma tête. Je crois que je suis un peu angoissée. La première nuit je me suis réveillée tous les quarts d'heure pour voir si il respirait, j'avais trop peur qu'il...* »). Elle reconnaît qu'elle est probablement angoissée, mais plus encore il s'agit ici d'une angoisse de mort vis à vis de son bébé pouvant être consécutive à l'accouchement car elle décrit ce dernier comme « *violent* » et évoque à plusieurs reprises la « *souffrance du bébé* » au cours du travail et de l'accouchement. Toutefois ces angoisses peuvent aussi traduire un baby blues latent car ce dernier peut se manifester par une grande sensibilité aux signaux en provenance du bébé et une pré-occupation pour son bien être pouvant aller jusqu'aux angoisses de mort d'après L. Alvarez et V. Cayol (38).

Enfin lorsqu'elle dit : « *Au début j'ai trouvé qu'il faisait un peu des cauchemars mais là franchement je pense que c'est bon. (...) Parce que quand il dormait il avait des spasmes, il criait un peu, enfin il avait le visage super fermé, super triste. Maintenant quand il dort il est beaucoup plus paisible (...) Moi je pensais qu'il revivait l'accouchement quoi, enfin le stress et l'accouchement* », on en déduit qu'elle considère l'accouchement comme une source potentielle de cauchemars. On peut à juste titre se demander si elle n'a pas fait elle-même des cauchemars sur son propre accouchement ? Toutefois elle trouvait son bébé plus paisible au moment de l'entretien et je l'ai sentie sereine, laissant supposer que si l'accouchement avait été source de stress, les symptômes s'atténueraient déjà à J2.

Par ailleurs, elle me confia qu'elle avait très peur de l'accouchement et a suggéré que c'était pour cette raison que son col ne s'ouvrait pas : « *c'était mes angoisses d'avant je pense* » ; et afin de pallier à ses peurs elle a renforcé sa préparation à la naissance par des cours de yoga et de sophrologie, par des lectures diverses et des récits d'accouchement. D'après elle c'est le yoga qui l'a le plus aidée, notamment pour s'évader lorsque l'accouchement s'est compliqué tout en restant active pour aider l'opérateur pendant le forceps. Quand bien même l'accouchement a été plus éprouvant encore que ce qu'elle aurait imaginé, il semblerait que la préparation d'**Hélène** lui ait fourni les amortisseurs psychiques nécessaires pour ne pas rendre cet événement traumatisant.

III. Facteurs perinataux différents du forceps et postnatux influençant le vécu

Nous allons analyser dans un premier temps les facteurs parallèles au forceps en lui-même et à l'information anténatale pouvant influencer le vécu d'un tel accouchement, afin de pouvoir dans un second temps se concentrer pleinement et sans ambiguïté sur les concepts au centre de notre travail.

Par ailleurs, les points suivants illustrent l'apport de la PNP dans sa globalité pour appréhender chaque étape de l'accouchement et ses obstacles.

III.1. La douleur

La présence d'une analgésie péridurale faisait partie de nos critères d'inclusion afin de s'affranchir du caractère douloureux qui pourrait influencer le vécu de l'accouchement. Malgré nos précautions, 5 patientes avaient une EVA ≥ 3 au moment des efforts expulsifs dont 4 qui décrivaient une réelle algie. Parmi ces 4 patientes, 3 ont spontanément décrit leur accouchement comme ayant été douloureux. **Paola** ne l'a pas décrit comme tel car la douleur a été brève suite à un défaut d'analgésie rapidement pris en charge. Quant à **Hélène, Sarah** et **Laure**, cette douleur a duré plus longtemps et a été influencée par l'environnement, l'état de fatigue ainsi que les impressions maternelles :

Hélène : « *J'ai eu mal mais surtout j'étais épuisée, enfin j'avais une autre douleur quoi. J'avais mal à la tête, j'avais super soif parce qu'on n'a pas le droit de boire, j'avais vraiment méga soif* »

Sarah : « *J'avais mal global (...) en fait j pense que j'ai eu mal et en même temps j'étais un peu paniquée aussi des sensations, c'était pas du tout la même douleur que j'ai eu pendant le travail chez moi* »

Laure : « *J'ai vraiment eu mal quand elle a fait entrer les forceps et qu'il y avait trop de mains, trop de forceps, enfin de trop de trucs à la fois, là j'ai eu mal vraiment (...) J crois que que ça vient du fait que tout le monde autour est un petit peu stressé. Les personnes étaient nombreuses, elles étaient 5 ou 6. Et quand on voit l'ustensile aussi ça fait peur, donc il y a aussi une partie d'émotions autour* »

Les vécus d'**Hélène** et de **Sarah** sont positifs tandis que le vécu de l'accouchement de **Laure** est négatif. On en vient alors à se demander si la perception douloureuse de l'accouchement a pu influencer le vécu de ce dernier ?

La différence majeure entre ces deux groupes s'est jouée dans le rapport à la douleur, à savoir la façon de l'appréhender et ce à quoi elle renvoyait.

Tout d'abord, **Hélène** et **Sarah** n'étaient initialement pas opposées à l'idée d'accoucher sans péridurale, à tel point qu'**Hélène** a mené sa préparation à la naissance avec cet objectif. **Sarah** avait été quant à elle en partie dissuadée (« *On m'avait dit "mais vous savez, pas de péridurale, il faut vraiment se préparer mentalement quoi, ça demande un vrai travail"* »), cependant elle a complété sa PNP par des séances de yoga où elle a principalement appris à se concentrer sur sa respiration, rejoignant **Hélène** sur ce point.

Sarah précise que pour elle « *la douleur n'était pas synonyme de "je vais mourir" ou "le bébé va mal"* », traduisant le fait que l'interprétation de cette douleur, le sens qu'elle a pour nous peut être déterminant. Finalement, c'est la péridurale qui l'aura le plus perturbée en altérant ses sensations, c'est pourquoi elle a volontairement peu dosé son analgésie : « *J'ai eu super mal donc j'étais contente, enfin j'ai pas du tout eu le sentiment que ça s'passait sans moi* ».

Quant à **Laure**, elle a toujours souhaité une péridurale « *pour ne pas avoir mal* » et a été très marquée par la douleur des contractions devant lesquelles elle s'est trouvée démunie. On ressent d'ailleurs dans son discours que la douleur perçue et amplifiée par l'ambiance stressante dans la salle au moment du forceps (« *il y a du monde* », « *tout le monde est un petit peu stressé* », « *quand on voit l'ustensile ça fait peur* », « *beaucoup de sang* », « *quand elle a placé le matériel j'ai vraiment eu très mal, j'ai eu un cri de douleur. Elle m'a engueulée comme un gendarme* »), a réveillé des angoisses de mort car elle retiendra de cette expérience qu'elle a « *été sauvée par des nanas qui connaissaient trop bien leur job* ».

Ainsi il semblerait que ce n'est pas tant la douleur en elle-même qui a influencé le vécu de leur accouchement mais la façon dont les patientes ont intégré cette douleur.

La PNP a tout à fait un rôle à jouer pour limiter l'impact de la douleur en fournissant des clés pour sa gestion mais aussi en lui donnant du sens. Quand on comprend que c'est « normal », on vit la douleur différemment, d'autant plus lorsque cette douleur est limitée dans le temps en plus d'être associée à un événement heureux, à savoir la naissance de son enfant, à l'opposé de la douleur associée à la maladie.

Laure (en pré-travail) : « *Je pensais pas qu'une contraction pouvait être aussi douloureuse, à un moment je me suis vraiment inquiétée en me disant "c'est pas normal, il y a quelque chose qui va vraiment mal" et je me suis souvenue avoir lu qu'une contraction ça pouvait être l'équivalent de 40 fractures en même temps (...) ça m'a rassurée parce que c'est ce que je ressentais* »

L'histoire de **Laure** illustre les conclusions de V. Mulot et de la revue de la littérature sur l'état de stress post-traumatique suite à un accouchement classique publiée en 2009, comme quoi le geste douloureux et surtout la perception que l'on a de cette douleur est un facteur prédictif de mauvais vécu de l'extraction instrumentale (2)(20).

III.2. La perte de contrôle

3 patientes ont éprouvé des sensations de perte de contrôle au moment des efforts expulsifs. Toutes les 3 ont été algiques au moment de l'accouchement.

Sarah était perturbée par les sensations étrangères et inattendues qu'elle a ressenties. Elle n'a pas su discriminer tout ce qu'elle ressentait et décrivait une EVA à 7/10 au moment des efforts expulsifs. A savoir que **Sarah** a bénéficié d'une rachi-péridurale combinée devant l'avancée rapide de son travail et a très mal vécu le fait de ne plus rien ressentir secondairement. Se sentant inactive, elle a donc volontairement peu dosé son analgésie, sans regret toutefois (« *J'ai eu super mal donc j'étais contente, enfin j'ai pas du tout eu le sentiment que ça s'passait sans moi* »). Au delà de cette perte partielle de sensations, elle décrit avoir été perturbée par celles que produit le fœtus lorsqu'il appuie sur le rectum, responsable d'une envie d'aller à la selle: « *C'était douloureux et perturbant, j'étais perdue, du coup je me contrôlais pas très bien (...) J'avais l'impression de faire caca du bébé, et je m'y étais pas préparée* ».

Elle reconnaît avoir été dans tous ses états mais avoir malgré tout réussi à pousser correctement grâce au soutien de l'équipe et à la communication avec cette dernière, ainsi que grâce aux cours de PNP: « *Sur l'effort d'expulsion, ça j'l'avais préparé et apparemment j'ai bien fait ce qu'il fallait faire et c'était pas difficile. C'est sur les sensations, c'était très bizarre quoi (...) Il y avait quand même 4 personnes plus le médecin puisque j'avais les forceps, et du coup moi j'étais concentrée sur ce qu'il fallait que je fasse et ils me guidaient, donc même si j'étais un peu dans tous mes états, ça allait quoi* ».

Paola quant à elle a décrit une perte de contrôle à l'occasion d'un pic aigu de douleur transitoire lors des efforts expulsifs (EVA à 9/10, rapidement pris en charge par l'anesthésiste). A ce moment là elle n'arrivait plus à rien, surprise par cette douleur intense alors qu'elle était sous analgésie péridurale : « *A un moment donné je pouvais même plus pousser en fait, j'avais trop mal. J'arrivais plus à rien quoi. (...) C'est revenu d'un coup et trop et puis quand tu t'y attends pas...* ».

Sarah et **Paola** ont décrit un vécu de leur accouchement très positif. A l'inverse, notre 3e patiente concernée, **Laure**, a décrit un vécu très négatif de son accouchement.

Laure a perdu le contrôle tout en restant vigilante à ce que l'équipe lui demandait et à ce qui se passait autour d'elle. Toutefois elle évoque beaucoup « *trop* » d'intervenants « *stressés* », « *beaucoup de sang* », « *trop de mains, trop de forceps, trop de trucs à la fois* ». On sent dans son discours qu'elle a été dépassée par les événements et elle déclare: « *J'avais très peur pour elle, très très peur. J'étais très concentrée pour rester efficace, parce que j'avais l'impression que j'allais m'évanouir et j'me disais "si je m'évanouis je serais encore moins efficace pour le travail". Parce qu'on voyait beaucoup de rouge, on voyait le sang. Essayer de rester apte à aider l'équipe pour soulager la petite* ».

Non seulement **Laure** a décrit une douleur persistante au moment des efforts expulsifs dont l'intensité a augmentée au moment de la pose du forceps (EVA à 7/10), influencée par une ambiance stressante, mais aussi elle s'est retrouvée confrontée à des angoisses de morbi-mortalité pour elle et pour son bébé.

Malgré une préparation à la naissance elle s'est laissée déborder par les émotions et c'est l'accompagnement des sages-femmes le jour J qui l'aura principalement aidée à s'apaiser.

La douleur peut conduire à une perte de contrôle, cela a été le cas de **Laure** mais aussi de **Paola**, sauf que dans le cas de **Paola** elle s'est avérée très brève et n'a pas perturbé davantage le cours des événements. **Laure** retiendra d'ailleurs de son accouchement principalement cette douleur « *hyper violente* » des contractions et pense approfondir sa préparation en terme de gestion de la douleur si prochaine grossesse il y a.

Les Dr L. Alvarez et V. Cayol (38) expliquent que « les douleurs de l'enfantement peuvent être intenses et faire perdre à la parturiente la perception de ses limites corporelles »

conduisant alors à une attaque de l'image du « moi corporel » et donnant une coloration d'angoisse et d'étrangeté à l'expérience de l'accouchement. « Le passage par la filière génitale peut se transformer en une épreuve insurmontable et la naissance être ressentie comme un soulagement et comme une vidange de l'intérieur du corps ». Par ailleurs la sortie du bébé peut être perçue comme « la perte d'une partie du corps propre » et « les saignements l'accompagnant peuvent venir majorer cette impression de déperdition de la substance vitale ».

Au delà de l'intensité et de la durée de la douleur, la perception de cette dernière va conditionner son vécu et la perte de contrôle éventuelle. C'est pourquoi **Sarah** a un vécu plus positif que **Laure**.

Il semblerait donc que ce soit davantage la perception négative de la douleur responsable d'une perte de contrôle prolongée et associée à des angoisses de morbi-mortalité, qui puisse être responsable d'un mauvais vécu de l'accouchement.

III.3. L'accompagnement en salle de naissance

Toutes les patientes avaient confiance en l'équipe et se sont senties soutenues par les professionnels de santé qui les ont pris en charge en salle de naissance :

***Elise:** « C'est vraiment la sage-femme qui a rendu l'accouchement super, c'était grâce à elle », « La présence continue de la sage-femme qui a été adorable »*

***Hélène:** « La sage-femme était géniale, son visage et tout, ça m'a vachement aidée », « Je leur faisais confiance »*

***Fabienne:** « La salle de naissance c'est un cocon dans lequel on vous met avec tout plein de gens qui sont autour de vous, qui sont à l'écoute pour vous aider, ça change vraiment la vie »*

***Chloé:** « J'me suis laissée guider parce que j'avais confiance en l'équipe »*

***Laure:** « Ce qui m'a beaucoup soulagée, c'est qu'on me parle, qu'on me touche »*

La sage-femme est souvent citée comme étant le pilier de cet accompagnement, en contraste parfois avec une approche plus distante voire plus autoritaire du médecin qui intervient au

moment du forceps comme cela a été le cas pour **Laure** et **Fabienne**. Toutefois il semblerait que ces deux approches soient complémentaires:

Laure: « Elle est entrée comme un boulet de canon avec son matériel. Elle était dans un état de concentration incroyable, on dirait qu'elle passait le bac. Elle donnait des directives aux gens. Et puis à un moment quand elle a placé le matériel j'ai vraiment eu très mal, j'ai eu un cri de douleur. Elle m'a engueulée comme un gendarme. J'ai l'impression qu'elle voyait juste son périmètre d'intervention, sans voir que derrière il y avait une personne. Après bizarrement, c'est presque rassurant. Parce que ça fait vraiment la nana qui connaît son affaire, qui n'est pas du tout perturbée par la situation »

Fabienne: « Les médecins se sont fermés dans une bulle, surtout le chef de service et l'interne, ils se sont complètement fermés dans une bulle et ils se sont concentrés sur ce qu'ils avaient à faire, qui à mon avis n'est pas simple. Du coup c'est les sages femmes qui géraient la relation entre guillemets avec moi »

Toutes étaient accompagnées par le père de l'enfant à naître et toutes se sont senties soutenues par ce dernier à l'exception de **Sarah**. Toutefois elle n'attendait pas davantage de lui et a été au contraire agréablement surprise par son comportement qu'elle a jugé adéquat.

Toutes ont reçu des explications suffisantes au moment du forceps :

Fabienne: « Des gens compétents qui vous accompagnent, qui vous expliquent ce qu'ils font sans vous dire non plus tout », une équipe « à l'écoute de la mère et du bébé »

Marine: « Quand c'est expliqué c'est mieux. On a peur quand même mais au moins on sait où on va »

Au delà de l'explication de l'indication du forceps, il convenait de laisser la patiente au centre de l'action en insistant sur le fait que ce n'était qu'« une aide »:

Elise: « Ca va pas faire mal au bébé, ça va juste l'aider à sortir », « C'est à vous de jouer, il faut bien pousser pour qu'il sorte avec le forceps »

Paola: « Ils m'avaient fait toucher la tête du bébé, il était à ça, c'était juste une petite aide »

Toutefois **Sarah** a considéré avec le recul qu'elle aurait pu recevoir davantage d'explications avant le geste. En effet elle savait qu'il fallait accélérer la naissance mais n'en connaissait pas la raison exacte. L'indication du forceps ayant été posée dans l'urgence (dans un contexte d'anomalies du rythme cardiaque foetal), les explications ont pu être en effet limitées ou alors la patiente elle-même n'a pas été attentive à toutes les explications fournies, d'autant plus qu'à ce moment là elle était concentrée sur la gestion difficile de ses émotions et de ses sensations qu'elle décrivait comme « *perturbantes* ».

A travers sa thèse, V. Mulot (2) concluait que les interactions avec les professionnels et l'accompagnement en salle de naissance peuvent influencer le vécu de l'extraction instrumentale. Si dans notre étude toutes ont exprimé avoir bénéficié d'un soutien de qualité en salle de naissance, 3 patientes (**Laure, Nadia** et **Paola**) sur les 4 hospitalisées pour rupture prématurée des membranes, ont estimé que le soutien de l'équipe en pré-travail avait fait défaut, décrivant par la suite un mauvais vécu de cette étape, plus marquante que l'accouchement en lui-même pour **Laure** et **Nadia**. A l'inverse, la 4^e patiente hospitalisée en pré-travail, **Fabienne**, a déclaré s'être sentie entourée, en sécurité et préférerait avoir vécu cette étape à la maternité plutôt que seule chez elle. Ces observations renforcent alors les conclusions de V. Mulot.

A noter que **Laure** et **Nadia** ont aussi éprouvé des difficultés de gestion de la douleur de leurs contractions à l'opposé de **Fabienne** et **Paola**. La douleur vient à son tour influencer le vécu de cette étape, mais la perception de la douleur diffère lorsque nous sommes accompagnés et informés des étapes à venir :

Nadia: « C'est surtout cette phase justement où on est un petit peu face à sa douleur et y a personne. Donc là c'était un peu long »

Paola: « On savait pas ce qu'on faisait là, combien de temps il restait (...) Je comprenais pas trop comment ça marchait. Et après finalement on a discuté avec une infirmière qui était un peu plus dispo que les autres et elle nous a rassurés, elle nous a expliqué un peu comment ça marchait (...) T'as l'impression d'être toute seule à galérer et là effectivement elles nous a dit qu'il y avait plein de femmes pareilles que moi qui étaient au même stade mais qu'on voit pas parce que chacun est dans sa chambre, on entend rien. Et là, c'est vrai que de savoir que t'es pas tout seul ... A partir du moment où tu te dis "ça va", c'est mieux »

III.4. L'ambiance autour de la parturiente

V. Mulot (2) concluait que l'ambiance qui règne dans la salle de naissance peut influencer le vécu de l'extraction instrumentale. Pour la moitié des patientes de notre échantillon, le forceps s'est effectué dans de bonnes conditions, avec une anticipation du geste, une équipe rassurante, une bonne communication avec les professionnels, et bien qu'il y ait eu du monde dans la salle au moment du forceps (5 à 6 personnes en moyenne), cette intrusion était tolérée car chacun savait rester à sa place avec son rôle propre.

Pour l'accouchement de **Paola** les sages-femmes ont fait quelques blagues fortement appréciées par le couple qui ont interprété cette pointe d'humour comme le signe que la situation n'était pas si catastrophique: « *Les sages-femmes ont fait des blagues, elles se charriaient entre elles pendant qu'on était en forceps, et ça ça fait beaucoup de bien en fait. Des petites inside joke d'hôpital, j'ai pas compris. Mais en tout cas, ça rassure, on se dit "bon, ça va" »*.

A noter que parmi ces 5 patientes, **Elise**, **Fabienne** et **Paola** ont eu un forceps pour non progression du mobile foetal, **Chloé** et **Nadia** quant à elle ont eu un forceps pour anomalies du rythme cardiaque foetal. Toutes ont eu un vécu très positif de leur accouchement à l'exception de **Nadia** qui a eu un vécu ni positif ni négatif :

Elise: « J'étais préparée par l'étudiante sage-femme tout le long, donc ça m'a pas posé problème »

Fabienne: « C'est impressionnant, vous avez 10 personnes qui gravitent autour de vous (...) Le fait qu'il y ait du monde c'était pas gênant parce que chacun savait rester à sa place aussi. C'est pas non plus tout le monde regarde »

« Très bon vécu parce que la douleur était gérée, parce que la sage-femme et l'étudiante sage-femme à côté de moi ont été là pour accompagner la chose : "ça va il arrive, vous inquiétez pas, c'est bon il sort, concentrez-vous vous allez le sentir bouger, sortir de vous, et regardez il arrive". Tout ça c'est des messages qui accompagnent le geste douloureux qui est en train de se passer de l'autre côté en fait. Et puis après quand vous voyez votre bébé sur vous et qu'il pleure et que tout va bien... »

Nadia: « Je me sentais vraiment très bien encadrée donc j'ai pas eu spécialement peur. Plus pour lui mais bon après je voyais qu'ils avaient quand même la situation en main et que s'il y

avait quoi que ce soit ce serait une césarienne. De toutes façons ils auraient pas pris de risque, et ça ils m'ont bien fait comprendre qu'ils prendraient pas de risque »

Pour les 5 autres patientes, l'ambiance était un peu moins favorable, d'autant plus pour **Hélène** et **Laure** pour qui les conditions étaient les plus défavorables.

Toutes ont eu un forceps pour anomalies du rythme cardiaque foetal, associées à une non progression du mobile foetal dans le cas de **Laure**.

Globalement la communication avec l'équipe était bonne ainsi que la confiance que les patientes avaient en elle mais les évènements se sont enchainés rapidement avec un geste qui s'est effectué dans un contexte d'urgence à risque d'acidose foetale. Pour **Hélène** et **Laure** les intervenants et/ou le conjoint autour étaient perçus comme « *stressés* » et elles ont spontanément parlé de « *souffrance foetale* ». Enfin, **Laure** a aussi été marquée par la vue du sang en forte quantité et pour **Hélène** l'interne a été relayée par le chef, donnant l'impression d'un geste difficile.

Elles décrivent ainsi une ambiance plus anxiogène, plus électrique et toutes sauf **Sarah** reconnaissent avoir eu peur pour leur bébé. Plus encore, **Laure** considère que l'équipe l'a « *sauvée* ». On retrouve alors des angoisses de morbi-mortalité pour l'enfant voire pour la mère favorisées par l'urgence et le stress qu'il engendre aussi bien chez la femme que chez les intervenants et l'accompagnant.

Par ailleurs, rappelons que **Laure** était très algique au moment du forceps, ce qu'elle a particulièrement mal vécu, et **Sarah** quant à elle avait des sensations étranges qu'elle avait du mal à définir et qui l'ont beaucoup perturbée au moment du forceps. L'étrangeté des sensations et la douleur perçue viennent s'ajouter à ce tableau et renforcer les angoisses de morbi-mortalité que l'accouchement peut favoriser.

Enfin, les vécus de l'accouchement sont assez partagés dans ce groupe, avec des vécus très positifs pour **Hélène** et **Sarah**, un vécu faiblement positif pour **Maud**, un vécu ni positif ni négatif pour **Marine** et un vécu très négatif pour **Laure** :

Maud: « *C'était pas agréable et je m'inquiétais pour elle (...) sans la péridurale ça aurait été la torture vraiment »*

Marine: « *On m'a bien expliqué et les sages-femmes ont essayé d'anticiper les problèmes qu'il y a eu. Quand c'est expliqué c'est mieux, on a peur quand même mais au moins on sait où on va », « Il supportait pas les contractions donc après au test ils ont vu qu'il avait pas beaucoup d'oxygène en réserve et donc il fallait aller vite. Tout s'est enchainé très vite et moi*

les poussées j'avais l'impression qu'elles étaient pas très efficaces et entre deux poussées à chaque fois il remontait dans le col donc du coup j'avais l'impression de pas avancer. J'l'attendais un peu le forceps », « J'trouve que c'est violent quand même. Ca m'a soulagée, ça l'a libéré mais c'est violent quoi »

Hélène: *« Sur le moment, je pense vraiment que la sophrologie et le yoga m'ont aidée, j'étais un peu en trans, enfin j'étais un peu en dehors de moi-même. Et puis j'voulais pas penser à la souffrance du bébé, à mon copain qui était super mais qui stressait vachement à côté », « En fait j'ai eu un petit peu peur mais j'étais beaucoup autre part, mais j'ai eu peur quand même quand il lui a pris les forceps des mains et qu'il a commencé à tirer parce que je me suis dit "ha oui là elle s'en sort pas, enfin ça va être chaud quoi" »*

Laure: *« A un moment elle a dit "le bébé souffre, il va falloir le soulager rapidement" (...) Ca a été très vite, très très vite la décision. D'ailleurs elle est à peine sortie appeler l'interne qu'elles étaient revenues ensemble, ça a été très rapide », « Tout le monde est un petit peu stressé, nombreux », « Quand on voit l'ustensile ça fait peur », « J'avais très peur pour la petite, qu'elle souffre, j'pensais vraiment à ça, à sa souffrance », « J'étais très concentrée pour rester efficace, parce que j'avais l'impression que j'allais m'évanouir et j'me disais "si j'm'évanouis je serais encore moins efficace pour le travail". Parce qu'on voyait beaucoup de rouge, on voyait le sang. Essayer de rester apte à aider l'équipe pour soulager la petite »*

A noter que si **Hélène** ne dit pas avoir été sauvée, elle emploie tout de même ce terme en parlant du médecin, alors qu'aucune autre patiente ne l'a employé à l'exception de **Laure**:

Hélène: *« Il m'a sauvé l'accouchement »*

Laure: *« J'ai été sauvée par des nanas qui connaissaient trop bien leur job »*

Il semblerait alors que l'ambiance telle qu'elle est perçue et ressentie par les patientes influence le vécu de l'accouchement. Plus les patientes perçoivent le stress et l'urgence, moins le vécu de l'accouchement est positif.

Par ailleurs l'indication du forceps et notamment la façon dont les patientes la perçoivent, semble avoir influencé à son tour les vécus puisque ces derniers sont moins positifs dans un contexte d'anomalies du rythme cardiaque foetal et d'autant plus lorsque les événements se sont enchainés rapidement avec la crainte d'une souffrance foetale.

On remarque alors que pour **Hélène** la préparation par le yoga a été une aide précieuse au moment de l'accouchement et notamment du forceps. D'autant plus que malgré une ambiance très défavorable, elle a déclaré avoir vécu positivement son accouchement, alors que **Laure** qui décrivait une ambiance aussi critique a eu à l'inverse un vécu très négatif de ce dernier (sachant qu'elle n'a pas eu recours au yoga). Par ailleurs les deux femmes ont été algiques au moment de l'accouchement mais ont appréhendé la douleur différemment. Il semblerait que la préparation d'**Hélène** ait eu un impact positif dans ce sens.

La PNP classique, à son tour, a pu être une ressource pour faire face à cette ambiance particulière. Par exemple, **Sarah** a trouvé qu'il y avait beaucoup de monde au moment de son accouchement, toutefois elle avait pu l'anticiper grâce à la PNP, tout comme elle avait pu anticiper le forceps. On retrouve la même idée avec **Fabienne**:

***Sarah:** « Ils étaient 4 quand même, ça fait beaucoup. Mais bon, c'est pareil j'étais pas trop surprise parce qu'on m'avait dit que c'était très médicalisé », « On m'avait bien expliqué à quoi ça servait le forceps, donc j'étais pas du tout... »*

***Fabienne:** « Tout le monde s'était bien présenté, ça c'était appréciable aussi parce que dans le cadre des cours par exemple elle nous avait bien expliqué tous les gens qu'il pouvait y avoir et du coup j'arrivais à peu près à mettre le rôle de chacun (...) C'est bien qu'on arrive à identifier qui va gérer la douleur, qui va vous aider, qui va être là si il y a un problème, le rôle de l'infirmière etc »*

Toutefois cette dernière peut aussi être délétère :

***Laure:** « La sage femme en préparation à l'accouchement, elle nous a beaucoup expliqué la souffrance foetale. Elle nous a expliqué que quand parfois les contractions étaient trop fortes ça pouvait les déranger et faire baisser le rythme cardiaque ou faire qu'il soit trop élevé. Elle a passé beaucoup de temps sur ça, et du coup j'pensais à ça en me disant "il faut vite soulager, il faut vite faire le maximum pour que la souffrance foetale ne dure pas trop longtemps"»*

S'il faut informer sur les complications, il faut aussi rassurer en trouvant un juste équilibre. Par ailleurs le terme de « souffrance foetale » est anxiogène et sujet à de mauvaises interprétations.

III.5. Les complications maternelles

III.5.a. Les atteintes périnéales

Aucune n'a eu de déchirure du 2e ou du 3e degré et toutes ont eu une épisiotomie associée au forceps, majoritairement bien appréhendée ou du moins bien acceptée par les patientes, à l'exception de **Laure** et de **Maud**:

Laure: « Et 7 points... moi qui voulais pas avoir d'épisio »

Maud: « Je savais pas qu'on m'avait fait une épisio pendant l'utilisation des forceps, on me l'a dit après. C'était une bonne idée de ne pas me le dire, ils avaient raison (...) J'étais prête pour une déchirure, le mot "épisiotomie" m'effraie un petit peu, je crois parce qu'on parle souvent du fait qu'on faisait des épisiotomies pendant les années 70, mais là on essaye de les utiliser moins donc dans ma tête c'est un concept un peu démodé mais je sais que c'est toujours nécessaire ces jours-ci quand il y a un problème, il faut juste que je change de manière de réfléchir »

Hélène: « C'était un peu violent l'accouchement, c'était avec forceps, ils m'ont fait une épisio, ça s'est déchiré en plus, enfin c'est.. voilà. Mais finalement moi je m'en fiche, je suis contente, parce que maintenant il est bien »

D'en avoir parlé en cours de PNP semble avoir été bénéfique, et quand bien même **Nadia** l'appréhendait, au final elle n'a pas été marquée par l'épisiotomie:

Chloé: « Moi j'étais beaucoup plus focalisée par exemple sur l'épisio que sur ça, donc elle nous avait dit que de toutes façons quand on utilisait ce genre d'instruments, automatiquement il y avait une épisio. Mais c'était bien de savoir ça. Par exemple ils m'ont pas dit qu'ils allaient me faire une épisio et quand ils m'ont dit "forceps" j'ai dit "donc épisio", ils m'ont dit "oui". Moi mentalement je m'étais préparée quoi »

Sarah: « Sur l'épisiotomie elle nous avait bien montré en quoi c'était mieux d'avoir une déchirure contrôlée qu'un truc pas maîtrisé quoi. Enfin ce que je veux dire c'est que c'était pas inquiétant »

Nadia: « *J'me suis imaginée le pire entre parenthèses, dans le sens où je vais avoir mal, je vais avoir l'épisio, mais je me suis préparée à tout ça. Après les douleurs on n'est jamais préparé, ça c'est ... et l'épisio, bah finalement c'était ma plus grosse appréhension alors qu'au final c'est rien du tout. Ca tire un peu après mais c'est tout* »

III.5.b. La révision utérine

3 patientes ont eu une révision utérine mais aucune n'a eu d'hémorragie de la délivrance. Toutefois **Maud** a présenté des saignements supérieurs à la normale immédiatement après l'accouchement et a été prise en charge par les thérapeutiques de première intention d'après l'algorithme de prise en charge de l'hémorragie de la délivrance.

Toutes les 3 en ont parlé spontanément : **Maud** savait qu'elle pouvait saigner mais n'en connaissait pas les mécanismes, elle déclare d'ailleurs avoir été dans l'incompréhension de ce qu'il se passait. **Nadia** n'a pas été marquée spécifiquement par ce geste qu'elle met au même niveau que la rotation manuelle, le forceps et l'épisiotomie, derrière les contractions du pré-travail. Quant à **Laure**, ce geste est venu renforcer son vécu négatif de l'accouchement.

Enfin, toutes en avait entendu parler en cours de PNP.

Maud: « *J'ai pas vraiment compris pourquoi ça prenait aussi longtemps, déjà pour recoudre ça a pris longtemps, et mon utérus ne contractait pas, donc le massage... J'avais jamais entendu parler de l'idée que l'utérus devait se contracter immédiatement après* »

Nadia: « *On a été prévenu pendant les cours de préparation à la naissance de tout ce qui pouvait se passer. On a retourné le bébé, on a été chercher mon placenta. J'ai eu tous les trucs sympas* »

Laure: « *Y a un autre truc qui m'a fait peur aussi, c'est quand elle a sorti le placenta et qu'elle a vu qu'il était pas complet et qu'il fallait aller chercher ce qu'il restait. J'me suis dit "encore une manipulation hyper désagréable, après tout ce qui s'est passé" », « L'histoire du placenta pas complet, je l'ai appris en cours de préparation (...) au moins là je savais pourquoi elle repartait. Et puis j'ai compris ce que c'était un placenta parce que pour moi le placenta c'est une poche transparente, toute jolie, toute propre... j'ai appris aux cours que c'était un gros morceau de foie* »

Aucune n'a eu un vécu très positif de l'accouchement, soit il était légèrement positif, soit ni positif ni négatif, soit très négatif.

Ce type de complications pourrait donc influencer le vécu de l'accouchement. Ces observations vont dans le sens des Dr L. Alvarez et V. Cayol (38) qui déclarent que la survenue de complications imprévues (ARCF, forceps, RU, HDD, césarienne en urgence) viennent « éprouver davantage une femme déjà fortement sollicitée dans ses capacités d'adaptation » et que ces événements ont une « potentialité traumatique indépendamment de leur issue fréquemment bénigne sur le plan strictement médical ».

Il semble que d'en avoir entendu parler en cours de PNP ait été apprécié par les patientes, toutefois ce geste reste désagréable, parfois douloureux et vient teinter de rouge l'heureux événement.

III.6. Le débriefing postnatal

4 patientes ont bénéficié d'un débriefing postnatal, à savoir qu'un des professionnels présents au moment de l'accouchement (en général il s'agit du praticien qui a effectué le forceps ou de la sage-femme qui a suivi le travail) a pris le temps de re-discuter de l'accouchement avec la patiente et de répondre à d'éventuelles questions.

Globalement la démarche a été très appréciée. Pour certaines elle a permis de clarifier des points restés flous, pour d'autres elle a juste donné la sensation qu'on s'intéressait vraiment à elles et c'est l'approche humanisante qui a été appréciée.

On retrouve des vécus très différents de l'accouchement, allant du vécu très négatif au vécu le plus positif exprimé.

***Laure:** « J'étais soulagée qu'on prenne le temps de prendre en considération ma douleur et mon état »*

***Nadia:** « C'est plus le côté humain que j'ai apprécié »*

***Elise:** « C'est agréable, on se dit qu'on n'est pas une parmi tant d'autres et qu'ils s'intéressent vraiment »*

***Fabienne:** « Quand je suis remontée en chambre je savais pas que j'avais eu une épisiotomie. J'mettais même pas rendu compte qu'elle avait recousu. Que quelqu'un vienne un peu plus vous expliquer comment ça s'est passé, vous remettez un peu plus le fil de l'histoire et puis du*

coup ça gomme les mauvais moments et ça garde que les bons en fait (...) C'est important pour pas laisser des choses dans les têtes des gens. J'vois mon conjoint qui a vu les instruments et la façon dont ils ont sorti le bébé, ça lui a fait du bien d'en reparler avec la personne qui l'a fait. Juste pour être sûr qu'il n'y a rien qui reste derrière de traumatique dans la tête de la maman, du papa »

Parmi les patientes qui n'ont pas eu de débriefing, **Paola** a tout de même posé quelques questions à la sage-femme de suites de couches sur la forme du forceps et a déclaré ne pas spécialement vouloir débriefer avec le médecin qui l'avait pratiqué; **Maud** a exprimé son incompréhension devant la prise en charge du post-partum immédiat et **Hélène** a reconnu à la fin de l'entretien que ça l'avait « aidé » de parler avec moi: « *Quand on parle avec des proches, tout de suite on est submergé par l'émotion mais c'est bien en fait d'en parler à quelqu'un d'extérieur, qui pose des questions aussi, comme ça je me suis posée des questions* ».

Paola, Maud et **Hélène** avaient exprimé un vécu positif de leur accouchement, avec toutefois un vécu moins positif pour **Maud** par rapport aux deux autres.

S'il n'est pas possible de conclure sur l'influence du débriefing postnatal sur le vécu de l'accouchement, ce dernier ne semble pas être délétère. On ressent à travers ces témoignages qu'il est toujours apprécié et pourrait probablement être bénéfique lorsqu'il persiste une incompréhension, aussi bien auprès de la mère que du tiers accompagnant. Nous sommes ainsi en accord avec V. Mulot et D.J. Murphy (2,12).

IV. Pourquoi une PNP ? Quel apport pour l'accouchement ?

IV.1. Qu'attendaient les patientes de ces séances ?

Toutes ont participé à des séances de PNP classique et les principales raisons de cette participation ont été :

- Un besoin de savoir
- Parce que c'est un premier bébé (« *Je ne sais pas grand chose sur les bébés* »)
- Pour se rassurer (« *Besoin de savoir un minimum de choses pour avoir un minimum d'infos pour éviter de stresser (...) se sentir en terrain un peu connu quand même* »)
- Pour se donner « *bonne conscience* » parce qu'on a l'impression que c'est un devoir et que « *ce serait un mauvais début en tant que maman* » si on n'y allait pas. Une patiente pensait d'ailleurs que cette préparation était obligatoire

Enfin, on retrouve aussi l'idée de « *faire comme tout le monde* » mais aussi de s'en servir consciemment comme un outil pour lutter contre ses peurs et notamment contre la peur de l'accouchement.

Trois profils se distinguent:

- Les patientes ayant besoin d'avoir accès à l'information sans restriction: « *Je voulais qu'on me dise tout* », « *Tout n'est pas rassurant mais c'est important de le savoir* », « *On n'apprend pas forcément des choses rassurantes mais au moins on les sait donc après on peut s'orienter* », « *C'est mieux de savoir* », « *C'est important pour que sur le moment on n'ait pas de découverte, dans le sens où il n'y a pas une étape qu'on ne nous ait pas raconté et qui va arriver* », « *Moi je préfère comprendre* »
- Les patientes ayant besoin d'avoir accès à une information filtrée au préalable par des professionnels de santé pour ne pas être inquiétées à tord (Fabienne, Nadia): « *Ils limitent volontairement l'info* », « *L'information est importante mais faut pas non plus dramatiser le paysage ou en dire trop parce que ça peut faire peur aux gens* », « *Je préfère rester avec le cadre médecins sages-femmes, au moins c'est plus sûr* »
- Les patientes souhaitant limiter leur accès à l'information même auprès des professionnels de santé (Hélène, Maud, Paola): « *Parfois c'est la pensée avant qui est plus effrayante* », « *Je ne regrette pas de ne pas savoir les choses* », « *Je ne sais pas si c'est très bien de tout savoir* », « *C'est compliqué en fait parce qu'il faut pas trop en savoir et puis en même temps il faut avoir les infos parce qu'après sinon on regrette et puis on dit "oh ils exagèrent"*. Mais si on a toutes les infos après on a peur quoi »

Toutefois, toutes ont bénéficié d'une préparation à la naissance classique avec des bases théoriques communes qu'elles ont ensuite approfondies chacune à leur manière. Toutes nos patientes ont donc eu accès à une information de base. Seule exception, **Paola** n'a pas participé à la séance sur les accouchements compliqués et a évité l'information concernant les forceps. Malgré cela, toutes avaient déjà entendu parler des forceps, même **Paola** qui en avait une idée vague puisqu'elle avait en tête, au moment de l'accouchement, la cicatrice péri-oculaire d'un ami né par forceps (le forceps étant à l'origine de la cicatrice).

IV.2. Information subie ?

Parmi les patientes qui souhaitaient restreindre leur information ainsi que celle fournie par les professionnels, **Maud** a participé à des séances en groupe et a reçu une information théorique riche. Ces cours collectifs étaient appréciés pour leurs échanges et leurs partages d'expériences ainsi que pour la complémentarité des questions posées par les différent(e)s participant(e)s, dans la mesure où le nombre de participant(e)s restait raisonnable. Les petits comités, autour de 4 patientes par groupe, correspondaient aux attentes des patientes concernées (**Fabienne**: « *En comparaison j'ai fait les cours ici aussi à Port Royal où y a 50 mamans, il y a plein de monde. (...) On se sent moins à l'aise quand il y a 50 personnes pour parler de contraception. Alors c'est deux approches différentes, pas du tout les mêmes objectifs, complémentaires* »).

On peut cependant se demander s'il n'y a pas une part d'information subie à travers ces séances collectives. En effet, si la patiente ne veut pas entendre la réponse à une question posée, peut-elle réellement y échapper ?

Toutefois, il semblerait que la sage-femme ait pris en considération la personnalité de **Maud** puisqu'au sujet du forceps, elle s'est restreinte à une information basique (Qu'est-ce que le forceps en quelques mots ? Quel est son objectif ?). Par ailleurs, **Maud** semblait satisfaite de sa préparation quand bien même elle estimait que « *beaucoup de détails n'étaient pas utiles* ».

Les femmes sont aussi capables de faire une sélection quand bien même elles reçoivent des informations qu'elles ne sont pas prêtes à entendre. Elles retiennent ce qu'elles souhaitent retenir au final (**Chloé**: « *Il y avait beaucoup d'informations, donc j'me dis au pire je prends c'que j'prends et je jette ce qui m'va pas* »).

Laure a oublié qu'elle avait reçu une information sur les forceps en cours de préparation à la naissance alors qu'elle se souvenait parfaitement des informations concernant la césarienne. Pour venir troubler davantage le tableau, elle se souvenait avoir regardé des photographies de forceps sur internet sans s'être attardée davantage, mais la raison l'ayant poussée à faire cette recherche lui échappait complètement. Pour mieux comprendre la suite, il faut savoir que sa soeur a accouché par forceps sans analgésie péridurale plusieurs années auparavant (et probablement en Algérie). Elle finira donc par reconnaître qu'elle ne pensait pas qu'un tel instrument puisse s'utiliser encore de nos jours et dans un « *pays développé* » comme le nôtre: « *Je crois que inconsciemment pour moi ça s'utilisait plus vraiment. Que si on pouvait pas accoucher facilement on faisait une césarienne. Pour moi c'était un vieil instrument qu'on n'utilisait plus trop dans les pays développés, c'était pour les pays sous-développés* ».

On peut supposer que **Laure** n'était pas attentive lorsque la sage-femme a mentionné les forceps puisqu'elle ne se sentait pas concernée. Ainsi, si les femmes retiennent ce qu'elles souhaitent retenir, elles entendent aussi ce qu'elles souhaitent entendre et font ainsi une sélection des informations qu'elles emportent avec elles pour l'accouchement, plus ou moins consciemment.

IV.3. Les apports de la PNP pour l'accouchement

Toutes les patientes ont apprécié leur expérience et toutes sont ressorties avec un bagage enrichi pour leur accouchement. En accord avec les résultats d'A. Azizoudine Kinney (14), la PNP leur a apporté:

- Sécurité et réconfort (« *J'ai bien été préparée et on a répondu à toutes mes questions, donc du coup j'ai pas trop d'angoisses* », « *Elle avait pas expliqué l'histoire des vomissements sur les contractions et avec du recul j'me dis que ça sert à rien de raconter ça aux mamans qui vont être chez elles et qui vont avoir qu'une appréhension c'est de vomir sur les contractions. C'que j'ai apprécié c'est qu'elle avait vraiment le bon discours et le bon niveau d'info et qu'elle était à l'écoute de nos questions, elle a passé beaucoup de temps à nous demander si on avait des questions, à répondre à nos inquiétudes. C'est beaucoup d'échanges en fait, c'est ce qui est important* »)
- Une mise en confiance, non seulement en leurs capacités mais aussi en l'équipe de la maternité (« *Je me serais moins fait confiance* », « *Ca m'a permis d'énormément faire confiance aux sages-femmes, parce que j'ai vu tout ce qu'elle savait (...)* Ca m'a

permis de comprendre que c'était vraiment les femmes de la situation. J'ai beaucoup appris du métier de la sage-femme »)

- Une incitation à se laisser porter, positiver, vivre leur accouchement sans le subir
- Des connaissances pour « *comprendre* » chaque étape, pour « *corriger les fausses idées* » mais aussi « *pour se connaître soi* »
- Visualisation grâce à des accessoires et des exercices pratiques notamment (« *C'est un plus par rapport à ce qu'on a, l'information en elle-même on la trouve avant en fait* »)
- L'apprentissage de la poussée
- Une ouverture d'esprit et des capacités d'adaptation (« *C'est pas comme au restaurant, tu dis pas ce que t'as envie et ça se passe* », « *La péridurale, bah oui je vais la prendre, oui je suis pas capable donc je vais m'adapter* »)
- Bonne conscience

Enfin on retrouve aussi l'idée d'une préparation mentale, d'une anticipation pour réduire la part d'inconnu. Ce sont les objectifs mêmes de la préparation qui cherche à fournir des amortisseurs psychiques comme l'évoquent L. Alvarez et V. Cayol (38), à se préparer à la rencontre de l'imprévu comme le dit si bien G. Favez (27), à fournir une « relative souplesse aux désirs parentaux qu'il confronte et ajuste au principe de réalité » comme le décrit S. Missonnier (26), à relativiser.

Contrairement aux résultats de V. Mulot et de D.J. Murphy (2,12), toutes ont trouvé que la PNP leur avait été utile, à des niveaux différents toutefois. Et toutes recommandent de participer à des séances de PNP pour un premier bébé.

IV.4. Les informations parallèles pour l'accouchement

En parallèle de la PNP classique, toutes à l'exception de **Fabienne** et **Nadia**, ont complété leurs connaissances à travers d'autres sources d'information, à savoir internet, livres, récits de l'entourage, yoga et sophrologie.

Les patientes qui ont fait appel à internet s'en sont principalement servi comme « *complément* » de leur préparation et pour répondre à des questions ponctuelles par rapport à des inquiétudes ponctuelles, voire pour lire les expériences d'autres femmes. Toutefois, sur les 6 patientes concernées, 4 ont reconnu qu'elles prenaient ces informations « *avec des pincettes* », qu'elles se méfiaient « *parce que sur les forums les nanas disent n'importe quoi* », que la majorité de ce qu'elles savaient sur l'aspect médical elles l'avaient appris avec

la sage-femme en PNP. **Maud** reconnaîtra par ailleurs qu'elle regrette d'avoir utilisé internet, il semblerait en effet que les informations recueillies sur internet l'aient plus inquiétée que rassurée.

2 patientes seulement se sont appuyées sur des livres mais ces derniers ont très peu servi pour l'accouchement. Elles reconnaissent que c'est la PNP qui aura vraiment été utile.

Parmi les 6 patientes qui ont reconnu avoir écouté des récits d'accouchement de leur entourage, les avis sont très variés. En effet, certains discours sont très négatifs et effrayants, et à l'inverse d'autres sont trop positifs, voire faussement positif, rendant le décalage entre l'accouchement idéalisé et la réalité plus inconfortable et culpabilisante. Toutefois, certains ont réussi à trouver la bonne justesse, informant sur la difficulté et l'épreuve que représente l'accouchement, sans donner trop de détails pour ne pas effrayer :

Hélène: « Faut prévenir les gens aussi que c'est dur. C'est pas un bon service de dire "oui c'est un peu dur mais après ça va". Faut dire "moi j'ai ressenti ça" et c'est tout, faut pas faire de généralités je pense. (...) Les fausses infos que j'ai eues, c'est moi qui ai pris leurs expériences pour des généralités », « Son expérience à elle m'a aidée parce qu'elle m'a dit "oui c'est pas évident", elle m'a pas trop donné de détails mais je savais que c'était pas une partie de plaisir »

Paola: « Chez moi ils ont tous eu l'accouchement warrior (...) ça doit être pour ça que je me suis dit "ça va bien se passer", mais ils le disent peut être pas forcément, je pense qu'on se raconte pas vraiment en fait, chacun garde son truc pour éviter de faire peur »

Maud: « Leurs expériences m'ont aidée pour l'information mais en même temps non parce que des amis ont des histoires un peu effrayantes par rapport à la naissance du bébé, donc ça m'a fait peur mais ça a aidé aussi »

Enfin, le yoga et la sophrologie n'ont quant à eux présenté que des points positifs, à condition que la patiente adhère au concept. Pour **Hélène**, **Sarah** et **Maud**, ces disciplines ont apporté plus de maîtrise dans la respiration en apprenant notamment à se « concentrer » sur sa respiration pour qu'elle soit optimale au moment de l'accouchement. Si ces notions sont abordées en cours de PNP classique, elles le sont parfois abordées trop rapidement et le yoga et/ou la sophrologie apportent un complément apprécié par les patientes, leur permettant

d'approfondir la question. Au delà de la respiration elles y ont appris à maîtriser quelques postures et notamment à se concentrer sur certaines parties de leur corps pendant la poussée.

Sarah et **Hélène** ont appliqué ce qu'elles avaient appris à l'occasion de ces séances, les aidant à faire abstraction du reste au moment du forceps:

***Sarah:** « J'étais concentrée sur ce qu'il fallait que je fasse et ils me guidaient, donc même si j'étais un peu dans tous mes états, ça allait quoi (...) j'étais vraiment sur mon ressenti et puis "panique pas, panique pas" »*

***Hélène:** « J'étais un peu en trans quoi, enfin j'étais un peu en dehors de moi même »*

V. Quelle appréhension du forceps ?

V.1. Quelle information en anténatal ?

Concernant le forceps, plusieurs types d'informations ont pu être fournies (on exclut ici le cas de **Paola**):

- Qu'est-ce que le forceps ? (*« C'était comme deux grosses cuillères », une sage-femme avait même dessiné l'instrument*)
- A quoi ça sert ? (*« Pour aider le bébé », « Pour aider à un accouchement difficile », « Pour l'aider à sortir », « Pour mettre de la sécurité »*)
- Quelles sont ses indications ? (*« Parce que c'est trop long »*)
- Qu'est-ce qui accompagne le forceps ? (*« Elle nous avait dit que quand on utilisait ce genre d'instruments, automatiquement il y avait une épisio », « Un médecin sera là », « C'est pas très agréable mais ce sera bien géré »*)

Toutes savaient ce qu'était un forceps de façon très schématique (*« deux grosses cuillères »*) et l'idée générale qui se dégageait était que cet instrument constitue une aide lors d'un accouchement compliqué.

Fabienne considérait par ailleurs que l'essentiel était de savoir que ça existait et que ça serait bien géré sans rentrer dans des détails pratiques : *« Je savais le schéma qu'il pouvait y avoir en fait mais j'suis pas médecin et j'veux pas être médecin donc ça sert à rien de savoir à quoi ça ressemble, comment ça se pose, c'est pas ma toutouille en soi, enfin je sais juste que ça peut m'arriver, que ça peut être ça ».*

V.2. Le déni du forceps

6 patientes avaient fait un déni du forceps en anténatal malgré la préparation à la naissance, c'est-à-dire qu'elles ne pensaient pas pouvoir être concernées par ce type d'intervention.

Parmi elles on retrouve nos 3 patientes qui se sont posé la question sur la nécessité de tout savoir (**Maud, Hélène et Paola**) en contraste avec les 3 autres patientes qui, quant à elles, souhaitaient tout savoir sans restriction (**Laure, Marine et Sarah**).

Au delà de l'idée énoncée précédemment comme quoi les patientes retiennent et entendent ce qu'elles souhaitent à l'issue de ces préparations, qu'en disent les patientes ?

- **Maud:** « *Dans ma tête ça allait être plus douloureux l'accouchement mais ça allait marcher mieux, j'avais pas vraiment prévu qu'il y aurait des problèmes* ». A savoir qu'elle avait très peur de la péridurale initialement, d'où sa focalisation sur la douleur
- « *C'est des paniers à salade, mon bébé c'est pas une salade* » ironisait **Hélène**. Opposée initialement à l'idée que son enfant puisse naître par les forceps alors qu'elle avait un projet d'accouchement naturel, elle s'est finalement assouplie et a fait preuve d'ouverture d'esprit, toutefois elle ne croyait sincèrement pas pouvoir être concernée
- **Paola:** « *Je pense que j'ai fait un petit déni, en fait je me suis dit "ça va bien se passer"* ». D'autant plus que tous les récits d'accouchement de ses proches étaient glorieux, rapportant des accouchements rapides et faciles
- **Laure** pensait inconsciemment que les forceps ne s'utilisaient plus dans nos « *pays développés* » et que l'alternative en cas de problème restait la césarienne. A savoir que sa soeur a accouché par forceps sans péridurale plusieurs années auparavant, probablement en Algérie
- **Marine:** « *Je sais pas pourquoi, j'avais pas vraiment retenu cette hypothèse là, j'pensais plus à une césarienne ou alors voie basse... peut être parce que j'en n'avais pas eu à proximité de moi dans la famille* » alors qu'elle connaissait des gens qui avaient accouché par césarienne
- **Sarah** ne s'était pas tellement projetée mais partait du principe que sa grossesse se déroulant sans accroc, l'accouchement serait facile

Paola, Laure et Marine illustrent parfaitement l'idée que l'expérience de l'entourage proche influence notre appréhension de l'accouchement. Et finalement le discours de **Sarah** va dans le même sens lorsqu'elle raconte que l'accouchement par forceps de sa belle-soeur s'est très mal passé (elle évoque des traumatismes physiques et psychologiques aussi bien chez la mère que chez l'enfant) en commençant son récit par : « *Déjà elle était hyper angoissée à l'avance de son accouchement, elle avait un bébé beaucoup plus petit que moi* », renforçant l'idée que sa grossesse s'étant bien passée, son accouchement ne pouvait que bien se passer.

V.3. Quel usage de ces informations pour appréhender le forceps le jour J ?

Malgré des niveaux d'information et des degrés d'attention différents, toutes ont pu s'en servir à l'accouchement:

- Vécu plus serein du forceps « *parce que j'aurais pas su peut être bien pousser* »

- Ouverture d'esprit et acceptation
- Anticipation (connaître les différents schémas possibles, savoir que ça existe)
- Comprendre
- Réduction de l'aspect anxiogène de ce genre de situation

Au delà du théorique, lorsque l'accouchement prend une mesure qui nous dépasse, les préparations alternatives (yoga, sophrologie) pourraient avoir des effets bénéfiques pour faire face à la situation. Cela a été le cas d'**Hélène**: « *Je pense vraiment que la sophrologie et le yoga m'ont aidée, j'étais un peu en trans quoi, enfin j'étais un peu en dehors de moi-même, j'étais "allez, maintenant il y a un boulot à faire, on va le faire et jusqu'au bout, et puis c'est fait quoi". Et puis j'voulais pas penser à la souffrance du bébé, à mon copain qui était super mais qui stressait vachement à côté* ». C'est une forme de protection, s'évader pour se concentrer sur soi, sur sa respiration, sur sa poussée sans se laisser perturber par ce qui nous entoure.

Toutefois la PNP peut aussi avoir des effets délétères lorsqu'elle augmente l'angoisse provoquée par une situation perçue comme dangereuse. **Laure**, qui par ailleurs a très mal vécu son accouchement, est restée focalisée sur la « *souffrance fœtale* » qu'elle a mentionnée à plusieurs reprises lors de notre entretien. En effet, sa sage-femme en PNP aurait beaucoup insisté sur cette notion et c'est à cela qu'elle pensait au moment du forceps: « *J'pensais à ça en me disant "il faut vite la soulager, vite faire le max pour que la souffrance foetale ne dure pas longtemps"* ». Cet exemple illustre l'idée de S. Missonier, comme quoi l'excès d'anticipation n'est pas protecteur, au contraire d'une anticipation tempérée (26). On retrouve aussi l'importance des mots employés et l'impact qu'ils peuvent avoir. Ainsi **Laure** s'est accrochée à cette idée de « souffrance fœtale » au sens propre, le tout couplé à l'urgence, à la douleur, aux professionnels gravitant autour d'elle perçus comme stressés, aux interactions autoritaires du médecin, à la vue du sang en grande quantité, aboutissant à un mauvais vécu de son accouchement.

Qu'en est-il lorsque la patiente n'a pas reçu d'information en anténatal concernant le forceps et les accouchements compliqués en général ?

Paola considérait qu'elle faisait confiance et n'avait pas besoin d'en savoir davantage. Cette notion de confiance est une notion clé que l'on retrouve avec **Chloé** qui considérait qu'elle aurait vécu son accouchement tout aussi bien même en l'absence de ces informations car elle avait « *assez confiance* » en la maternité.

V.4. Quelles réactions face au forceps ?

Le fait d'avoir eu recours au forceps au moment de l'accouchement a majoritairement bien été appréhendé par les patientes :

- **Chloé, Sarah, Fabienne** et **Hélène** sont parties du principe qu'elles faisaient confiance, que l'équipe savait ce qu'elle faisait et avait bien accompagné le geste. Ainsi, elles n'ont pas appréhendé le forceps
- **Elise** et **Nadia** n'ont pas été perturbées par l'idée mais à condition de ne pas avoir mal. N'étant pas algiques, le forceps a donc bien été appréhendé
- **Marine, Maud** et **Paola** étaient un peu moins rassurées et ont estimé que le procédé faisait peur parce qu'on a peur que le bébé souffre, parce que cela sous-entend qu'il y a un problème
- **Laure** quant à elle, a très mal vécu le fait d'avoir un forceps et déclare avoir eu l'impression d'être « charcutée », avoir eu peur en voyant l'ustensile et avoir pensé à la souffrance de sa fille tout le long (« *J'avais l'impression d'être charcutée, impressionnée par tout ce qu'on pouvait mettre à l'intérieur. J'avais très peur pour la petite, qu'elle souffre, j'étais vraiment à ça, à sa souffrance* »)

Marine, Maud, Paola et **Laure** avaient toutes les 4 fait un déni du forceps en anténatal, ne pensant pas pouvoir être concernées. Ainsi, quelque soit le contenu de leur préparation sur la question, elles n'avaient pas anticipé leur accouchement dans ce sens et ce sont laissées surprendre. De façon étonnante, parmi elles, seule **Paola** a réussi à se détendre et à positiver au moment du forceps, pourtant c'est la seule qui n'avait reçu aucune information sur les accouchements compliqués en cours de PNP : « *Tant mieux, elle va m'aider, on va le faire ensemble (...) J'me suis dit "je vais faire confiance" et ça m'a pas fait si peur que ça en fait* ». C'est aussi la seule qui m'a confié apprécier être surprise.

6 patientes ont vu l'instrument au moment de l'accouchement:

- **Paola, Maud** et **Marine** ont décrit l'instrument comme quelque chose « *d'énorme* » (« *Grosse pince* », « *La taille des forceps qui sont énormes* », « *Espèces d'énormes pinces* »)
- **Laure** et **Paola** ont trouvé que l'instrument avait un aspect moyenâgeux et « *ancestral* »
- **Marine** a considéré que le procédé était « *barbare et évolué* » ; évolué parce qu'on en avait besoin malgré tout

- **Chloé et Nadia** n'ont quant à elles pas été marquées par la vision de l'instrument et ne l'ont pas décrit

On constate que les 4 patientes qui ont décrit l'instrument comme quelque chose d'« énorme » « ancestral » et « barbare », sont les mêmes qui ont moins bien appréhendé le fait d'avoir recours au forceps et qui avaient fait un déni en anténatal, à l'inverse de **Chloé et Nadia**. Par ailleurs, elles décrivaient un vécu peu positif à négatif de leur accouchement, à l'exception de **Paola** qui décrivait un vécu plus positif de ce dernier. La vision de cet instrument semble avoir été d'autant plus brutale qu'elles ne s'y étaient pas préparées, surprises par sa taille et surprises qu'un objet d'aspect moyenâgeux s'utilise encore de nos jours, s'ajoutant et/ou influençant les appréhensions qu'elles ont éprouvées face au forceps. Encore une fois, seule **Paola** a réussi à aller au delà de cette première impression, grâce à la confiance qu'elle avait en l'équipe mais aussi grâce à son tempérament.

V.5. Le décalage entre la réalité de l'accouchement et ce qu'elles avaient imaginé

- **Chloé, Elise, Sarah et Fabienne** n'avaient pas imaginé leur accouchement, elles ne s'étaient pas projetées afin de se laisser porter, faire confiance, ne pas stresser en amont. Elles ont par ailleurs toutes bien vécu leur accouchement
- **Maud et Paola** ont trouvé que l'accouchement avait présenté des facettes moins sympathiques que prévu mais ont globalement été surprises positivement, soit parce que l'accouchement était moins « *douloureux* » que prévu, soit parce qu'il était plus « *intéressant* » que prévu
- **Hélène, Nadia et Marine** s'étaient préparées à un accouchement difficile. Elle n'ont ainsi pas vécu négativement le décalage entre la réalité et l'accouchement imaginé, toutefois elles ne l'ont pas vécu positivement non plus ou très peu. Malgré cela **Hélène** décrit tout de même un vécu très positif de son accouchement
- **Laure** a quant à elle vécu très négativement ce décalage. Elle ne pensait pas le vivre si mal, avoir si mal. La douleur est un élément récurrent et marquant chez elle

On retrouve l'idée qu'une non cohérence entre les représentations que la femme avait développées en anténatal et la réalité de l'accouchement peut conduire à une déception et donc à un mauvais vécu de ce dernier (20).

V.6. Le forceps mieux que la césarienne ?

5 patientes ont spontanément mentionné qu'elles préféreraient avoir accouché par forceps plutôt que par césarienne au final. Les raisons évoquées sont la rapidité de l'accouchement par forceps, des suites de couches moins douloureuses, un geste moins traumatique physiquement, un meilleur vécu de pouvoir accoucher voie basse après toutes ces heures de travail.

Laure: *Le forceps « c'est impressionnant mais rapide (...) On peut avoir très mal peu de temps mais avoir très mal très longtemps c'est horrible », « La césarienne c'est un traumatisme irréversible (...) c'est une opération et à cause des suites post-opératoires, du danger de l'anesthésie, de la problématique de la cicatrice etc, finalement le métabolisme est définitivement modifié. Et aussi j crois que la femme ne peut faire que 3 césariennes c'est ça ? »*

Elise: *« J'suis pas restée tout ce temps pour avoir une césarienne quand même, ça aurait été une déception (...) J'ai très bien poussé et ça a aidé à ne pas faire justement de césarienne donc c'était bien de suivre ces cours »*

Maud: *« J'avais peur que j'allais devoir avoir une césarienne, ça je voulais pas »*

Nadia: *« Au moins on a tout tenté pour que je puisse ne pas avoir de césarienne (...) Je préférais ne pas avoir de césarienne car les suites sont quand même plus douloureuses et puis apparemment c'est pas pareil »*

Hélène: *« Ils m'ont donné la chance de ne pas avoir de césarienne (...) ça m'aurait pas dérangée d'avoir une césarienne si je l'avais eu au début en fait mais passer 23h comme ça, dans la souffrance, dans la fatigue et tout pour finalement finir en césarienne, c'était quand même les boules »*

Il semblerait que les sages-femmes en PNP puissent avoir influencé en parti leurs opinions puisque **Laure** racontait que sa sage-femme était très opposée à la césarienne de convenance et semble répéter le discours de la sage-femme quand elle exprime son avis sur la césarienne versus le forceps. Il en est de même pour **Nadia**.

VI. Propositions pour améliorer la préparation de nos patientes

Peu de critiques ont été énoncées, toutefois on retiendra les suivantes:

VI.1. Le souhait d'un cours entre hommes

Les cours en couple en tous été appréciés puisqu'ils donnaient aux pères des clés essentielles pour accompagner leur femme lors du pré-travail et/ou lors de l'accouchement. Toutefois, une patiente a évoqué l'intérêt d'un cours entre hommes exclusivement afin qu'ils puissent aller plus loin sur certains sujets et obtenir des réponses à leurs questions. En effet, le conjoint vit l'accouchement avec ses peurs et ses appréhensions, lui aussi peut être éprouvé par un accouchement compliqué d'un forceps avec un vécu et une expérience unique, différente de celle de la parturiente. Ainsi, au delà de la participation des papas dans l'objectif de les « former » à l'accompagnement de leur femme au moment du travail et de l'accouchement, n'y a-t-il pas aussi une part de préparation propre aux futurs papas à mettre en place pour leur fournir à eux aussi des amortisseurs psychiques pour le jour J ?

Fabienne: « Il a assisté à tous les cours mais comme j'avais des cours où il était pas là on a eu des discussions entre femmes et je pense que c'était nécessaire qu'il ne soit pas là. Je pense qu'il y a aussi un accompagnement sur les papas en fait, où les femmes ne doivent pas être là. Par exemple sur les instruments ils peuvent poser des questions pour lesquelles la sage-femme peut aller plus loin que ce qu'elle peut dire aux mamans. Je donne cet exemple là mais ça peut être sur pas mal de choses, sur la gestion de la douleur où mon conjoint quand il m'a vu vomir toute la nuit il a eu très peur, ou quand je me suis mise à frissonner en fait c'était violent, il a eu une sensation que j'allais partir, il était pas à l'aise du tout avec ça »

VI.2. Des cours moins scolaires

Une patiente a critiqué la forme des cours qu'elle considérait comme « trop scolaires », « trop segmentés », « trop normés ». Il s'agit de son expérience avec une sage-femme en particulier, il ne faut donc pas généraliser cette critique à l'ensemble des préparations à la naissances. Toutefois sa critique met en avant le fait que ces séances ne doivent pas faire l'objet de cours théoriques normatifs. Chaque patiente est unique et chaque accouchement est différent. Il faut donner des repères sans en faire une vérité absolue. D'autres patientes ont indirectement fait

cette critique que des critères trop rigides induisent en erreur. En effet, si le schéma « normal » correspond à un travail de 10h dans notre esprit, alors une confusion peut s'installer lorsque la réalité diffère.

Paola: « En fait ça induit en erreur j'ai l'impression (...) dès que ça se passe pas forcément comme la norme tu peux avoir tendance à flipper », « On comprenait pas trop, on n'avait pas cette notion de "pré-travail" en fait. Parce que dans les cours de sage-femme ils nous parlaient justement de ces 10h »

Hélène: « Pour moi le grand max c'était 10h quoi, on dépassait pas. Et puis j'pensais que c'était 10h du début de la maison où on commençait à avoir mal au ventre »

Maud: « La sage-femme m'a dit "il faut insister sur le peau à peau, ils peuvent faire tous les soins du bébé sur le corps de sa maman". Elle avait un petit problème, elle avait avalé du liquide amniotique donc elle respirait mal, et c'était 1h45 après sa naissance que j'ai pu faire le peau à peau et j'ai pas vraiment compris pourquoi ça prenait aussi longtemps »

VI.3. Plus de préparation autour de la douleur

Plusieurs patientes ont évoqué leur difficulté à gérer la douleur et leur surprise face à l'intensité de cette douleur. Parmi elles on retrouve **Hélène** qui s'était pourtant préparée dans l'idée d'accoucher sans péridurale.

Hélène: « Là par contre je pense qu'à la préparation ils auraient dû plus dire... bah déjà que chacun ressent la douleur différemment (...) enfin ça fait super mal quoi (...) je pensais pas que ça faisait aussi mal »

Laure: « Je savais pas qu'on pouvait avoir mal au point de ne plus pouvoir se contenir »

Nadia: « La respiration, quand on a la douleur qui vient, enfin c'est difficile de gérer. Et le ballon j'étais très mal dessus »

Sarah: « Pendant le travail chez moi j'ai été surprise par l'intensité des contractions, enfin j'ai pas trop su gérer comme on a appris, la respiration et tout, à un moment j'étais dépassée quoi, j'arrivais plus du tout à me contrôler »

Le facteur surprise est un élément intéressant. En effet si l'on s'appuie sur la première théorie de Freud au sujet de l'angoisse en 1920 (39), la surprise favorise l' « effroi » qui désigne « l'état qui survient quand on tombe dans une situation dangereuse sans y être préparé ». A l'opposé il décrit l' « angoisse » comme « un état caractérisé par l'attente du danger et la préparation à celui-ci, même s'il est inconnu » et l'angoisse serait protectrice contre l'effroi. Ainsi une anticipation tempérée fournirait des moyens d'adaptation et de défense contre l'effroi.

Partant de cette théorie, nos patientes n'auraient pas dû être surprises puisqu'elles avaient été préparées. Ainsi la préparation autour de la douleur semble avoir été déficiente mais à quel niveau ? La douleur étant une notion très subjective, comment préparer le plus justement possible les patientes à cette douleur qu'elles ne connaissent pas ? Et ensuite, comment leur donner des clés adaptées pour gérer au mieux cette douleur alors qu'elles ont déjà des difficultés à la concevoir lorsqu'il s'agit d'un premier enfant ?

Sarah: « C'était assez théorique, j'avais pas eu de douleur pendant la grossesse »

Si on s'appuie sur les témoignages de notre échantillon, il semble approprié d'informer que la douleur des contractions peut être difficile à gérer, qu'elle peut être différente d'une femme à l'autre mais aussi qu'un même niveau de douleur peut être perçu différemment d'une femme à l'autre. Ensuite, la douleur étant subjective, il faut trouver un élément de comparaison propre à chaque femme pour tenter de leur donner un aperçu plus juste de cette dernière afin de les protéger contre l'effroi. Nous pourrions ainsi leur demander d'évoquer la pire douleur qu'elles ont eu au cours de leur vie, de la coter sur une Echelle Visuelle Analogique de 0 à 10 et partir du principe que la douleur des contractions de travail sera au moins égale à 7.

Enfin, comme cela a été fait à chaque fois, il faut leur donner plusieurs clés de gestion de cette douleur (ballon, bain/douche chaude, postures, respirations, massages...) mais en précisant bien qu'elles ajusteront cela en fonction de leur ressenti le jour J.

VI.4. Et l'après accouchement, on en parle ?

La préparation à la naissance ne s'arrête pas à l'accouchement, elle englobe aussi la rencontre avec le nouveau-né, les suites de couches ainsi que le retour à la maison. En effet, l'anticipation concerne aussi les besoins de l'enfant comme l'évoquent L. Alvarez et V. Cayol (38) car lorsqu'elle est insuffisante, « la femme peut être débordée par l'ampleur de l'exigence de la fonction maternelle, courant le risque d'une dépression du post-partum ».

Deux patientes ont considéré que ces aspects avaient été abordés trop succinctement en cours de PNP:

Maud: « Vivre un accouchement avec la certitude qu'une fois l'enfant né on n'aura aucune idée de ce qu'il faut faire avec c'est un peu inquiétant, donc ça m'aurait aidée à me détendre un peu plus »

Sarah: « On parle du retour à la maison, mais la maternité on n'en parle pas trop parce qu'en fait on considère je pense que c'est la maternité qui va prendre en charge et tout. Mais ça c'est un peu un trou je trouve. Alors après on nous prévient qu'on va être épuisée, on va être déprimée et tout, mais.. mais pas à ce point », « Et puis l'allaitement c'est toujours un peu le truc sensible (...) comme on veut pas décourager les gens on leur dit pas "faut le vouloir vraiment, ça va être difficile" et moi je sais pas, personne m'avait trop raconté la mise en place de l'allaitement et je donc je pensais pas que c'était difficile »

Notre étude ne permet pas de savoir si ces dernières ont fait une dépression du post-partum par la suite.

Maud a exprimé sa déception de ne pas avoir eu davantage d'informations en anténatal: « Je m'attendais à quelque chose de plus basé sur comment soigner un bébé après l'accouchement, mais je crois que c'est culturel, ici ça se fait dans la maternité après l'accouchement. Au Royaume-Uni par exemple c'est que ça la préparation à la naissance, comment baigner l'enfant, comment allaiter, tout ça. C'est parce qu'on reste pas longtemps dans les hôpitaux après. Donc j'étais un peu déçue de ce côté-là parce que j'aurais aimé avoir un peu plus d'informations sur comment faire marcher un bébé mais je crois que c'est normal en France ce genre d'approche ».

Toutefois elle semblait bien s'adapter en suites de couches, tandis que **Sarah** s'est retrouvée en difficulté au point de prolonger son séjour à la maternité: *En cours de préparation* « on s rend pas compte en fait, enfin ceux qui n'ont jamais eu d'enfant ou qui se sont pas occupés de nourrisson, c'est très théorique (...) tant qu'on l'a pas vécu c'est difficile en fait (...) Comment il faut s'en occuper, est-ce qu'il est bien, comment faire qu'il tète, qu'il maigrisse pas, que je dorme, qu'il dorme, enfin ça fait trop quoi ».

VI.5. Elargir l'accès aux préparations alternatives

Plusieurs patientes ont été confrontées au manque de place et ainsi à la difficulté d'accès à ces préparations alternatives qui constituent pourtant un complément non négligeable à la préparation à la naissance classique lorsque les patientes y adhèrent.

VI.6. Faut-il savoir toutes ces choses ?

Nous partons du principe qu'il faut un minimum d'anticipation pour acquérir des amortisseurs psychiques protecteurs vis à vis du risque traumatique de l'accouchement (26,38), notre étude ne nous permettant pas de remettre en question cette affirmation puisque toutes nos patientes ont bénéficié d'une préparation à la naissance classique.

Finalement, faut-il tout savoir ? et si non, où faut-il poser la limite ?

3 patientes se sont posé la question:

Maud: « Est-ce que ça aide vraiment de savoir ce genre de choses avant ? C'est peut-être mieux que ce soit une surprise désagréable sans devoir réfléchir à tout ça avant (...) parfois il faut juste vivre le moment, même si c'est désagréable (...) parfois c'est la pensée avant qui est plus effrayante », « J'aurais peut être dû me renseigner davantage mais non, en fait non, ça m'aurait effrayée »

Paola: « Le moins on en sait le plus on vit le truc, on découvre vraiment au lieu de se référer à des codes. Chaque accouchement est tellement différent », « Je crois que je regrette pas de pas savoir les choses. Je sais pas si c'est très bien de tout savoir »

Hélène: « C'est compliqué parce qu'il faut pas trop en savoir et puis en même temps il faut avoir les infos parce qu'après sinon on regrette et puis on dit "oh ils exagèrent". Mais si on a toutes les infos après on a peur quoi »

Aucune ne dit qu'il ne faut rien savoir et arriver complètement vierge de connaissances sur l'accouchement, les femmes interrogées sont donc en accord avec le principe que nous avons accepté.

Qu'en est-il donc de la question du niveau d'information nécessaire ? Peut-on apporter une réponse quantifiable ?

Il y a surtout des personnalités différentes et des besoins différents. Certaines femmes ont besoin de tout savoir et ne veulent rien laisser au hasard, même si « *tout n'est pas rassurant* » ; d'autres à l'inverse veulent laisser une part d'inconnu pour vivre plus intensément l'instant ou simplement pour se protéger, pour ne pas se faire peur. Pour autant les vécus des différents accouchements ne sont pas nécessairement différents et la seule patiente (**Paola**) qui n'a pas assisté à la séance sur les accouchements compliqués a par ailleurs un vécu très positif du sien.

Toutefois **Paola** avait fait le choix de ne pas recevoir cette information et considérait qu'elle préférerait ne pas savoir et faire confiance. La confiance en l'équipe est alors primordiale car elle permet un lâcher prise jusque dans les situations qui nous dépassent, et le choix de recevoir l'information ou non l'est tout autant car ce n'est pas seulement le défaut d'anticipation qui peut être source de détresse psychologique mais aussi l'excès d'anticipation ; c'est notre rôle de trouver un juste équilibre pour répondre aux besoins des patientes (26,38). Concernant l'excès d'anticipation, les patientes qui avaient besoin de « *tout savoir* » sans restriction n'ont pas nécessairement toutes bien vécu leur accouchement (tous vécus confondus, du très positif au très négatif), rejoignant le principe de S. Missonnier (26) comme quoi il faut une anticipation tempérée et adaptée, et un excès d'information favorise l'excès d'anticipation.

Pour illustrer cette dernière idée, **Fabienne** nous explique pourquoi elle n'a pas cherché d'informations supplémentaires sur les forceps: « *Pourtant je suis quelqu'un de très curieux et qui a besoin d'avoir beaucoup d'infos. Là dessus je m'étais vraiment restreinte en me disant: "ça sert à rien, à la limite je vais regarder, ça va me traumatiser et je vais arriver dans la salle d'accouchement en me disant "elle va m'parler de forceps, j'ai dit "ha non" ", donc c'est important, surtout à l'ère d'internet où on peut tout trouver soi même, de se protéger là dessus en fait. Et je trouve que le fait que je l'aie fait me limitait aux messages des gens qui savent et qui limitent volontairement l'information. (...) On dit souvent que les femmes enceintes n'arrivent plus à dormir le dernier mois, moi j'avais absolument aucune appréhension et je suis arrivée en étant hyper sereine et en me disant "de toutes façons j'arrive ici, ils vont me prendre en charge et j'aurai juste à faire ce qu'on me demande et ce qu'on m'a expliqué". J pense que c'est hyper important en fait dans le processus pour la maman, qu'elle arrive pas ici avec des inquiétudes qu'on lui a mis dans la tête, il y a forcément des cas où c'est difficile, où ça s passe mal, mais faut juste avoir confiance dans le*

personnel où vous accouchez j'pense, et vous savez comment ça va se passer en fait. Donc vous savez: 3 cm, ok tu vas avoir le droit à la péridurale; 5 cm, ça va s'accélérer. Toutes ces choses là, il faut juste avoir le minimum pour qu'en fait après vous puissiez le supporter le jour J en fait. En avoir su plus sur les instruments j'pense que ça aurait rien changé ».

Toutefois, rappelons que toutes les femmes interrogées avaient des connaissances sur l'accouchement physiologique et sur sa prise en charge en France à l'issue de ces séances. Aucune patiente ne s'est donc retrouvée complètement désarmée et toutes avaient anticipé l'accouchement en répondant à leurs besoins propres à chacune. Quand **Paola** dit qu'elle préférerait faire confiance, peut être que la PNP lui a permis d'accéder à cet état d'esprit de confiance en l'équipe quelque soit la situation. Aurait-elle réagi de la même manière si elle n'avait effectué aucune préparation à la naissance ?

Les critiques émises à l'encontre de la PNP diffèrent de celles relevées par D.J. Murphy (12), alimentant l'hypothèse que les préparations à l'accouchement voire l'accompagnement au moment du travail, de l'accouchement et du post-partum diffèrent en France par rapport au Royaume-Uni et rendant délicat toute comparaison entre nos deux pays. Par ailleurs, **Maud** va dans le sens de notre hypothèse en admettant spontanément que nos manières d'aborder la préparation à la naissance diffèrent car en France le temps de parole consacré au post-partum en PNP serait d'après elle plus réduit qu'au Royaume-Uni.

VI.7. Laisser le choix d'accéder à l'information

Il ne s'agit pas d'imposer une information mais de laisser une porte d'accès vers cette information et vers une information de qualité.

Pour ce faire, il a été proposé par les patientes de mettre à disposition une brochure d'informations qui viendrait compléter les cours de PNP. L'avantage de ces brochures est de ne pas passer à côté des notions importantes mais aussi de laisser le choix aux patientes de lire ou ne pas lire telle ou telle information.

Comment palier par ailleurs à l'information subie en cours collectif ?

On peut mettre en place des cours individuels, toutefois on y perd l'échange et le partage d'expérience tant apprécié par les patientes qui ont fait l'expérience des cours collectifs.

Ou alors on peut faire le choix, comme les sages-femmes de **Paola** et de **Fabienne**, de laisser au couple la liberté de participer aux séances qu'ils souhaitent, en individuel ou en collectif, en couple ou sans le père.

Et si la patiente ou le couple refuse de participer à la séance sur les accouchements compliqués ?

Ils sont tout à fait en droit de refuser d'y participer, toutefois il ne faut pas fermer l'accès à cette information définitivement. La préparation à l'accouchement se met en place progressivement et la femme / le couple, évolue au fur et à mesure des séances. S'il y a des choses qu'ils ne sont pas prêts à entendre à l'occasion d'un premier contact, peut-être qu'au fil des séances ils en ressentiront le besoin. Toutefois pour le savoir il faut laisser la porte entrouverte afin de leur laisser la possibilité de l'ouvrir davantage.

Enfin, quand bien même on se retrouverait dans un cas de figure d'information subie, les femmes font plus ou moins consciemment le tri entre ce qu'elles veulent entendre, retenir et ce qu'elles ne veulent pas savoir, en se déconcentrant, en faisant le déni de telle ou telle alternative, en oubliant.

Partant de ce constat, il semble adapté que les femmes puissent revoir en post-partum la sage-femme qui a animé les cours de préparation et avec qui elles ont déjà créé un lien. En effet, les visites post-natales sont aussi l'occasion de débriefer, notamment sur ce que la patiente s'était refusée d'entendre, de croire, de retenir en anténatal et auquel elle aura été confrontée lors de son accouchement. La PNP peut d'ailleurs se prolonger dans le post-partum sous forme de 2 séances post-natales (33).

VII. Validité de l'étude

VII.1. Forces de l'étude

En abordant la question du vécu, qui se trouve être une question subjective, il nous a semblé pertinent de répondre à travers une étude qualitative, nous permettant ainsi de maîtriser au mieux le biais d'évaluation, étant donné que les entretiens offrent l'accès à une analyse plus fine et plus authentique qu'une étude quantitative qui restreint l'information recueillie sans nuance possible.

Ensuite, nous avons fait le choix de nous entretenir exclusivement avec les accouchées sans compléter notre travail par des observations de séances de PNP ou par des entretiens avec les sages-femmes qui les animent puisque l'essentiel finalement, c'est l'information que les patientes auront retenue à l'issue de ces séances (sachant que ces informations sont soumises au déni, à l'oubli et à l'inattention) et notamment leurs impressions et leurs ressentis.

Par ailleurs, en réalisant nos entretiens à J2 nous nous sommes affranchies du biais de mémorisation auquel nous aurions été confronté si nos entretiens s'étaient déroulés à distance.

Notre échantillon étant constitué de patientes présentant des caractéristiques démographiques ainsi que des issues obstétricales et néonatales comparables entre elles, et toutes ayant décrit avoir bénéficié d'un accompagnement de qualité en salle de naissance, nous nous sommes affranchi de ces biais de confusion.

Enfin, nous avons obtenu une saturation des informations à l'issue de ces 10 entretiens.

VII.2. Limites de l'étude

L'absence de groupe témoin nous empêche de répondre pleinement à notre problématique. Il serait intéressant alors de poursuivre cette étude en incluant un groupe de patientes n'ayant bénéficié d'aucune préparation à la naissance afin de renforcer davantage la validité de nos résultats, comme nous souhaitons le faire initialement.

Nos critères d'inclusion et les caractéristiques démographiques de notre échantillon ne nous permettent pas de généraliser ces résultats à toutes les parturientes. En contre-partie, nous limitons ainsi les biais de confusion.

Les entretiens à J2 ne permettent pas de poser un diagnostic fiable de stress aigu ou de baby blues ni d'étudier la dépression du post-partum. Il serait intéressant d'effectuer un second entretien à distance pour compenser les lacunes d'un entretien précoce.

Enfin, l'absence d'anonymat au moment de la réalisation des entretiens nous expose à un biais d'information dans la mesure où les patientes peuvent modifier leur discours de peur d'être jugées.

Conclusion

La PNP dans sa globalité fournit des amortisseurs psychiques pour que l'expérience de l'accouchement ne soit pas vécu sous le signe du traumatisme.

Ces amortisseurs psychiques sont obtenus par le sentiment de sécurité, la mise en confiance, les éléments de compréhension que la PNP apporte aux femmes, ainsi qu'en les rassurant et en renforçant leurs capacités d'adaptation mais aussi en favorisant un lâcher prise et en rendant les femmes actives, notamment en leur apprenant à pousser de façon optimale au moment de l'accouchement et en insistant sur le fait que les outils médicaux ne sont que des aides qui ne remplacent pas leurs efforts de poussée.

Gardons à l'esprit qu'un défaut d'information peut être source de traumatisme par une anticipation défectueuse ne fournissant pas suffisamment d'amortisseurs psychiques, mais aussi qu'un excès d'information peut aller dans le même sens. L'anticipation tempérée étant la réponse la plus adéquat.

Aussi, cette anticipation tempérée est unique pour chaque patiente et se constitue en fonction de sa personnalité, de son histoire personnelle et familiale, de notre société etc... Il convient de respecter la personnalité et les besoins de chaque femme sans leur imposer une information qu'elles ne veulent pas entendre. La préparation à la naissance et les professionnels de la périnatalité sont là pour aider la femme (et le couple par extension) à évoluer dans son travail d'anticipation dans le respect de ses « angoisses signal » et à l'écoute de ses « angoisses automatiques ». Si nous ne devons pas imposer, il faut au moins proposer l'accès à l'information et laisser une porte entrouverte pour que la patiente puisse y accéder si elle en ressent le besoin ultérieurement, car pour pouvoir refuser en pleine conscience l'accès à cette dernière il faut savoir qu'elle existe et qu'on y a accès.

Enfin, si la préparation apporte tous les éléments cités ci-dessus (sécurité, réconfort, confiance, capacités d'adaptation, compréhension...), il n'est pas nécessaire de connaître toutes les complications possibles pour mieux vivre son accouchement car l'équipe en salle de naissance pourra compenser ces informations manquantes. En effet les professionnels en salle de naissance ont un rôle essentiel d'accompagnement mais aussi d'information, venant compléter et renforcer la préparation effectuée en anténatal. Toutefois certaines femmes auront besoin d'une information plus poussée en anténatal pour arriver plus sereine le jour de

l'accouchement et pour mieux appréhender chaque étape. Les professionnels de la périnatalité peuvent répondre à ce besoin en tempérant toutefois l'information pour ne pas basculer dans l'excès d'anticipation qui pourrait être délétère. Il faut fournir une information de qualité, des repères non normatifs, sans entrer dans des détails techniques inutiles et veiller à ne pas inquiéter à tort les patientes. S'il ne faut pas pour autant les rassurer à tort au risque de mettre à mal leur travail d'anticipation, il faut rester dans le cadre des angoisses signal protectrices et constructives.

Chaque femme est différente, chaque préparation comme chaque accouchement est unique.

Ainsi le niveau d'information idéal est celui qui conduit à une anticipation tempérée et adaptée propre à chaque patiente et pourvoyeuse d'angoisses signal protectrices contre l'effroi.

Il serait intéressant de poursuivre cette étude dans le temps et de revoir les patientes à 1 mois, à 3 mois et à 6 mois pour évaluer pleinement l'apparition de traumatismes et suivre l'évolution de ces derniers ainsi que l'évolution de leur ressenti par rapport à leur accouchement.

Plus encore, nous pourrions les revoir lorsqu'elles sont à nouveau enceintes, la grossesse pouvant réactiver des traumatismes et notamment celui du forceps. Si il y a eu un traumatisme à l'occasion de la première grossesse, une PNP pour la suivante pourrait-elle le désamorcer en travaillant sur les angoisses automatiques et la patiente ayant une écoute différente, un niveau d'attention différent ?

Bibliographie

1. ROWLANDS IJ, REDSHAW M. Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12(1):138.
2. MULOT V. Vécu de l'extraction instrumentale. Etude prospective sur une population de 100 patientes primipares à terme sous analgésie péridurale. [Rouen]: Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2014.
3. SIMON-TOULZA C, PARANT O. Spatules : description, mécanique, indications et contre-indications. 2008 May 12;37(8S1):222–30.
4. Haute Autorité de Santé (HAS). Données épidémiologiques générales liées à la grossesse [Internet]. 2012 Jan [cited 2015 Sep 20]. Available from: <http://www.has-sante.fr/>
5. FERAUD O. Forceps: description, mécanique, indications et contre-indications. *Rev Sage-Femme*. 2009;8(2):108–16.
6. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Recommandations pour la pratique clinique. Extractions instrumentales. Paris; 2008.
7. DUPUIS O, MOREAU R, et al. Les forceps hier, aujourd'hui et demain. Une nouvelle classification des forceps. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2005;33:980–5.
8. TSOYEM MOUAFU A-C, MOREL O, et al. Morbidité materno-fœtale des extractions instrumentales : forceps versus spatules. À propos d'une série de 77 cas. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2014 Mar;42(3):144–8.
9. DURAND-MAISON O, MANGIN-MEYNIEL M, et al. Spatules de Thierry ou forceps : comparaison des morbidités materno-fœtales. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2016 Jan;44(1):17–22.
10. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations pour les professionnels de santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? 2005 Avril.
11. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations pour la pratique clinique. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)(novembre 2005). *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2006;34:540–63.

12. MURPHY DJ, POPE C, et al. Women's views on the impact of operative delivery in the second stage of labour: qualitative interview study. *BMJ*. 2003;327(7424):1132.
13. GAGNON AJ, SANDALL J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007 [cited 2016 Apr 27]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002869.pub2>
14. A. AZIZOUDINE KINNEY. Evaluation qualitative de la préparation à la naissance et à la parentalité: le point de vue des patientes. De l'«accouchement sans douleur» à la préparation à la naissance et à la parentalité. 2011.
15. COULM B, BLONDEL B. Grossesses à bas risque: interventions obstétricales selon les caractéristiques de la maternité en 2010. DREES; 2014 décembre. Report No.: 897.
16. BEUCHER G. Complications maternelles des extractions instrumentales. *Rev Sage-Femme*. 2009 Jun;8(3):170–86.
17. Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal (IUSMM). État de stress post-traumatique (ESPT) [Internet]. 2015 [cited 2015 Sep 23]; Available from: <http://www.iusmm.ca/hopital/usagers/-/famille/info-sur-la-sante-mentale/etat-de-stress-post-traumatique.html>
18. JOSSE E. État de Stress Aigu et État de Stress Post-Traumatique, quoi de neuf dans le DSM-5? [Internet]. 2013 [cited 2015 Dec 24]; Available from: http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/chgt_dsm_ptsd_asd.pdf
19. American Psychiatric Association, CROCQ M-A, GUELFY J-D, et al. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
20. DENIS A, CALLAHAN S. État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature. *J Thérapie Comport Cogn*. 2009 Dec;19(4):116–9.
21. CAPPONI I, HORBACZ C. Evolution et déterminants éventuels de l'anxiété périnatale de primipares: du huitième mois de grossesse au troisième mois post-partum. *Devenir*. 2005;17(3):211.

22. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum (en particulier, dépression post-natale). Paris; 1995.
23. SENAT M-V, SENTILHES L, et al. Post-partum : recommandations pour la pratique clinique – Texte court. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2015 Dec;44(10):1157–66.
24. ADAMS S, EBERHARD-GRAN M, et al. Mode of delivery and postpartum emotional distress: a cohort study of 55 814 women. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2012 Feb;119(3):298–305.
25. BYDLOWSKI M. Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l’objet interne. Devenir. 2001;13(2):p. 41–52.
26. MISSONNIER S. Parentalité prénatale, incertitude et anticipation. Adolescence. 2006;55(1):207.
27. FAVEZ G. “De la contestation” (1958), cité par GOLSE B. en exergue de son ouvrage Du corps à la pensée, Paris, puf, 1999.
28. FREUD S. Inhibition, symptôme et angoisse (1926). Puf; 2016.
29. LAPLANCHE J, PONTALIS J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. 14. ed. Paris: Pr. Univ. de France; 2003. 523 p. (Bibliothèque de psychoanalyse).
30. VUILLE M. L’invention de l’accouchement sans douleur, France 1950-1980. 2015;2(34):39–56.
31. BERNARD M-R, EYMARD C. Évolution et enjeux actuels de la préparation à la naissance et à la parentalité. Santé Publique. 2012;24(4):283–9.
32. GUISE C. La préparation à la naissance et à la parentalité: à chacun sa méthode... 2009.
33. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), et al. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Parimage; 2010.
34. SAUVEGRAIN P. Toutes les femmes ont-elles accès aux séances de préparation à la naissance ? Spirale. 2009 Jan 6;(47):167–78.

35. Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle (CNEMM). Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles. France, 2007-2009. 2013 Oct.
36. TAYLOR A, ATKINS R, et al. A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. *Arch Women's Ment Health*. 2005 May;8(1):45–51.
37. GENOUD PA. Indice de position socioéconomique (IPSE): un calcul simplifié. *Fribg Univ Fribg* [Internet]. 2011 [cited 2017 Feb 3]; Available from: http://www.unifr.ch/ipg/assets/files/DocGenoud/IPSE_new.pdf
38. ALVAREZ L, CAYOL V. *Psychologie et psychiatrie de la grossesse: de la femme à la mère*. Paris: O. Jacob; 2015.
39. FREUD S, PESTRE E, et al. *Au-delà du principe de plaisir (1920)*. Paris: Payot & Rivages; 2010.

Annexes

Annexe 1 : Guideline des entretiens

ITEM 1 : Retentissement materno-fœtal

- Comment se sent-elle depuis son accouchement ? (En complément de l'annexe 2)
- Comment se porte son bébé ?
- Comment vit-elle son nouveau statut de mère ?

+ Observation du lien mère-enfant en complément de l'annexe 4

ITEM 2 : Profil de la patiente

- Pourquoi a-t-elle choisi d'être prise en charge à Port Royal ?
- Comment a-t-elle vécu sa grossesse ? L'a-t-elle inquiétée ?
- Avait-elle un projet de naissance ?
- Souhaitait-elle une péridurale initialement ?
- Dans sa famille ou ses amis proches, y en a-t-il qui ont été confrontés aux forceps ?

ITEM 3 : Travail & Accouchement

- 3 adjectifs pour qualifier son accouchement
- Qu'est-ce qui l'a le plus marquée ?

Je ne dois pas évoquer le forceps avant d'avoir abordé les deux questions précédentes afin d'évaluer si la patiente en parle spontanément.

- Comment a-t-elle vécu toute la période allant de son entrée en salle de naissance jusqu'au début des efforts expulsifs ?
- Comment a-t-elle vécu les efforts expulsifs et l'extraction instrumentale par forceps en elle-même ?
- Etait-elle soulagée par la péridurale ? (+ EVA)
- Etait-elle accompagnée ? Par qui ? S'est-elle sentie soutenue ?
- Comment lui a-t-on annoncé la nécessité d'avoir recours aux forceps ?
- Quelle était l'ambiance générale dans la salle au moment de l'extraction instrumentale ?
- A-t-elle eu peur ?
- Quel est son vécu global de l'accouchement ?

ITEM 4 : Caractériser la PNP

- Lieu(x) et intervenant(s)
- A quelles séances a-t-elle assisté ? La question du forceps a-t-elle été abordée ?
- Préciser les informations obtenues sur le forceps
- Comment qualifier le discours de la sage-femme ? Utilisait-elle des supports ?
- Envisageait-elle pouvoir être concernée par un accouchement instrumental par forceps ?
- A-t-elle obtenu d'autres informations en dehors de la PNP classique ?
- A-t-elle participé à des préparations alternatives en plus de la PNP classique ?

ITEM 5 : Liens entre la préparation, la réalité de l'accouchement et le vécu

- Qu'est-ce que la PNP classique a apporté pour la grossesse et l'accouchement ?
- Qu'est-ce que les informations supplémentaires ont apporté pour la grossesse et l'accouchement ?
- Qu'est-ce que les préparations alternatives ont apporté pour la grossesse et l'accouchement ?
- Le projet de naissance a-t-il été respecté ?
- Avait-t-elle imaginé son accouchement ? Si oui : Y a-t-il eu un décalage et comment l'a-t-elle vécu ?
- Avec le recul, qu'est-ce qu'elle aurait aimé savoir et ne pas savoir ?
- A-t-elle des critiques et des propositions pour améliorer la préparation dont elle a bénéficiée ?
- Que recommanderait-elle à une amie pour se préparer au mieux à son accouchement ?

En plus : A-t-elle bénéficié d'un débriefing en suites de couches ?

Annexe 2 : Evaluation de l'état maternel

Echelle de Likert:

1	2	3	4	5
I-----I	I-----I	I-----I	I-----I	I-----I
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Un peu d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord

Depuis mon accouchement...

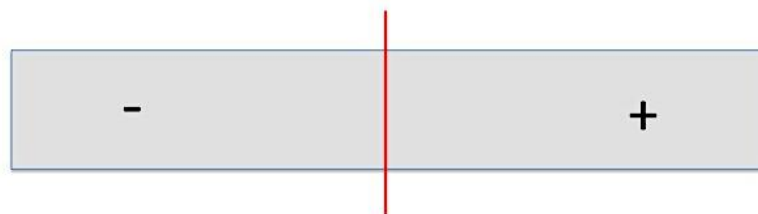
QUESTIONS
1) J'ai des souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants de l'accouchement
2) J'essaie d'éviter de repenser à l'accouchement
3) Je ne me souviens pas de tout (<i>au sujet de l'accouchement</i>)
4) Je suis d'humeur négative
5) J'ai des difficultés de concentration
6) Je sursaute facilement
7) J'ai des problèmes de sommeil
8) Je me suis sentie irritable
9) Je me suis sentie lasse
10) Je suis d'humeur labile
11) Je pleure facilement

Stress Aigu: renvoie aux items 1 à 8

Baby Blues: renvoie aux items 7 à 11

ATTENTION: Il faut prendre en compte le fait qu'à J2 il est encore un peu tôt pour bien repérer le baby blues et pour poser le diagnostic de stress aigu. De plus, dans le contexte du post-partum certains symptômes du stress aigu viennent se mélanger à la symptomatologie du baby blues ainsi qu'à la fatigue engendrée par l'accouchement et il convient aussi de différencier les problèmes de sommeil en lien et sans lien avec le bébé. Enfin, la sécrétion endogène d'ocytocine vient à son tour perturber l'analyse en exerçant un effet de type amnésiant (source : TAUBER M, FEIGERLOVA E. L'ocytocine et le système nerveux central. Arch Pédiatrie. 2007 Jun;14(6):593-5).

Annexe 3 : Echelle visuelle pour évaluer le vécu



-10 -9 -8 -7 -6 -5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5 +6 +7 +8 +9 +10



0 = vécu neutre

+ = vécu positif

- = vécu négatif

Annexe 4 : Evaluation du lien mère-enfant : Maternal to Infant Bonding Scale (Taylor et al.)

Cochez les cases qui décrivent le mieux ce que vous ressentez au sujet de votre bébé:

	Vraiment beaucoup	Beaucoup	Un peu	Pas du tout
Affection pour mon bébé *				
Sentiment d'en vouloir à mon bébé				
Neutre, je ne ressens rien, pas d'émotion				
Joie *				
Sentiment de ne pas être attirée				
Protectrice *				
Déçue				
Aggressive				

* score de 0 à 3, à l'inverse des items sans astérisque.

Cotation de 0 à 24

=> Selon M. Bienfait, on pose le diagnostic de difficulté du lien mère-enfant à partir de 2, avec une sensibilité à 0,9, une spécificité à 0,8, une VPP à 40,9% et une VPN à 98,1%. C'est à dire que ce test détecte bien les réponses anormales mais moins bien les variations subtiles de la normale.

Ce questionnaire est tout à fait utilisable dans le post-partum immédiat.

Source: BIENFAIT M et al. Pertinence of the self-report mother-to-infant bonding scale in the neonatal unit of a maternity ward. Early Hum Dev. 2011 Apr;87(4):281–7.

Résumé

Introduction: Il a été montré que les femmes ayant accouché par forceps présentaient un plus mauvais état de santé et de bien être que celles ayant accouché par voie basse spontanée. Notre moyen d'action préventif principal en anténatal se trouve être la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) mais comment cette dernière peut-elle améliorer le vécu d'un tel accouchement ? Quel serait le niveau d'information idéal à fournir aux femmes ?

Matériel et méthodes : Etude qualitative à type d'entretiens semi-directifs au sein d'une population de primipares ayant accouché par forceps sous analgésie péridurale et ayant eu recours à une PNP classique en anténatal.

Résultats : Echantillon de 10 accouchées à la maternité parisienne de Port Royal entre mai 2016 et novembre 2016, dont les grossesses avaient été à bas risque obstétrical, comparables entre elles concernant leurs caractéristiques démographiques et leurs issues obstétricales et néonatales. Toutes avaient effectué une PNP classique en ville que certaines avaient complété en s'appuyant sur d'autres sources d'information. 7 femmes ont exprimé un vécu positif de leur accouchement, 2 femmes ont décrit un vécu ni positif ni négatif de ce dernier et 1 femme a décrit un vécu très négatif de cette expérience.

Conclusion : La PNP classique, en apportant aux femmes sécurité, mise en confiance, compréhension, ouverture d'esprit, en les rassurant et en renforçant leurs capacités d'adaptation, fournit des amortisseurs psychiques pour que l'expérience de l'accouchement ne soit pas vécu sous le signe du traumatisme. Le niveau d'information idéal est celui qui donne accès à une anticipation tempérée et adaptée à chaque patiente, pourvoyeuse d' « angoisses signal » protectrices contre l'effroi.

Mots-clés : Accouchement instrumental, Forceps, Information, Préparation à la naissance, Vécu

Abstract

Introduction: It has been demonstrated that women who had forceps-assisted vaginal births reported a poorer health and wellbeing than women who had unassisted vaginal births. The preparation for childbirth is the leading antenatal care for reducing emotional morbidity of that kind of delivery but how can it do it? And what is the best level of information that we have to give?

Methods: Qualitative interview study using a sample of women who never gave birth and who had undergone forceps-assisted vaginal birth under peridural analgesia and who had participated to preparation for childbirth during their pregnancy.

Results: Sample of 10 women who had given birth at the maternity of Port Royal in France between May 2016 and November 2016, who had a low-risk pregnancy and who are comparable to each other for their demographic characteristics and obstetric and neonatal outcomes. All the women had followed a classic preparation for childbirth outside the hospital and some women had completed their preparation with other types of information. 7 women had a positive experience of their delivery, 2 women had an experience neither positive nor negative and 1 woman had a negative experience of her delivery.

Conclusion: The classic preparation for childbirth, giving to women security, reassurance, trust, understanding, open-mindedness and strengthening their capacity of adaptation, give psychic shock absorbers for that delivery experience not be traumatic. The best level of information is the one which allows access to a moderate anticipation and adapted to each woman.

Keywords: Instrumental delivery, Forceps, Information, Preparation for birth, Experience