

**Exploration de l'implication des femmes ayant participé
à des cours de préparation à la naissance et à la
parentalité lors de l'accouchement : étude qualitative
descriptive et interprétative dans une maternité de type
1**

Coline Rouchon

► **To cite this version:**

Coline Rouchon. Exploration de l'implication des femmes ayant participé à des cours de préparation à la naissance et à la parentalité lors de l'accouchement : étude qualitative descriptive et interprétative dans une maternité de type 1 . Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01825328

HAL Id: dumas-01825328

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01825328>

Submitted on 28 Jun 2018

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.

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE CLERMONT-AUVERGNE

**EXPLORATION DE L'IMPLICATION DES FEMMES AYANT PARTICIPE A DES
COURS DE PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITE LORS DE
L'ACCOUCHEMENT**

ÉTUDE QUALITATIVE DESCRIPTIVE ET INTERPRETATIVE DANS UNE MATERNITE DE TYPE I

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

ROUCHON Coline

Née le 3 juin 1993

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2017



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE CLERMONT-AUVERGNE

**EXPLORATION DE L'IMPLICATION DES FEMMES AYANT PARTICIPE A DES
COURS DE PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITE LORS DE
L'ACCOUCHEMENT**

ÉTUDE QUALITATIVE DESCRIPTIVE ET INTERPRETATIVE DANS UNE MATERNITE DE TYPE I

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

ROUCHON Coline

Née le 3 juin 1993

DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2017



Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements aux personnes m'ayant aidé et accompagné dans la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je remercie Madame Taithe, ma directrice de mémoire, pour son soutien, sa disponibilité et ses précieux conseils qui m'ont guidé et m'ont permis de parfaire ce travail.

Je remercie aussi Madame Méjean-Lapaire et Monsieur Gony qui m'ont guidé à travers les premières étapes de ce projet.

Je remercie Madame Hegay, cadre de la maternité, ainsi que toute l'équipe, pour leur disponibilité et aide lors du recueil de données.

Merci également à toute l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand pour ces quatre années de formation.

Je souhaite particulièrement remercier l'ensemble de la promotion 2017 pour ces années passées ensemble. Merci pour le soutien et l'amitié qui a grandement participé à l'aboutissement de ce travail.

Enfin, j'adresse mes sincères remerciements à ma famille et mes proches qui m'ont toujours accompagné et soutenu, tout au long de mes études.

Glossaire

APD : analgésie péridurale

CIANE : collectif Inter Associatif Autour de la Naissance

CNGOF : conseil national de l'ordre des gynécologues obstétriciens français

HAS : Haute autorité de santé

PNP : préparation à la naissance et à la parentalité

PPO : psychoprophylaxie obstétricale

TABLE DES MATIÈRES

<u>INTRODUCTION</u>	2
----------------------------------	----------

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. LA PRÉPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITE	3
2. LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT	9
3. LE VECU DE L'ACCOUCHEMENT	15

POPULATION ET METHODE

1. SCHEMA D'ETUDE	22
2. ÉCHANTILLON	23
3. MODE DE RECUEIL DES DONNEES	24
4. MODE D'ANALYSE DES DONNEES	25

RESULTATS

1. PRÉSENTATION DES PATIENTES INTERROGÉES	28
2. DESCRIPTION DE LA POPULATION	31
3. L'APPORT DES SEANCES DE PRÉPARATION A LA NAISSANCE	31
4. L'IMPLICATION DES FEMMES	35
5. L'IMPORTANCE DE L'ACCOMPAGNEMENT	39
6. LE VECU DE L'ACCOUCHEMENT	41

DISCUSSION

1. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	44
2. L'IMPLICATION DES FEMMES	45
3. LE ROLE DE LA SAGE-FEMME DE SALLE DE NAISSANCE	51
4. PROJET D'ACTION	55

<u>CONCLUSION</u>	56
--------------------------------	-----------

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

Introduction

L'accouchement a toujours été considéré comme une étape unique de la vie d'une femme. Ainsi, pour se préparer à vivre cet événement plusieurs méthodes se sont succédées au court du temps, jusqu'à aboutir finalement aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) que l'on connaît aujourd'hui.

Différentes formes de préparations à la naissance se sont renouvelées depuis des siècles, dans l'objectif initial d'aider les femmes à gérer les douleurs de la naissance. Or, avec la mise au point de la technique de l'analgésie péridurale (APD), l'idée d'apprendre à gérer la douleur est devenue obsolète puisqu'il existe une solution médicamenteuse extrêmement efficace pour effacer cette douleur.

Toutefois, les progrès de la médecine et la nécessité de diminuer la mortalité maternelle et infantile, ont transformé l'accouchement en un phénomène hospitalier, monitoré parfois au détriment de la physiologie naturelle. En effet, de nos jours, il n'est pas rare de voir des femmes lire, regarder un film ou même dormir lors du travail obstétrical. Dans cet état d'esprit, la question de l'implication et de l'investissement des femmes peut être posée. Ainsi, si la médicalisation peut désapproprier les femmes de leur accouchement et il paraît alors légitime de se demander si la préparation la naissance, par l'apport de connaissances sur la physiologie de l'accouchement, favorise la participation active des femmes lors de la naissance de leur enfant.

L'idée de ce travail est alors d'étudier l'implication physique et psychique des femmes dans leur accouchement lorsqu'elles ont assisté à un discours de préparation et d'information sur l'accouchement. De plus, il paraît essentiel d'étudier l'importance du rôle central de la sage-femme dans cette prise de contrôle des femmes.

Dans un premier temps est présentée une revue de la littérature, dans le but de faire le point sur les connaissances actuelles autour de la préparation à la naissance et de l'accouchement physiologique. Ensuite, une partie sur la méthode utilisée sera présentée afin d'exposer les grands principes méthodologiques qui ont régi cette étude. Nous trouverons ensuite les principaux résultats mis en évidences lors des entretiens. Et enfin, une discussion laisse place à un projet d'action visant à améliorer la prise en charge des parturientes.

Revue de la littérature

1. La préparation à la naissance et à la parentalité

a) Historique

Depuis toujours, l'accouchement est un événement unique et mystérieux dans la vie d'une femme. Il est lié à de nombreuses peurs et inquiétudes et soulève de nombreuses interrogations sur son déroulement. Cette appréhension de l'accouchement est due en grande partie à la douleur, la douleur des contractions, de l'expulsion. Ainsi, plusieurs méthodes se sont succédées à travers le temps afin de trouver une prise en charge à cette douleur omniprésente autour de l'accouchement.

Dès la fin du XIX^{ème} siècle, l'utilisation de l'hypnose en obstétrique par les Dr Charcot et Dr Joire montre le souhait de diminuer cette douleur de la naissance. Plus tard, dans les années 1930, le Dr READ, obstétricien britannique, rédige un livre de méthode sur « L'accouchement sans peur » et met en avant la différence entre souffrance et douleur (1). Il essaie de faire disparaître l'association entre les contractions et la douleur.

En 1951, le Dr LAMAZE, instaure en France la psychoprophylaxie obstétricale (PPO). Il s'agit d'une nouvelle approche reposant sur un entraînement physique régulier, fondé sur la respiration et sur des conditions psychiques optimales, pour favoriser un accouchement naturel. Cette méthode est rapidement plébiscitée pour son efficacité à tel point que l'Assemblée nationale décidera en 1956 le remboursement de six séances préparatoires. C'est la naissance des premiers cours de préparation à l'accouchement. Il s'agit de réellement préparer les femmes à accoucher en leur donnant une information complète sur la mécanique de l'accouchement et en les préparant tant physiquement que psychologiquement à donner naissance. Ainsi, par cette méthode, les femmes ne voient plus la douleur comme un obstacle mais comme un guide permettant à leur corps de s'adapter aux besoins du bébé à naître. Dès lors, elles sont plus aptes à garder le contrôle de leur corps et à s'investir dans leur travail obstétrical.

Avec l'apparition de la péridurale dans les années 1970, les femmes se désintéressent de la PPO et se tourne vers une approche plus médicalisée de

l'accouchement. Il n'est plus question d'accepter ou de gérer la douleur mais de la supprimer (2).

Les premières anesthésies péridurales ont engendré un sentiment ambigu. Les femmes ne ressentent pas la douleur des contractions ni de l'expulsion. Elles n'ont plus de sensations, ce qui peut les mener à être dépossédées de leur corps, n'ayant aucun contrôle sur le déroulement des événements. L'accouchement est banalisé, simplifié mais les femmes n'ont plus les sensations de « mettre au monde ».

A la suite d'un rapport de la mission périnatalité (Pr. BREART, Pr. PUECH, Pr. ROZE) (3), le ministère de la Santé et de la Protection Sociale décide de mettre en place un plan de périnatalité pour moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance (4). Ce plan doit permettre, de réduire la mortalité périnatale et maternelle, tout en développant une offre plus humaine. Il vise également à améliorer les conditions des professionnels de la naissance. Ce plan fut, concernant la mortalité maternelle, une réussite. Le nombre de décès lié à la grossesse, et notamment à l'accouchement, a diminué significativement. Les grossesses sont beaucoup plus encadrées et les accouchements se déroulent dans des structures médicalisées, équipées avec une équipe de professionnels constamment présente afin d'assurer au maximum la sécurité des femmes.

Ce plan de périnatalité redéfinit également l'encadrement de la PPO. L'objectif est d'améliorer l'état de santé des femmes et des nouveau-nés « par une approche éducative et préventive ». Ce plan cherche également à assurer la sécurité émotionnelle des femmes en proposant un entretien au cours du 4^{ème} mois de grossesse afin de préparer au mieux l'arrivée du nouveau-né au cours duquel il est question d'explorer tout le contexte de la naissance (modification du corps, de la famille, de l'organisation, des émotions...).

b) Les recommandations de la Haute Autorité de Santé

Les normes de la Haute Autorité de Santé font suite au plan de périnatalité 2005-2007 qui instaure l'entretien prénatal précoce en accompagnement des séances de préparation à la naissance (5). Elles ont pour but de donner une approche plus humaine à

la naissance et de favoriser la participation active du couple dans le projet de naissance. Les séances doivent « s'adapter aux besoins spécifique des femmes ». Il est important de prendre en considération les besoins, les sentiments, et les spécificités de chaque femme et de chaque couple.

Ces recommandations redéfinissent également l'importance du projet de naissance qui est présenté comme « la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soin locale ». Si historiquement le but de la préparation à la naissance était de soulager la douleur des femmes, elle semble s'orienter vers un accompagnement plus global à la naissance et à la parentalité.

D'un point de vue législatif, en France, 8 séances de préparation à la naissance sont prises en charge par la sécurité sociale. Elles comprennent un entretien individuel ou en couple qui doit systématiquement être proposé à la femme enceinte par le professionnel qui confirme la grossesse. Cet entretien est alors suivi de sept séances de préparation à la naissance (6).

c) Les objectifs de la PNP

Les recommandations de la HAS ont pour objectif de proposer aux professionnels de santé une démarche préventive, éducative et d'orientation dans le système de santé dans le but de :

- « Préparer le couple à la naissance et à l'accueil de son enfant au moyen de séances éducatives adaptées aux besoins et aux attentes de chaque femme et futur père »
- « Repérer précocement les difficultés du couple »
- « Accompagner chaque couple, et en particulier s'il existe une situation de vulnérabilité, par des dispositifs qui préviennent les troubles de la relation parents enfant »

- « Soutenir la parentalité par des informations et des repères sur la construction des liens familiaux et sur les moyens matériels, éducatifs et affectifs qui permettent à l'enfant de grandir »
- « Favoriser une meilleure coordination des professionnels autour et avec la femme enceinte et le couple, de l'anténatal au postnatal » (7).

La PNP propose un soutien dans tous les domaines encadrant la naissance : les modifications physiques et psychologiques, le soutien à la fonction parentale, l'amélioration des interactions mère-enfant, la formation et des conseils sur l'allaitement maternel...

d) Les différents types de PNP

La préparation classique : Elle débute environ au sixième mois de grossesse. Elle associe l'apport de connaissances et d'informations sur tous les aspects de la naissance : la grossesse, l'accouchement et l'après naissance ainsi que des exercices pratiques. Les différents thèmes abordés, tels que la contraction, quand partir à la maternité, le baby blues, l'allaitement, le travail d'accouchement..., permettent de dédramatiser tous les aspects de la grossesse. Les exercices proposés sont souvent en liens avec la relaxation, le soulagement des douleurs et la gestion des contractions de travail. Ils associent mouvements et respiration. Il existe également un temps de réponses aux questions afin de minimiser au maximum les angoisses des femmes (2)(8).

La préparation sophrologique : La sophrologie est une méthode mise au point par Caycedo en 1960, elle permet un apprentissage de la détente et de la maîtrise de la douleur par le mental. Chaque cours comprend une partie théorique qui apporte des connaissances et informations au même titre qu'une préparation classique et une partie pratique. La sophrologie est utilisée dans le cadre de la préparation à la naissance pour apprendre à se détendre, acquérir une meilleure connaissance de soi et de son corps ainsi qu'à établir une véritable harmonie corps avec l'esprit. Le but est d'accueillir le plus sereinement possible son enfant. Lors de la préparation à l'accouchement, la sophrologie intervient dans la

gestion du stress, de l'anxiété et le contrôle des émotions grâce à des techniques de respiration et de relaxation mentale et musculaire (9).

La préparation yoga : Les cours de yoga sont basés sur les postures et la respiration. Le yoga est une philosophie de vie qui cherche l'harmonie entre le corps, le mental et l'esprit. Les cours peuvent débuter dès le début de la grossesse. Ces séances ne sont pas remboursées si elles sont assurées par un professeur de yoga. Il permet l'apprentissage d'exercices d'étirements qui aident à acquérir de la souplesse mais aussi à bien positionner le bassin lors de l'accouchement. Il y a également des exercices qui font travailler le souffle dans le but d'acquérir des techniques de relaxation par la respiration, de coordonner les mouvements et la respiration, afin d'affronter la douleur. Ces exercices permettent d'évacuer les tensions et angoisses par la relaxation (10).

La préparation en piscine : Les séances s'organisent autour d'une gymnastique aquatique et un travail sur la respiration. Elles commencent par un échauffement, puis des exercices de respiration, d'étirements et de simulations pour finir sur la relaxation. Ce type d'exercice permet de faire travailler tous les muscles en douceur en faisant de petites séries d'exercices. Le travail en piscine permet d'assouplir le périnée et d'effectuer des exercices simulant la poussée au cours de l'accouchement (2).

L'haptonomie : Cette méthode propose à la mère et au père d'établir un contact affectif avec leur bébé. Les séances sont données individuellement. Elles débutent lorsque la mère commence à percevoir les mouvements du bébé c'est à dire dans les alentours du quatrième mois. Il s'agit d'apprendre aux parents à entrer en communication avec leur bébé grâce au toucher, aux caresses, et à établir une relation profonde de contact, d'appels et de réponses, et de confiance. Il est question d'apprendre à reconnaître les besoins du bébé, à deviner ce qu'il aime et ce qu'il aime moins et surtout à lui donner de l'amour à travers des gestes qui le rassure afin de l'accompagner sereinement dans son développement. Le rôle du père est très important dans cette méthode, le contact affectif lui permet d'établir un lien sentimental avec l'enfant avant la naissance. Il apprend également à aider sa femme au moment de l'accouchement à l'aide de techniques de massage précis (11).

Il existe d'autres méthodes de préparation à la naissance : chant prénatal, acupuncture, phytothérapie, aromathérapie... Chaque méthode présente des particularités qui permettent aux femmes de choisir ce qui leur convient le mieux. Toutefois, quelle que soit la méthode utilisée, la préparation garde un objectif commun qui est de préparer le couple à la venue d'un enfant.

e) Les apports des cours de PNP

L'efficacité de la préparation à la naissance reste inconnue tant pour ses effets sur le déroulement de la naissance que sur la fonction parentale (études randomisées de faible niveau de preuve). Toutefois, la PNP permet aux femmes un meilleur vécu de leur grossesse en améliorant l'estime de soi et en diminuant les angoisses et l'anxiété.

Les études retrouvées dans la littérature montrent classiquement une corrélation entre la préparation à la naissance et la prise en charge de la douleur et de l'anxiété. Nous avons pu voir que l'éducation prénatale réduit significativement le stress de la naissance. En effet, les femmes ayant assisté à des cours d'éducation prénatale ressentent moins de stress et moins de douleur pendant le travail et l'accouchement (12)(13).

L'accompagnement d'un professionnel à travers la préparation à la naissance et les informations fournies lors de ces séances permettraient aux femmes de se sentir en confiance et en contrôle et d'être pleinement actrice de leur travail en étant préparée à affronter différentes situations.

Une étude menée en Suède a mis en évidence que favoriser l'autonomie et la confiance des femmes pendant le travail est un élément important pour la prise de contrôle (14). Une autre étude réalisée parmi des femmes iraniennes nous démontre que l'éducation prénatale réduit significativement le stress de la naissance et que les femmes ayant participé à des cours de préparation ressentent moins de stress pendant la grossesse et moins de douleur le jour de l'accouchement (15). Il semblerait que l'information permette aux femmes de mieux contrôler leur accouchement et les émotions négatives qui lui sont associées.

Enfin, à travers les données de la littérature, il apparaît également que les femmes ayant participé à des séances de préparation à la naissance semblent mieux intégrer leur état de grossesse et investissent plus facilement la grossesse (13).

Ainsi, si l'information permet un meilleur vécu de la grossesse et de l'accouchement, aucune étude du vécu de l'implication des femmes n'a été menée. Pourtant, il semble important, dans un contexte d'approche plus humaine, d'explorer le ressenti des femmes sur ce sujet.

2. Le travail et l'accouchement

a) La physiologie

Malgré le développement des connaissances médicales sur l'accouchement physiologique, il n'en reste pas moins un phénomène universel tant qu'une expérience personnelle et, à ce titre, ne peut être que partiellement expliqué.

Le constat sur l'accouchement tel qu'il est pratiqué de nos jours, en France, montre une réelle banalisation des gestes techniques et une augmentation de la médicalisation de l'accouchement. En effet, une majorité de femmes choisit un accouchement monitoré sous analgésie péridurale (APD). En d'autres termes, un travail très encadré par des protocoles et une surveillance rapprochée qui s'interpose parfois entre la femme et son besoin de sensation de contrôle. En effet, d'après l'enquête périnatale de 2010 « la prise en charge de la douleur par une péridurale ou une rachianesthésie est devenue beaucoup plus fréquente puisqu'elle a concerné 82 % des femmes en 2010, au lieu de 75 % en 2003 » (16).

La préparation à la naissance n'étant plus fondée sur les voies de soulagements de la douleur, l'APD étant omniprésente et faisant partie intégrante de l'accouchement, les femmes se retrouvent moins prêtes à accoucher, et redoutent une naissance sans

médicalisation. La naissance est alors considérée comme un acte médical et non comme une mise au monde naturelle.

L'accouchement physiologique est en réalité un concept qui s'oppose à l'accouchement médicalisé. La physiologie est une science qui étudie les propriétés et les fonctions des tissus et organes du corps humain. Appliqué à l'obstétrique, il s'agit d'étudier les mécanismes fondamentaux et universels de l'accouchement idéalement agencés afin que la naissance se déroule naturellement, sans interventions extérieures.

Dans l'accouchement physiologique, de nombreux éléments interviennent :

- La libération d'un « cocktail d'hormone » (17)
- La mobilisation des articulations des os du bassin, souvent trop peu exploitée par les professionnels autour de la naissance (18)
- L'instinct primitif contrôlé par les « vieilles structures » cérébrales.

La libération de ce « cocktail d'hormone », telle qu'elle est décrite par le docteur Michel Odent, prend une place importante dans la physiologie de l'accouchement. Il y a les hormones responsables de la mise en route du travail (prostaglandines, ocytocines, prolactine) et celles responsables des sensations. En effet, il existerait un système hormonal de régulation de la douleur par la sécrétion d'endorphines. Toutefois, le stress permanent, étant à l'origine de la sécrétion d'adrénaline, inhibe les effets de ces morphiniques naturels en saturant les récepteurs sur lesquels ils agissent. Ainsi, la libération de ce cocktail d'hormone va être un acteur primordial des événements de la naissance.

Des études réalisées sur les postures pendant le travail montrent l'intérêt de la mobilisation de la parturiente, notamment par l'alternance de la nutation et contre-nutation. Les recommandations du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) de 1998 vont en effet dans ce sens (19). Ceci va donc à l'encontre d'un travail sous analgésie péridurale qui se déroule fréquemment en position fixe, généralement le décubitus dorsal (20).

Toutefois, l'apparition progressive d'analgésie péridurale ambulatoire pourrait permettre d'améliorer la mobilisation des femmes pendant le travail tout en prenant en charge la douleur de façon active. Un essai clinique randomisé a mis en évidence les bénéfices de la mobilisation et de la position debout sur le nombre d'extraction instrumentale (21), en comparant la mise en place d'APD à forte doses versus une APD faiblement dosée permettant la déambulation.

Il serait bénéfique, notamment dans la première phase du travail, de marcher et d'alterner différentes positions afin de réduire la durée du travail. Cette idée est développée dans une revue de la Cochrane incluant 25 essais randomisés (22).

L'enquête de périnatalité de 2010 montre que 82% des femmes accouchent sous analgésie péridurale alors qu'il existe des preuves que la mobilisation et le positionnement pendant le travail facilite la descente de l'enfant dans l'excavation pelvienne, ce qui pointe du doigt la contradiction entre la médicalisation et la physiologie de l'accouchement (23).

Il est essentiel de retenir que la mobilisation active de la parturiente pendant l'accouchement permet parfois de voir évoluer une situation bloquée, par l'alternance des mouvements de nutation et contre-nutation (18), qui sont ainsi définis :

- Nutation : Il s'agit de la bascule en avant et en bas du sacrum. Le promontoire se déplace en avant et en bas. Elle peut être obtenue par la flexion des cuisses sur le bassin. Cette position peut favoriser la concordance des axes et en diminuant la lordose lombaire et améliorer l'avancée de l'accouchement.
- Contre-nutation : Dans ce mouvement, la base du sacrum bascule vers l'arrière. Cette bascule agrandit alors en taille le détroit supérieur ce qui favorise l'engagement de la présentation fœtale dans le bassin.

Ainsi, l'un des moyens les plus efficaces pour faciliter l'accouchement est la mobilisation. Dans certaines situations, la dilatation stagne pour des raisons psychologiques telles que le stress et l'angoisse ou bien simplement suite à une immobilisation sur une table de travail. Ainsi, la qualité des contractions et leur efficacité

sur la descente du mobile fœtal dépend en partie des changements de positions pendant le travail.

Enfin, une enquête montre que le fait d'éviter les stimulations du néo cerveau par la lumière, l'observation, le langage ou un sentiment d'insécurité, plonge la femme dans un état de conscience tel qu'il permet de faire la synthèse des besoins les plus essentiels de la femme qui accouche, et de « se couper du monde » (24). C'est ce qui en fait un événement unique et une expérience personnelle extrêmement importante dans la vie d'une femme.

Nous avons alors pu constater l'implication de phénomènes diverses dans la physiologie de l'accouchement, mais afin de le comprendre totalement, il paraît nécessaire d'en étudier la mécanique (18).

b) La mécanique de l'accouchement

La mécanique de l'accouchement met en jeu différents phénomènes dynamiques et mécaniques : les contractions utérines, l'effacement et la dilatation du col, et la progression du mobile fœtale dans l'excavation pelvienne.

Les contractions utérines résultent de l'interaction de facteurs hormonaux et mécaniques. Il s'agit d'une contraction involontaire et régulière qui a pour but de favoriser la descente de la présentation fœtale et d'induire des modifications cervicales.

La modification cervicale, dans la population primipare, s'effectue en deux temps. Tout d'abord l'effacement du col puis la dilatation, tandis que chez la femme multipare ces deux phénomènes sont simultanés.

L'effacement aboutit à une disparition totale de la longueur cervicale. Parallèlement, le col utérin va se centrer et se retrouver au sommet de la présentation fœtale.

La dilatation correspond au phénomène d'ouverture progressive du col jusqu'à dilatation complète soit 10 cm. À ce stade-là, le col n'est plus un obstacle pour la progression de la présentation fœtale et l'engagement peut s'opérer.

L'engagement correspond au passage du détroit supérieur du bassin. Cette étape ne peut exister qu'après la dilatation complète du col et met en jeu plusieurs notions. En effet, l'engagement de la présentation dépend de la flexion de la tête fœtale, et des phénomènes d'accommodation. Ceux-ci sont multiples : l'asynclitisme, les déformations plastiques du crâne et l'orientation en oblique qui permet d'utiliser les plus grands diamètres du bassin.

S'en suit la descente de la présentation à travers les différents étages du bassin, détroit moyen et détroit inférieur. Afin d'y parvenir, la présentation fœtale va subir une rotation intra pelvienne qui prépare au dégagement. Cette étape comprend à nouveau plusieurs phénomènes : le changement de direction de la présentation, l'ampliation du périnée et le dégagement de la tête et sa restitution. Enfin, l'accouchement se termine par le dégagement des épaules.

Au cours du travail, ces différents événements peuvent être à l'origine de dystocies. Toutefois, chacune de ces étapes correspond à la mécanique physiologique classique de l'accouchement qui, idéalement agencée, mène vers une naissance naturelle.

c) Les interventions médicales autour de la naissance

Il existe trois principales interventions médicales pendant le travail, qui peuvent interférer avec la physiologie de l'accouchement et parfois impacter sur le vécu des femmes :

L'analgésie péridurale (APD) : il s'agit d'une anesthésie locorégionale mise en place par un médecin anesthésiste réanimateur. Elle permet une disparition, ou nette diminution, de la douleur sans perte de conscience. Il y a une baisse de la sensibilité dans le bas du corps mais non une absence de mobilité. Ce processus est permis grâce aux différents dosages des drogues utilisées et à l'injection dans l'espace péridural. Toutefois, l'utilisation importante de l'APD en obstétrique suscite de nombreuses réflexions. Près de 90% des obstétriciens décrivent une impression de ralentissement du travail sous analgésie et certains estiment que son utilisation excessive serait à l'origine d'une augmentation du taux de césarienne et d'extraction instrumentale (25). Dans des études

menées récemment qui montrent l'intérêt et l'importance de la mobilisation des femmes pendant le travail, nous constatons que les équipes cherchent à mettre en place une APD dite « ambulatoire ». L'utilisation en pratique courante de ce procédé pourrait correspondre à un équilibre entre médicalisation et respect de la physiologie de l'accouchement tout en aidant les femmes à accoucher sans douleur.

Les études retrouvées dans la littérature témoignent d'une corrélation entre l'APD et l'augmentation de la durée du travail. En effet, il serait établi que l'utilisation de l'APD augmente de façon significative la durée de la deuxième phase du travail (26).

Il serait également démontré que cette analgésie entraînerait un risque plus important d'extraction instrumentale. En effet, il semblerait que l'hypotonie liée au bloc moteur soit à l'origine de malpositions de la présentation fœtale donnant ainsi lieux à l'utilisation d'instrument pour aider la naissance. Toutefois, il n'y aurait pas de corrélation entre l'APD et le nombre d'extraction par césarienne (27). De même, il n'y aurait pas d'incidence sur le rythme cardiaque fœtal (RCF) et aucune conséquence sur l'état de santé néonatal (28). De plus, certaines données de la Cochrane, regroupant près de 38 essais randomisés, confirment ces idées (29).

Enfin, une autre étude de la Cochrane, incluant cinq essais randomisés, concernant les différentes positions pendant la deuxième phase du travail, montrent que les données actuelles sont insuffisantes afin de conclure à l'efficacité des positions chez les femmes sous APD. Ainsi, il est conseillé que les femmes choisissent des positions confortables, dans lesquelles elles se sentent à l'aise (30).

Les ocytociques : Les ocytociques sont des hormones de synthèse semblables à celles sécrétées naturellement lors des contractions utérines. Leur administration pendant le travail obstétrical permet de régulariser et d'intensifier les contractions (31). L'utilisation de ce produit est conseillée dans certaines situations afin d'éviter les stagnations lors du travail et de résoudre certaines dystocies dynamiques en jouant sur la contractilité utérine. Toutefois, les bénéfices de l'administration d'ocytocine pendant le travail sont mal définis, et les effets néfastes engendrés sont encore peu connus. Du côté des professionnels, les risques associés, tels que l'hémorragie du post partum ou encore la rupture utérine, sont de plus en plus présents dans les esprits et implique une administration parcimonieuse et prudente de ce produit.

Les recommandations actuelles pour la pratique clinique du CNGOF recommande l'injection prophylactique d'ocytocine lors du dégagement des épaules dans le cadre de la prévention des hémorragies du pos partum. Ce produit est également recommandé en première intention du traitement des hémorragies.

Dans le cadre de l'utilisation pendant le travail, il semble que les ocytociques soient associés à une majoration du risque d'hémorragies de la délivrance, pourtant, près de 53% des femmes en reçoivent pendant le travail (dans le cadre d'une mise en travail spontanée) (32). De plus, il est constaté que son utilisation en France dépasserait le cadre de ses indications. Ainsi, il est nécessaire de réserver cette intervention pour les cas de dystocie mécanique avérée et dans les situations où le rapport bénéfice-risque est favorable.

L'amniotomie : Il s'agit de la rupture artificielle de la poche des eaux, effectuée par un professionnel de santé, au cours du travail obstétrical. La poche des eaux amoindrit la force de pression des contractions pendant le travail et sa rupture permet ainsi de lutter contre les dystocies dynamiques. Ainsi, l'amniotomie entraîne une accélération de la dilatation du col utérin par application directe de la présentation fœtale. La libération des éléments contenus dans le liquide amniotique entraîne également une stimulation du myomètre et ainsi augmenter la contractilité utérine (33).

Actuellement, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), ne recommande pas l'amniotomie précoce de façon systématique. Elle serait à l'origine d'anomalies du RCF à type de ralentissements variables et tardifs entraînant par conséquent des risques hypoxiques pour l'enfant à naître (34).

3. Le vécu de l'accouchement

a) L'expérience des parturientes

Le point de vue des femmes sur le travail, la naissance, a été explorée à travers un certain nombre d'étude. Les normes de la HAS stipulent que la PNP a pour but de donner « une approche plus humaine à la naissance et de favoriser la participation active du

couple dans le projet de naissance », d'accompagner la femme ou le couple dans ses choix et ses décisions concernant leur parcours obstétrical.

Or des études réalisées par le Collectif Inter Associatif Autour de la Naissance (CIANE) montrent que l'idée principale quant au vécu des femmes est « on ne m'a pas demandé mon avis ». Cette étude dévoile également que les femmes n'étaient pas libres de bouger et de se positionner comme elles le souhaitaient dans 36% des cas et que 15% avaient de grands regrets sur le non-respect de leur projet de naissance (35). Les femmes interrogées souhaitent être impliquées dans leur travail et veulent en discuter avec le personnel de santé chargé de leur suivi. Il apparaît, pour elles, essentiel de se voir en tant que participante active à l'accouchement et non uniquement en tant que « patiente hospitalisée ». Elles doivent être encouragées à bouger librement, accoucher dans les positions qui leurs semblent confortables. Toutefois, cette étude étant réalisée via le site internet de l'association, elle présente un biais de recrutement et l'échantillon ne serait que peu représentatif de la population générale.

Les mères décrivent l'accouchement comme un phénomène divers et complexe très dépendant de l'environnement social, culturel et de l'organisation qu'il existe autour. Les expériences sont très différentes et reposent sur l'interaction de tous les événements autour de la naissance.

Une étude s'est intéressée aux émotions des femmes ayant vécu un accouchement naturel (36). Les descriptions fluctuent en fonction du contexte. Les parturientes décrivent leur accouchement comme « un espace sans temps ni lieu avec une sensation de lâcher prise ». Beaucoup de femmes se disent « surprise de l'efficacité de leur corps ». A ce titre, les chercheurs ont étudié le rôle des sensations et des sentiments de la femme comme indicateur prédictif d'un déroulement physiologique de l'accouchement. En effet, les femmes apparaissent comme sous l'emprise d'une émotion très forte et intense lors du travail et elles semblent parfaitement à l'écoute de leur corps et en mesure de détecter le moindre dysfonctionnement.

Cette étude est cependant de faible niveau de preuve et, par conséquent, il serait nécessaire d'approfondir le sujet afin de baser des recommandations ou des pratiques cliniques dessus. En effet, il s'agit d'une étude réalisée sur un échantillon de 18 femmes

ayant bénéficié d'un parcours de soins similaires et ainsi il n'est pas représentatif de la population générale. Toutefois, les émotions et témoignages recueillis mettent en lumière une façon de penser intéressante, à prendre en considération.

D'autres études mettent en avant les trois variables qui, selon les femmes interrogées, sont essentielles : l'investissement (ou sensation de contrôle), la douleur et le soutien humain (par le conjoint ou la sage-femme). Ce sont ces trois éléments qui permettent à la femme de se sentir sujet et non objet (37).

Par ailleurs l'implication et le soutien des sages-femmes dans la naissance, de même que l'accouchement naturel sans intervention extérieure sont des éléments vécus très positivement chez les patientes. À l'inverse, les interventions médicales, l'anxiété, le déclenchement artificiel du travail sont perçus comme des événements négatifs. Ces événements montrent bien la volonté qu'il existe de réussir à accoucher « toute seule ».

Il paraît alors certain que l'implication et le respect de la volonté de la femme ont une répercussion psychologique sur le vécu des femmes et leur entrée dans la parentalité.

Deux autres points importants se dégagent du vécu des femmes : la sécurité et la satisfaction. Les femmes traduisent un besoin de se sentir en sécurité mais pas au point de nuire à leur ressenti de l'accouchement. Elles traduisent une nécessité d'utiliser les interventions avec parcimonie afin de trouver un juste milieu dans l'intrusion dans le parcours vers la naissance (37).

Enfin, l'un des sentiments prédominants chez les femmes lors de la grossesse et l'accouchement reste la peur (38). Elle est souvent décrite comme le pire souvenir autour de la naissance. Il s'agit principalement de la crainte des complications possibles (césarienne et hémorragie principalement). Il apparaît que les soins prodigués par les sages-femmes et médecins obstétriciens jouent un rôle essentiel dans la diminution de l'appréhension chez les parturientes.

Nous avons alors pu voir que le vécu des femmes de leur accouchement les amène à réfléchir sur leurs envies et à avoir de plus en plus de demandes pour leur prise en charge lors de leur accouchement.

b) La volonté des femmes

Il semblerait, à travers la littérature, que de plus en plus de femmes souhaitent participer activement à leur travail. Elles expriment un sentiment de besoin de contrôle et une nécessité de prendre part aux décisions les concernant. Elles veulent faire partie activement de la prise en charge, maîtriser leur accouchement et ont souvent peur de la perte de contrôle.

Les études menées par le CIANE montrent une volonté des femmes de revenir vers des pratiques moins médicalisées et une évolution de leur implication dans leur accouchement. En effet, le pourcentage de femmes qui font part de certaines envies ou souhaits concernant leur accouchement a augmenté ces dernières années en passant de 36% en 2005 à près de 57% en 2011. Il est à noter que le respect de ces demandes est fortement corrélé à la satisfaction.

L'expression de cette évolution de la volonté des femmes d'être impliquées dans les événements de la naissance a été notamment prise en compte lors de la décision de création du projet de naissance. Il s'agit d'un outil de communication entre les patientes et les professionnels de santé autour de la naissance, essentiellement les sages-femmes, interlocutrices les plus proches des femmes. Il est défini comme « l'énoncé des souhaits des parents quant au déroulement de la grossesse et de la naissance de leur enfant ».

La HAS recommande aux professionnels d'informer les couples de l'existence de cet outil dès le début de la grossesse afin que leur réflexion mûrisse jusqu'à l'accouchement. Pourtant, il y a encore aujourd'hui très peu de couple qui s'investissent dans la rédaction ou création d'un tel projet. Pourtant il semble important d'encourager les femmes à communiquer sur leurs envies et leurs besoins afin de répondre au mieux à leurs attentes.

Une méta-analyse sur les thérapies alternatives pour gérer la douleur pendant le travail a montré que beaucoup de femmes souhaitaient éviter les médicaments et les méthodes invasives (39). Ainsi, elles semblent préférer l'utilisation de méthodes

alternatives telles que l'acupuncture et l'hypnose mais les résultats de ces études sont souvent subjectifs et une analyse plus poussée est nécessaire pour confirmer cette notion.

Il est également mis en avant une volonté de diminution de la médicalisation, ce qui explique l'essor important des méthodes alternatives ces dernières années (40). Il semblerait par ailleurs, que la pratique de la relaxation et du yoga entraînerait une diminution de la douleur et augmenterait la satisfaction globale des femmes sur leur travail et accouchement (41).

c) Le lien avec la PNP : place de la sage-femme.

La PNP peut être vue comme un outil intéressant afin de conseiller les femmes sur la possibilité de partager leur souhait et de construire un projet pour leur accouchement.

La PNP permet d'encourager les femmes à avoir confiance en elle. En effet, les femmes ayant des connaissances concernant l'accouchement sont plus préparées et se sentent plus confiantes et en maîtrise de la situation. Elles ont en main des outils véritablement indispensables pour devenir mère, vaincre leur inquiétude et mieux appréhender la douleur et le stress générés par les événements.

Certaines études randomisées ont montré que l'éducation prénatale réduit significativement le stress de la femme et qu'elle ressent moins de douleur pendant le travail. L'éducation aiderait ainsi, à contrôler les sensations de l'accouchement. Une autre étude a montré qu'il serait plus efficace d'élaborer une stratégie thérapeutique lors de l'accouchement en connaissant les valeurs, les attentes et les préférences des patientes et comment celles-ci affectent leur choix plutôt que leur demander de prendre une décision à l'avance (allaitement, péridurale) sur un sujet aussi imprédictible que le travail (42).

Les études concernant la PNP montrent une réelle volonté des femmes d'être informée sur l'accouchement et la naissance avant d'y être confrontée. En effet, il est clair que l'information et les connaissances apportées pendant les cours entraînent une nette diminution de l'anxiété chez les patientes et une baisse de l'appréhension habituellement éprouvée par les femmes à l'approche de la naissance. Cette amélioration des

connaissances des femmes leur permet également de garder un certain contrôle sur les évènements autour de la naissance.

Toutefois, il existe inévitablement des disparités entre les discours tenus en préparation et la réalité des choses. Il semble en effet compliqué, en seulement sept séances de PNP, de pouvoir expliquer toutes les options possibles. Cependant, malgré les différences évoquées entre la théorie de l'accouchement et la réalité, les femmes décrivent une correspondance assez proche et se sentent bien préparées (43).

Ainsi pour combler les différences entre le discours tenu en cours de préparation à la naissance et la réalité il paraît essentiel d'instaurer une relation de confiance entre la patiente et la sage-femme de salle de naissance. En effet, la sage-femme présente avec la parturiente lors de l'accouchement, se situe en première ligne et joue un rôle majeur auprès de la femme. C'est principalement elle qui va être capable de faire le lien entre les séances de PNP et l'accouchement. Le fait d'encourager les femmes à dire ce qu'elles pensent, et les pousser à réfléchir à leurs envies, a un impact significatif sur le vécu des femmes. C'est par ce soutien permanent et par la création d'un lien puissant de confiance que les sages-femmes peuvent influencer les femmes à redevenir plus impliquées et plus en contrôle lors de la naissance. Les femmes expriment d'ailleurs un besoin de parler avec la sage-femme qui les accompagne afin de mieux comprendre ce qu'il se passe et ainsi être rassurée.

Une étude qualitative anglaise nous présente également que la PNP permet d'encourager la confiance des femmes à prendre des décisions éclairées. Les parturientes ayant eu des informations pendant leur grossesse se sentent globalement mieux préparées et plus confiantes. Elles exposent également le besoin d'être informées par la sage-femme de l'avancement du travail et des interventions réalisées (44).

Ainsi, les femmes montrent un souhait de se retrouver au centre des décisions et des interventions en prenant activement part aux évènements et la sage-femme se situe à une place déterminante.

Nous constatons alors que la place de la sage-femme est centrale dans l'accompagnement des femmes vers la parentalité. Cette place est mise en évidence pendant la grossesse, lors des séances de PNP, mais aussi pendant l'accouchement par leur accompagnement et leur soutien, elles ont alors un impact primordial sur le vécu des femmes.

Population et méthode

1. Schéma d'étude

a) Objectifs

L'objectif principal de cette étude qualitative était d'explorer le point de vue des femmes, ayant participé à des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, sur leur implication physique et psychique à leur accouchement. Cette exploration a été réalisée selon une approche descriptive et interprétative, par des entretiens semi dirigés auprès de femmes ayant accouché dans une maternité de type I entre octobre et décembre 2016.

L'objectif secondaire de cette étude était d'évaluer l'importance du rôle de la sage-femme de salle de naissance dans la prise de pouvoir et de contrôle des femmes lors de leur travail obstétrical à travers les propos des patientes.

b) Durée et lieu de l'étude

La durée de l'étude a été dépendante des informations obtenues en entretiens, et s'est poursuivie jusqu'à saturation des données.

De plus, il fut nécessaire d'intégrer une période de test de la grille d'entretien avant de commencer le recueil de données. Ainsi, la durée de la période de test était d'un mois environ et la période d'entretien s'est étalée sur plusieurs mois.

L'étude a été réalisée dans une maternité de type I. Ce centre a été choisi pour des raisons de faisabilité et de convenance pour le chercheur.

Il a paru intéressant, pour cette recherche, de sélectionner des patientes ayant accouché physiologiquement dans un centre de type I afin d'être en accord avec les critères de d'inclusion.

2. Échantillon

a) Description de l'échantillon

Il s'agit d'un échantillon raisonné composé de femmes ayant accouché dans la maternité de type I choisie, acceptant de participer à l'étude et correspondant aux critères d'inclusion énumérés ci-dessous.

Critères d'inclusion :

- Primipare ou multipare
- Patientes âgées de plus de 18 ans.
- Grossesse spontanée
- Grossesse simple
- Grossesse physiologique, sans pathologie associée
- Participation aux séances de PNP réalisées par une sage-femme (avec au moins une séance sur l'accouchement)
- Mise en travail spontanée (le déclenchement impliquant une trop grande surveillance et médicalisation du travail).
- Accouchement voie basse non instrumentale
- Présentation céphalique
- Patiente hospitalisée avec leur enfant en suite de couche
- Patiente sans complication lors du post partum (dépression, douleurs...)

Critères d'exclusion :

- Refus de la patiente de participer à l'étude.
- Absence de maîtrise orale de la langue française.

b) Modalités de recrutement

Les patientes ayant participé au cours de préparation à la naissance classique au sein de l'hôpital ont été rencontrées une première fois lors du dernier cours. L'étude leur a été expliquée et une lettre d'information leur a été remise pour toute question supplémentaire. Elles ont ensuite été vues à J2 ou J3 afin de déterminer les critères d'éligibilité de la patiente, de recueillir un consentement oral et de réaliser l'entretien.

Pour les patientes ayant participé à des cours de préparation à la naissance en cabinet de sage-femme libéral, l'étude leur a été présentée lors d'une première rencontre à J1 ou J2 du post partum. Une lettre d'information leur a été remise. Les entretiens ont alors eu lieu soit le même jour après un délai de réflexion d'une heure soit le lendemain ou sur lendemain en fonction des disponibilités des patientes.

3. Mode de recueil des données

Des entretiens de type semi directif ont été réalisés auprès de patientes hospitalisées en suite de couche et ayant accouché dans une maternité de type I entre octobre et décembre 2016.

L'expérience étudiée comprenait la mise en travail, la phase active et la phase d'expulsion. Les patientes ont été interrogées sur ces trois événements selon une grille d'entretien rédigée en amont à partir des données de la littérature.

Dans un souci de contrôle de la qualité des entretiens, ces derniers ont été retranscrits avec soins et une dernière écoute intégrale a été réalisée afin de s'assurer de l'exactitude de la retranscription.

Les différents items relevés lors des entretiens afin de permettre une analyse optimale étaient :

- Informations reçues sur le déroulement du travail
- Rédaction d'un projet de naissance
- Pouvoir décisionnel par rapport aux informations reçues en PNP

- Présence d'analgésie péridurale
- Mise en pratique des connaissances acquises en PNP :
 - Gestion de la douleur
 - Postures
 - Mobilisation pendant le travail
 - Contrôle de la respiration
- Positions d'accouchement
- Qualité de la relation sage-femme / parturiente

Pour chaque item recueilli, il est pertinent de questionner la femme sur son investissement, son comportement et son ressenti, ainsi que de faire le lien avec la préparation à la naissance.

4. Mode d'analyse des données

a) Description du mode d'analyse choisi

Les données ont été analysées selon une approche descriptive et interprétative qui permet de mettre en valeur la complexité des phénomènes humains et la subjectivité humaine rencontrée dans la pratique clinique, notamment lors de la phase de travail et d'accouchement, partie essentielle de la profession de sage-femme.

Il s'agit de repérer les différentes composantes des discours et de mettre en évidence des relations entre ces différents thèmes, cette méthode nous permet de mettre en lumière les points communs entre les différents patients mais également les singularités et les faits nouveaux sur ce phénomène.

Les données recueillies lors des entretiens ont subi plusieurs phases d'analyse (45) :

- Une phase de pré analyse qui reprend la retranscription intégrale des entretiens.

- Une phase de codification qui permet la transformation de données brutes en termes concis et facilement interprétables.
- Une phase de catégorisation qui permet de définir des catégories afin de regrouper les différentes réponses obtenues.

b) Aspects éthiques et règlementaires

i. Avis des comités consultatifs

Une déclaration auprès du Correspondant Informatique et Liberté a été faite.

ii. Information et consentement

Il a été nécessaire d'établir un contact avec les responsables des services de maternité du centre choisi afin d'expliquer l'étude réalisée et de demander l'accord pour réaliser des entretiens dans leur service.

L'étude a été expliquée aux patientes, lors d'une première rencontre, et une lettre d'information sur leurs droits leur a été remise. À la suite d'un délai de réflexion, un consentement oral a été recueilli.

iii. Anonymat

Des prénoms fictifs ont été attribués aux patientes interrogées afin de garantir leur anonymat. De même, aucun nom de professionnel cité par les patientes n'a été retenu.

Les patientes ont été informées à l'avance des modalités de l'anonymat afin de préserver la confidentialité de leur dossier médical.

c) Calendrier

De Décembre 2015 à Mars 2016 : rédaction du protocole de recherche.

De Avril à Aout 2016 : rédaction de la revue de la littérature.

Septembre 2016 : rédaction de la grille d'entretien, finalisation de la revue de la littérature.

Octobre 2016 : test et ajustement de la grille d'entretien.

D'Octobre à décembre 2016 : réalisation des entretiens.

Résultats

1. Présentation des patientes interrogées

Des prénoms fictifs ont été attribués à chacune des patientes interrogées afin de garantir l'anonymat.

Marie est une primipare qui a vécu un début de grossesse stressant. Elle est employée civile et s'est mise en travail spontanée à terme. Elle a bénéficié d'une analgésie péridurale dès le début du travail et a accouché d'un garçon par voie basse spontanée. La délivrance a été dirigée et complète, les suites de couches sont simples. Marie a bénéficié d'un suivi classique pour sa grossesse avec une surveillance échographique rapprochée en fin de grossesse pour suspicion de macrosomie fœtale. Elle a participé à des cours de préparation classique au sein de la maternité. Lors de l'entretien, le conjoint de Marie est présent. Elle semble calme, posée et réfléchie, en confiance et à l'aise dans son nouveau rôle de maman.

Camille est une primipare. Elle est actuellement sans emploi. Elle a bénéficié d'une analgésie péridurale au cours du travail et a accouché par voie basse spontanée après un travail relativement long. La délivrance a été dirigée et complète, les suites de couches n'ont pas été compliquées. Camille a participé à des séances de préparation à la naissance classique au sein de la maternité. Le suivi de la grossesse a été simple et sans particularité. Lors de l'entretien, le conjoint de Camille est présent. Elle semble enjouée et heureuse de partager son expérience sur son accouchement.

Julie est une primipare. Elle est actuellement sans emploi. Julie a vécu une grossesse sereine et physiologique. Elle s'est mise en travail spontanément à terme et a accouché par voie basse sans complication. La délivrance a été dirigée et complète. Les suites de couches sont simples. Pendant la grossesse, Julie a suivi des cours de préparation à la naissance classique au sein de la maternité. Lors de l'entretien, le conjoint de Julie est présent, la jeune femme est très enthousiaste et dynamique. Elle semble tout à fait à l'aise dans son rôle de maman et n'hésite pas à demander de l'aide si elle en a besoin.

Françoise est une primipare qui s'est mise en travail spontané à terme. Elle a bénéficié d'une analgésie péridurale dès le début du travail et a accouché, après de nombreuses heures, par voie basse. La délivrance a été dirigée et complète, les suites de couches sont simples. Françoise a participé à des séances de préparation classique à l'hôpital. Le conjoint de Françoise est présent. La jeune femme est peu expressive et très calme. Elle semble sereine quand elle parle de son accouchement.

Caroline est une deuxième par. Elle a une profession intermédiaire dans le milieu de la santé et du travail social. Elle a accouché par voie basse spontanée à terme pour son premier enfant. Cette fois-ci, elle s'est mise en travail après une rupture spontanée de la poche des eaux. Caroline a bénéficié d'une analgésie péridurale en cours de travail. La délivrance a été dirigée et complète. Les suites de couches ne sont pas compliquées. Pendant la grossesse, elle a suivi des cours de préparation à la naissance en piscine avec sa sage-femme libérale. Caroline est seule avec son enfant lors de l'entretien, elle semble très fatiguée par son accouchement mais est ravie de nous parler de son expérience.

Rose est une primipare. Elle a une profession intermédiaire. Elle s'est mise en travail après une rupture spontanée de la poche des eaux. Rose n'a pas bénéficié d'analgésie péridurale en raison de la rapidité du travail. La délivrance a été dirigée et complète. Les suites de couches n'ont pas révélé de complications. Pendant la grossesse, il n'y a pas eu d'éléments particuliers et Rose a suivi des cours de préparation classique au sein de la maternité. Lors de l'entretien, elle est seule avec son bébé qu'elle allaite, elle semble fatiguée mais très calme et sereine. Son discours est apaisé et elle semble désireuse de nous faire partager son vécu.

Lola est une primipare. Elle est employée civile. Elle s'est mise en travail après une rupture spontanée de la poche des eaux à terme. Lola a bénéficié d'une analgésie péridurale en cours de travail et a accouché par voie basse spontanée. La délivrance a été dirigée et complète, les suites de couches sans complications. Le début de la grossesse a été marqué par beaucoup de stress chez Lola mais il n'y a pas eu de complications. Elle a participé à des cours de préparation à la naissance classique au sein de la maternité. Lors

de l'entretien le conjoint de Lola est présent. Elle semble fatiguée et émue par son accouchement. Elle paraît très heureuse de partager ses sensations et son ressenti.

Clara est une deuxième mère. Elle travaille dans le commerce. Elle a eu un accouchement normal à terme pour son premier enfant. Cette grossesse n'a pas connu de complications, Clara s'est mise en travail spontanément. Elle a bénéficié d'une analgésie péridurale dès le début du travail. L'accouchement s'est déroulé par voie basse. La délivrance a été dirigée et complète. Les suites de couches sont simples. Pendant la grossesse, Clara a suivi des cours de préparation à la naissance avec sa sage-femme libérale où elle a pu faire des séances de relaxation. Le conjoint de Clara est présent lors de l'entretien, ainsi que sa fille de 2 ans. Ils semblent sereins et calmes, Clara est fatiguée mais répond à nos questions avec un intérêt certain.

Thérèse est une troisième mère. Elle est sans emploi. Elle a accouché normalement pour ses deux premiers enfants. Cette grossesse s'est déroulée sans complication. Thérèse s'est mise en travail après une rupture spontanée de la poche des eaux et a accouché par voie basse spontanée sans analgésie péridurale. La délivrance a été dirigée et complète. Les suites de couches sont sans complications. Pendant la grossesse, Thérèse a bénéficié de cours de préparation à la naissance avec du yoga dans un cabinet de sage-femme libérale. Thérèse est seule avec son bébé lors de l'entretien et parle de son accouchement avec fierté et émotion. Elle est pétillante et très heureuse de participer à cette étude tant le vécu de son accouchement est positif.

Anne est une quatrième mère. Elle est employée administrative. Elle a accouché une première fois avec extraction pour son premier enfant puis a eu deux accouchements normaux à terme. Cette grossesse est inopinée sous contraception mais parfaitement acceptée par la patiente et n'a pas révélé de complications. Elle s'est mise en travail après rupture de la poche des eaux à terme. Elle a accouché sous analgésie péridurale par voie basse spontanée. Pendant sa grossesse, Anne a participé à des cours de préparation afin de s'investir pleinement dans cette grossesse non planifiée, et a pu faire de la préparation en piscine qu'elle a beaucoup appréciée. Lors de l'entretien, elle est seule avec son bébé. Elle est fatiguée mais très à l'aise et sereine avec son enfant.

2. Description de la population

Les patientes ont été rencontrées soit lors de leur dernier cours de préparation à la naissance à l'hôpital soit à J1 ou J2 du post partum afin de leur présenter l'étude puis les entretiens ont eu lieu 24 à 48h plus tard, soit à J2 ou J3.

Toutes les patientes rencontrées vivaient en couple et avaient une situation socio-économique favorable. Elles parlaient français couramment. Les patientes étaient âgées de 24 à 36 ans et avaient en moyenne 26 ans pour les primipares et 30 ans pour les multipares. Le contexte de la grossesse était toujours très heureux et seulement une patiente a eu une grossesse inopinée mais très bien acceptée et très investie.

Parmi les dix femmes interrogées pour cette étude, nous retrouvons 6 primipares et 4 multipares. Les primipares ont toutes participé à des séances de préparation à la naissance classique au sein de l'hôpital. Tandis que les multipares se sont plutôt tournées vers des préparations à la naissance spécialisées effectuées par des sages-femmes libérales telles que du yoga, de piscine ou de la PNP basées sur des séances de relaxation.

Lors des entretiens, pour 6 patientes le conjoint était présent tandis que 4 étaient seules avec leur bébé mais, lors de l'analyse, cette donnée ne semble pas avoir de répercussion sur les discours des femmes.

Pour toutes les femmes, les grossesses n'ont pas présenté de complications. Le travail était spontané et l'accouchement s'est réalisé par voie basse physiologique. Huit patientes ont bénéficié d'une analgésie péridurale pendant le travail.

3. L'apport des séances de préparation à la naissance

Les séances de préparation à la naissance apportent des connaissances sur toutes les étapes, du début de grossesse à la parentalité. Les éléments étudiés concernaient principalement les apports de la préparation à la naissance pendant la grossesse et le jour de l'accouchement.

a) Pendant la grossesse

Pour beaucoup de femmes, principalement les primipares, la préparation à la naissance permet de répondre à de nombreuses interrogations soulevées par l'état de grossesse. Cet état est complètement nouveau pour les femmes et reste souvent complexe à expliquer. Ainsi, les femmes ressentent beaucoup de stress en début de grossesse et la préparation à la naissance semble être une solution intéressante en rassurant les femmes par l'information.

Rose se confie en disant : « *Je n'y connaissais rien du tout et ça m'angoissait un peu* ». Marie ajoute que « *c'est le début de grossesse qui a été difficile, d'un point de vue psychologique, par rapport à mon niveau de stress* ». Ses propos illustrent parfaitement cette notion d'angoisse omniprésente chez les femmes lors d'un début de grossesse.

Le fait que ces cours soient assurés par des professionnels de la santé, les sages-femmes, permet aux femmes de rencontrer les acteurs autour de la naissance et ainsi d'instaurer un début de relation de confiance dans le corps médical. Rose confirme cette idée en expliquant « *On a besoin d'informations qui nous viennent du corps médical.* ». D'autre part, Julie annonce : « *Les sages-femmes elles savent de quoi elles parlent, elles ne sont pas là pour nous faire peur mais au contraire pour nous rassurer. Les cours de préparation ça a vraiment été important pour moi. Je me suis sentie accompagnée jusqu'au bout. C'est limite indispensable en fait la préparation à la naissance* ».

Les cours de PNP, réalisés en milieu hospitalier, permettent également aux femmes de connaître les lieux de l'accouchement et ainsi de se préparer plus sereinement à ce jour. Camille nous explique alors : « *Oui, j'étais quand même plus relaxe parce que déjà je connaissais les lieux. Ils nous avaient fait visiter et tout. Donc on connaissait, la salle nature aussi donc comme je ne voulais pas la péridurale je savais où j'irai en arrivant à la maternité. On n'arrive pas dans l'inconnu quoi.* »

La grossesse est toujours source de stress et d'angoisse. La PNP aide à diminuer ces sentiments négatifs en apportant soutien et informations. Toutefois, il semblerait que

les cours soient organisés de façon tardives et que les femmes aient besoin de réponses plus tôt dans la grossesse.

Julie nous confie en effet : « *j'ai trouvé que ça attaquait un peu tard* » et ce sentiment est souvent partagé. Les femmes ont alors recours à d'autres sources d'informations telles que les magazines spécialisés ou les émissions de télévisions afin de répondre à leurs interrogations dès le début de la grossesse.

Lola partage son expérience : « *j'ai regardé des émissions de télévision mais ça n'a rien à voir avec la réalité ! J'ai acheté des magazines mais je n'ai pas trouvé que l'information était utile, on ne sait pas si c'est vrai ou pas* ».

Ainsi, la PNP apporte soutien et informations aux femmes pendant la grossesse, ce qui permet de réduire le stress et l'angoisse de l'accouchement.

b) Le jour de l'accouchement

Les cours de PNP doivent apporter des connaissances pratiques sur le déroulement de l'accouchement mais également des informations sur la physiologie, sur les différents choix possibles autour de la naissance.

Ces choix peuvent alors faire l'objet d'un projet de naissance. Or, la plupart des patientes interrogées n'en n'avaient jamais entendu parler. Julie nous dit : « *jamais entendu parler, je voulais simplement que ça se passe bien* ». Marie a avoué : « *Moi je me disais « pourvu que ça se passe bien » et c'est tout ce que je voulais. Je n'avais pas d'envie spécifique.* » Caroline explique qu'elle « *ne savai[t] même pas qu'[elle] pouvai[t] décider des trucs en particulier* ».

Les cours de PNP donnent des conseils sur la grossesse, sur la parentalité, mais préparent également à l'accouchement. Les conseils les plus appréciés par les femmes concernent souvent la gestion de la douleur des contractions et comment reconnaître le début de travail pour ne pas partir à la maternité trop tôt.

Lorsque la question de l'utilité de la PNP pour apprendre à maîtriser la douleur a été posé, Camille répond avec enthousiasme « *Ah oui ! Surtout les exercices au niveau de la respiration ! Parce que c'est vrai que si j'ai réussi à attendre un petit peu la péridurale c'est vraiment grâce à la respiration* ». Elle nous raconte également que la préparation à la naissance lui a permis de savoir quand partir à la maternité : « *On nous avait dit de prendre un bain chaud, donc je l'ai pris. On nous avait dit de bien souffler et de s'étirer mais comme ça ne passait pas en faisant tout ça on est venu ...* ». De même, Julie nous annonce « *heureusement qu'il y a les cours de préparation à l'accouchement [...] si on ne nous avait pas dit qu'il était possible que la poche des eaux ne se perce pas toute seule j'aurais encore attendu un moment avant de partir à la maternité !* »

Toutefois, certaines femmes se retrouvent dépassées par les événements et ne maîtrisent plus la situation. Thérèse nous confie en effet que la douleur l'a submergée et qu'elle n'a pas réussi à trouver des solutions dans les conseils donnés en cours de préparation à la naissance « *Pas tellement non, j'étais surtout concentrée sur moi-même et je ne pensais plus vraiment aux cours de préparation.* »

La PNP permet également aux femmes de mieux se préparer aux complications possibles le jour de l'accouchement. Marie nous confie : « *Je pense que c'est très utile parce que ça nous permet quand même de se projeter dans différentes situations, on ne se retrouve pas surprise le jour de l'accouchement. Si on ne m'avait pas prévenu qu'il y avait toujours un risque de césarienne ou quoi et qu'il avait fallu m'en faire une au cours du travail ça aurait été très difficile à accepter je crois. Ça et d'autres choses hein, c'est à titre d'exemple. On est un peu plus préparée aux éventualités.* »

Les femmes semblent ainsi mieux préparées et plus prêtes à accoucher. Les informations données leur permettent également de mieux comprendre les événements. Ainsi, elles n'ont pas de surprises le jour de l'accouchement. Françoise annonce : « *Ça m'a permis de comprendre ce qu'il se passait.* » Et Thérèse ajoute : « *Je ne voulais pas d'interventions médicales mais s'il y en avait eu je pense que je savais à quoi m'attendre* ». Aucune des femmes interrogées ne nous a fait part d'éléments qui les ont surpris lors de l'accouchement, les événements étaient souvent conformes aux informations fournies.

Ainsi, la PNP aide également les femmes à comprendre les événements autour de la naissance et leur apporte des informations qui les mettent plus à l'aise et évitent les mauvaises surprises.

4. L'implication des femmes

Lors des entretiens, plusieurs questions ont été posées aux femmes afin de déterminer quel a été leur point de vue sur leur implication physique et psychique à leur accouchement. L'implication physique comprenait plusieurs notions telles que les postures et la respiration tandis que l'implication psychique était illustrée par le pouvoir décisionnel et la sensation de contrôle des femmes sur les événements autour de la naissance.

a) L'implication physique

Plusieurs patientes interrogées ont eu recours à des exercices, appris en cours de préparation à la naissance, afin de leur permettre de gérer la douleur des contractions.

Pour illustrer cette idée, Julie nous fait part de son expérience : « *Les positions aussi ça m'a aidé, ça m'a permis de bouger, de supporter et peut être aussi d'accélérer les choses hein ! Et puis on nous avait dit d'essayer de visualiser l'accouchement, et le fait de me sentir connecté avec mon enfant permet quand même de mieux accepter cette douleur. On essaie de lui faire comprendre un peu quel chemin il doit prendre.* »

Dans certaines situations, la sage-femme de salle de naissance a beaucoup participé à l'implication physique des femmes en mettant à leur disposition les moyens et les informations nécessaires. Caroline nous livre alors son vécu : « *Elle [la sage-femme] m'a mis dans une autre salle avec un ballon et m'a montré des exercices que je pouvais faire. C'était un peu les mêmes que ceux que j'avais appris en prépa mais ça faisait du bien d'avoir quelques rappels !* ». Marie nous donne également son point de vue sur sa mobilisation après la pose d'analgésie péridurale : « *Elle [la sage-femme] m'a mis dans différentes positions pour que ça descende* ».

Dans les discours, il apparaît alors que la notion de mobilisation et d'implication physique est très dépendante de la douleur. En effet, il semble que les femmes utilisent la mobilisation uniquement afin de soulager les douleurs de l'accouchement. C'est l'idée que nous confirme Caroline : *« Avant la péridurale oui [la PNP a aidé] avec les exercices et tout mais après pas trop non. Je me concentrais sur mon bébé et puis je n'avais plus besoin de faire des exercices comme je n'avais plus mal. »* De plus, il semble que la présence d'APD joue également un rôle important sur la mobilisation des femmes pendant le travail. Lola nous confie en effet : *« Juste que j'aurais aimé pouvoir bouger un peu plus même après la péridurale. »*

Parfois, la position pour l'accouchement témoigne également de cette implication physique. En effet, l'accouchement dans une posture particulière témoigne souvent d'une demande de la femme. C'est l'idée que Rose développe dans son témoignage : *« On a essayé trois positions et j'ai pu choisir et comme j'étais le mieux. J'avais un peu peur, surtout si je n'avais pas de péridurale, de ne pas pouvoir choisir comment j'allais me mettre mais vraiment j'avais plein de choix. »*. Clara raconte également : *« j'avais pour projet d'accoucher sur le côté et ça a été possible. Je me sentais bien et ça s'est très bien passé. »*

Le choix de la position d'accouchement et le fait de se sentir libre de choisir semble être un élément important dans le vécu des femmes de leur accouchement, Thérèse nous parle alors de la naissance de son enfant avec regret : *« Je n'étais pas très à l'aise. Sur le coup, non [je n'ai pas choisi la position] parce que j'étais dans un état qui ne m'a pas permis de réagir. Mais avec le recul je me dis que ce n'était pas l'idéal d'être dans cette position parce que je n'étais pas bien, je n'avais pas envie de position particulière mais comme ça je n'étais pas bien. J'aurais peut-être aimé être plus assise ou même debout en fait. »*

Afin de mieux vivre et mieux contrôler la douleur du travail, les femmes ont également recours à des exercices de respiration.

Les femmes nous décrivent alors l'importance de la respiration abdominale et nous présentent cet exercice comme essentiel dans la gestion des contractions. Tous les conseils donnés en cours de préparation à la naissance et à la parentalité autour du souffle

nous apparaissent amplement bénéfiques pour les femmes. Julie nous confirme cette idée : *« On nous parle beaucoup de la respiration. Et je crois que c'est la seule solution efficace. Heureusement, qu'on nous avait donné tous ces conseils de respirations, parce que pour moi ça m'a vraiment permis d'attendre et de gérer en attendant la péridurale. Rose partage également cet avis : « Sur la respiration oui. Je crois que c'est la seule chose que j'ai retenue. »*

Il semble, de même que pour les exercices physiques, que la respiration soit très liée à la douleur. En effet, les femmes décrivent l'utilité des exercices de respiration pour gérer les douleurs du travail mais ceux-ci deviennent alors obsolètes dès la mise en place de la péridurale. Clara annonce alors, quant à l'utilisation de la respiration abdominale : *« Ben la respiration oui mais avant la péridurale. Après Je n'en avais plus l'utilité comme je n'avais pas de douleurs donc voilà ... »*

Ainsi, il apparaît que la préparation à la naissance fournit aux femmes des exemples d'exercices de mobilisation et de respiration qui sont fortement appréciés et utilisés pour la gestion des contractions. Toutefois, ces exercices ont tendances à être oubliés dès la mise en place d'analgésie péridurale, la douleur étant la motivation principale des femmes à être physiquement active.

b) L'implication psychique

Le pouvoir décisionnel est défini comme la capacité des femmes à prendre les décisions sur leur accouchement. Il peut être mis en évidence par les questions posées à la sage-femme, à l'acceptation ou au refus de certaines thérapeutiques, ou encore à la rédaction d'un projet de naissance.

Les résultats sur la question sur cet investissement psychique diffèrent en fonction de la personnalité et de la volonté des femmes. Certaines femmes nous expriment le manque d'explication, comme Françoise qui nous avoue : *« J'avais une perfusion mais je ne sais pas ce que c'était. Ben des fois ça se passe tellement vite qu'on ne nous demande pas forcément notre avis. »*

Marie nous exprime également l'idée d'obligation, d'absence de choix : « *Après je sais que le jour de l'accouchement on m'a demandé de pousser d'une certaine façon alors que ce n'était pas celle-là qu'on m'avait montré en séance de préparation à l'accouchement. Du coup ça m'a complètement déstabilisé et c'est vrai que ça me convenait moins, apparemment je n'avais pas le choix il fallait que je pousse comme ça (en bloquant), j'ai fait comme on m'a dit.* »

Parfois, ce pouvoir décisionnel s'impose par la relation avec la sage-femme. C'est le cas de Thérèse que nous raconte son arrivée à la maternité : « *Alors au début, vu qu'il fallait enregistrer mon bébé il fallait que je reste un peu allongée sur le lit et c'est vrai que dans cette position, immobile et allongée, je n'étais pas bien du tout. Donc au début j'ai essayé de rien dire puis j'ai fini par dire à la sage-femme que ça n'allait pas, que je n'étais pas et elle était très à l'écoute et on a trouvé une solution pour que je sois bien malgré le fait que j'avais les capteurs.* »

La sensation de contrôle est un sentiment important pour les femmes qui leur permet de s'investir et de s'approprier pleinement leur accouchement. Ce sentiment est souvent très lié à la douleur et aux sensations de l'accouchement. Il dépend également de l'attitude de la sage-femme en salle de naissance et des connaissances des femmes sur l'accouchement. Camille nous confie : « *Je me laissais un peu porter mais j'avais l'impression de contrôler quand même bien la situation. Je savais ce qu'il se passait quand même.* »

De temps en temps, la sensation de contrôle disparaît totalement, comme dans le cas de Françoise : « *J'étais concentrée sur moi mais je faisais surtout ce qu'on me disait, je ne choisissais pas trop quand et comment je poussais. Je ne sentais pas les contractions donc je me suis vraiment basée sur la sage-femme* ». Ou encore le cas de Marie : « *Y'a eu un petit moment de flottement où je me suis sentie sans contrôle et je devais me laisser faire et obéir aux ordres quoi...* ».

Il semble parfois difficile pour les femmes d'affirmer leur contrôle de la situation face à des professionnels de la naissance qui maîtrisent parfaitement la situation. Quelquefois, il existe un équilibre entre la prise de pouvoir de la sage-femme et le contrôle de la femme, comme nous l'explique Clara : « *J'avais la sensation que c'est la sage-femme qui contrôlait mais comme j'étais au courant et que je pouvais décider de tout ce qu'il se passait je n'étais pas passive non plus.* »

Dans certaines autres situations, des gestes simples permettent aux couples de se sentir pleinement investit dans la naissance, c'est ce que nous montre le témoignage d'Anne : « *J'avais vraiment la sensation que c'est moi qui gérait mon accouchement. Le papa était là, il a coupé le cordon.* »

Enfin, il apparaît que la sensation de contrôle est très dépendante de la douleur. Julie nous confie : « *J'ai vraiment eu peur avec les contractions de ne pas pouvoir maîtriser l'accouchement et d'être en panique totale face à la douleur donc c'est vrai que la péridurale pour moi c'était vraiment une façon pouvoir mieux maîtriser la situation.* »

5. L'importance de l'accompagnement

a) La sage-femme en cours de préparation à la naissance

Dans un premier temps, la préparation à la naissance permet aux femmes de rencontrer les sages-femmes, actrices essentielles autour de l'accouchement.

Les femmes semblent fortement apprécier le fait de connaître les professionnels qui les accompagnent lors de l'accouchement. C'est l'idée que nous expose Lola : « *et la sage-femme bien-sûr, que je connaissais déjà et c'est vrai que ça change tout.* ». Cette même idée est reprise par Marie : « *Non je n'ai pas trop discuté, c'était une sage-femme que je ne connaissais pas.* »

De plus, les patientes suivies en libérale nous montrent une vraie relation de confiance entre elles et leur sage-femme. Thérèse nous confie : « *Je faisais surtout confiance à ma sage-femme* ».

b) La sage-femme de salle de naissance

Les femmes, à travers leur témoignage, exprime l'importance de la relation qu'il se crée avec la sage-femme de salle de naissance qui les prend en charge le jour de l'accouchement.

Par exemple, l'importance de l'écoute de la sage-femme est très explicitée dans le récit de Caroline : « *Je n'avais pas accouché ici la première fois et ça ne s'était pas très bien passé parce que personne ne m'écoutait et là je me suis vraiment plus sentie écoutée et accompagnée.* »

L'attitude des professionnels joue de façon conséquente sur l'état psychologique des femmes. Françoise nous annonce effectivement : « *J'ai pu avoir une vraie relation de confiance avec tout le monde parce que tout le monde avait l'air détendu et à l'aise donc je l'étais aussi.* »

La relation et l'instauration d'un dialogue facile entre la sage-femme et la parturiente permet également aux femmes de se sentir en contrôle de la situation. C'est ce que témoigne Clara : « *Elle [la sage-femme] ne me demandait pas toujours mon avis mais on échangeait beaucoup sur tout ce qu'elle faisait, tout ce qu'il se passait. Et je pouvais poser des questions s'il se passait quoi que ce soit que je ne comprenais pas, elle était toujours très disponible.* »

Les histoires de Marie et de Rose nous conforte dans l'idée qu'il est essentiel pour les femmes de se sentir accompagnée par les professionnels : Marie : « *C'est vrai qu'à ce moment-là avoir un petit rappel ça permet de bien se reconcentrer et comme ça fait plusieurs heures qu'on est un peu seul et qu'on essaie de gérer quand on est face à un professionnel on lui fait confiance et on se laisse un peu porter quoi !* »

Rose : *« L'accompagnement était vraiment formidable, la SF était très rassurante et très libre, elle m'expliquait ce qu'il se passait, que je poussais correctement, chaque geste qu'elle faisait, chaque chose qu'il se passait... c'était super je me suis vraiment sentie accompagnée et pas dirigée. J'avais l'impression qu'elle m'accompagnait. Si j'avais des questions elle répondait et si j'avais besoin qu'elle me guide elle me guidait. C'était super. »*

c) Le conjoint

Enfin, à travers les discours des patientes, l'accompagnement par le conjoint paraît essentiel et naturel. En effet, toutes les patientes ont été accompagnées par leur compagnon pendant toute la durée de l'accouchement.

Cette présence a notamment permis à Julie de se sentir plus à l'aise : *« J'étais en confiance parce qu'on était deux. Mon conjoint m'a beaucoup soutenu. »*

De plus, les conjoints sont parfois très investis auprès des femmes afin de les aider à gérer la douleur des contractions et à être en contrôle de la situation. Lola nous raconte : *« J'ai essayé la respiration un peu. Mais c'est surtout mon conjoint qui m'aider à tenir le coup moi j'étais complètement dépassé par les événements. Je m'étais pas du tout préparée à cette douleur-là. »*

Et Thérèse nous fait également part de son expérience : *« Mon mari était très présent donc on était plus en train de gérer tous les deux qu'avec elle et elle l'a très bien compris. On savait qu'elle était présente si on avait besoin de quelque chose mais elle nous a bien laissé l'espace dont on avait besoin. »*

6. Le vécu de l'accouchement

Le vécu de l'accouchement dépend de nombreuses variables, les plus représentées sont la douleur des contractions et de l'expulsion et la présence d'interventions médicales ou non.

a) La douleur

La douleur des contractions et de l'expulsion sont des notions omniprésentes autour de la naissance. Celle-ci fait peur et entraîne des sensations d'angoisse, comme dans le cas de Rose : « *[Je me suis sentie] complètement paniquée. A ce moment-là, j'avais envie de m'en aller, je ne pensais pas que j'allais y arriver. C'est la douleur qui m'a paniquée et puis cette sensation qu'on ne connaît pas. Je pensais que je n'allais pas réussir à pousser.* »

Mais cette douleur, aussi intense et réelle soit-elle, n'est pas vécue comme une douleur physique de blessure, elle est souvent bien mieux acceptée par les femmes comme nous le montre Clara : « *J'essayais de me dire que c'était pour mon enfant et donc c'est quand même une douleur qui est plus facile à accepter qu'une blessure ou quelque chose comme ça.* » ou Anne : « *Ce n'est pas agréable mais c'est une douleur pour donner la vie donc on l'accepte quand même beaucoup plus facilement !* »

b) Les interventions médicales

De nos jours, la médicalisation qu'il existe autour de la naissance est standardisée et d'utilisation courante. Toutefois, les femmes s'orientent de plus en plus vers des souhaits physiologiques avec une diminution des interventions médicales.

Thérèse nous présente ses choix : « *Après je ne voulais pas trop de trucs médicamenteux et tout ... J'étais assez contre, je voulais vraiment un accouchement le plus naturel possible sans grosse intervention médicale.* » Françoise nous expose aussi sa volonté de limiter la médicalisation : « *Je voulais juste que ça ne soit pas trop médicalisé dans le sens où j'avais pas envie de me retrouver avec une armada de médecins dans la salle d'accouchement.* »

De plus, la notion de « danger » ou de « risque » autour de la naissance est très présente dans les esprits et les femmes ont peur des complications. C'est le cas de Clara qui nous explique les raisons qui l'ont motivée à demander une analgésie péridurale : « *Ben c'était surtout la douleur, j'avais peur d'avoir trop mal et s'il y avait des*

complications, je voulais que ce soit possible d'intervenir tout de suite, si jamais, il y avait quoi que ce soit. Ça me rassurait. ».

Pour certaines parturientes, la médicalisation a été un réel obstacle à l'implication et à la satisfaction de l'accouchement comme nous le raconte Clara : *« J'avais commencé à faire sans la péridurale et puis après je l'ai demandé sauf qu'elle était trop dosée et que je n'ai rien senti et j'ai été très déçue donc j'ai pas pu m'investir pleinement dans cet accouchement donc l'accueil et le lien avec mon bébé... c'était compliqué au début ! Du coup, les séances de relaxation et de préparation à la naissance ça m'a, je pense, vraiment permis de me sentir plus à l'aise et de mieux vivre cet accouchement-là. »*

Discussion

1. Forces et limites de l'étude

a) Forces

Une des forces majeures de cette étude est que le thème de l'implication des femmes dans leur accouchement est très peu traité dans la littérature et que son lien avec la préparation à la naissance est encore inconnu. L'implication des femmes dans la naissance est une notion relativement nouvelle, mise en lumière par de nouvelles recommandations professionnelles qui souhaitent impliquer d'avantage le couple dans le suivi médical de grossesse.

Un deuxième point intéressant de cette étude est la diversité des patientes interrogées. Le fait d'interroger des femmes primipares, multipares et ayant participé à différents types de préparation a permis d'avoir des informations très riches et d'une variabilité intéressante sur le plan obstétrical et ainsi de déterminer des similitudes et des disparités dans les discours. Ainsi, les entretiens réalisés ont été très concluant et ont permis de découvrir des thèmes nouveaux, essentiels pour améliorer la prise en charge des patientes.

b) Limites

Les limites majeures de cette étude concernaient, d'une part, le recueil de données. Tout d'abord, il a été réalisé dans un seul centre hospitalier, ce qui peut minimiser la variabilité des discours. Ensuite, le fait que l'investigateur était seul a limité le nombre d'entretiens réalisés en raison du temps nécessaire à réaliser et effectuer la retranscription exacte de ceux-ci.

Toutes les patientes interrogées étaient en couple, et leur situation socio-économique était favorable. Ainsi, l'échantillon interrogées ne montre pas une grande variabilité sur le plan socio-économique car la précarité ou les situations économiques défavorables ne sont pas représentées.

Enfin, l'objectif de l'étude étant d'étudier l'implication des femmes à leur accouchement, il aurait été intéressant d'interroger les professionnels de santé présent lors de la naissance afin d'avoir un point de vue supplémentaire sur la situation.

De plus, il aurait été plus juste de connaître les discours exacts tenu en cours de préparation à la naissance afin de mieux faire le lien entre le vécu des patientes et les informations à leur disposition.

2. L'implication des femmes

a) La possibilité du choix

Nous avons décrit l'implication psychique des femmes à travers le pouvoir décisionnel et la sensation de contrôle des femmes. Ces notions semblent en effet importantes pour les femmes afin de se sentir pleinement investies dans les éléments autour de la naissance. Nous avons pu constater que les idées enseignées en cours de PNP permettent aux femmes de mieux comprendre les événements autour de la naissance. En effet, les propos recueillis nous ont montré la nécessité pour les femmes d'avoir des connaissances sur l'accouchement. Ces savoirs les encouragent ainsi à prendre leur propre décision autour de la naissance de leur enfant.

Parmi les femmes interrogées, la possibilité du choix est vécue de façon positive. Elle peut être favorisée par le savoir-faire et les connaissances acquises en cours de préparation à la naissance.

La satisfaction des femmes est mise en évidence de différentes manières. Tout d'abord par la relation de confiance avec la sage-femme présente en salle de naissance le jour de la naissance. Il semble en effet que les patientes soient sensibles aux informations données par la sage-femme au cours du travail. De même, l'apport de nouvelles connaissances et d'explications sur les événements en cours permet aux femmes de faire de liens avec les séances de préparation à la naissance et ainsi comprendre les événements.

La notion de consentement est également importante. Le fait de pouvoir « dire non » et se sentir en capacité de décider est un élément apprécié parmi les patientes interrogées.

La volonté des femmes de faire des choix s'illustre notamment à travers la mobilisation et la liberté de mouvements pendant le travail et l'accouchement. La possibilité de choisir la position pour accoucher semble très appréciée par les patientes. Cela leur permet de maîtriser leur corps et de se sentir à l'aise. Or, il paraît essentiel pour les femmes de se sentir en confiance pour mieux vivre leur accouchement.

Il semble également que le fait de choisir le mode de poussée, soit à glotte ouverte (en soufflant) soit à glotte fermée (en bloquant), soit un facteur favorisant l'implication et la satisfaction des femmes. En effet, les femmes ayant participé à des cours de préparation à la naissance ont pu apprendre ces deux types de poussée. Elles ont ainsi pu s'entraîner et décider quelle poussée était la plus efficace et la mieux adaptée à leurs envies. Ainsi, les femmes n'ayant pas eu le choix sur le mode de poussée évoquent ces souvenirs de façon négative, allant à l'encontre d'une possibilité de choix.

Enfin, la satisfaction des femmes dans leur accouchement est dépendante des décisions prises autour de la naissance. Il s'agit tout d'abord de la présence du conjoint, systématiquement acceptée et fortement appréciée par les patientes. De même, le fait de proposer au père de couper le cordon ombilical à la naissance renforce l'implication des femmes dans leur accouchement en plaçant leur conjoint en partenaire actif dans le processus de la naissance.

Ainsi, la prise de décision et la possibilité de faire des choix autour de la naissance permet aux femmes de s'impliquer dans leur accouchement. En tant que sage-femme, il est essentiel de favoriser cette implication par l'apport de connaissance lors de cours de préparation à la naissance mais aussi par le dialogue le jour de l'accouchement.

b) Les connaissances acquises en cours de PNP

Les connaissances reçues en cours de préparation permettent aux femmes de mieux maîtriser la situation de la naissance et ainsi se sentir en confiance. Ainsi, ces connaissances apparaissent comme des facteurs facilitant l'implication des femmes.

Tout d'abord, les femmes se sentent mieux préparées à accoucher. Elles ont des connaissances sur l'accouchement et sa mécanique ce qui leur permet de comprendre les sensations et les étapes du travail qu'elles traversent. Cette lumière sur les événements permet aux femmes de se sentir en contrôle de la situation. Les informations reçues leur permettent de « visualiser le chemin » emprunté par leur bébé lors de l'accouchement et d'être rassurée sur le déroulement du travail. Elles comprennent les sensations et ne sont donc pas surprises par les événements. Or, il apparaît que la surprise et les événements inconnus autour de la naissance engendrent de la peur et de l'angoisse. Ce sont ces sentiments négatifs qui sont alors à l'origine d'une perte de contrôle et les femmes se sentent dépassées par les événements.

Un élément important dans la prise de pouvoir serait de reconnaître le début du travail. Le fait de venir « au bon moment » est vu comme un élément très positif par les femmes. Le fait d'arriver trop tôt est alors perçu comme un échec et une méconnaissance de son corps. Ainsi, les femmes ayant réussi à gérer le début du travail à leur domicile éprouvent une réelle satisfaction lorsque le diagnostic de travail est validé dès leur arrivée à la maternité (46).

La préparation à la naissance informe les femmes sur la physiologie de l'accouchement afin qu'elles comprennent chaque étape du travail. De même, afin d'éviter tout sentiment de surprise pouvant être source d'angoisse, les femmes reçoivent des informations sur les éventuelles complications pouvant exister au cours de l'accouchement. Ces informations concernent le risque d'anomalie du rythme cardiaque fœtale, la possibilité d'extraction instrumentale ou même de césarienne en urgence en cours de travail. Ainsi, les femmes en possession de ces connaissances sont préparées aux difficultés qu'il est possible de rencontrer et se sentent plus en confiance pour les affronter.

Enfin, l'utilisation de techniques apprises en cours de PNP fait partie des démonstrations essentielles de l'implication physique des femmes. Les femmes confient apprécier les conseils reçus sur la respiration abdominale et les différents exercices possibles à réaliser afin de mieux gérer la douleur des contractions. Il semble difficile de se préparer à l'intensité de cette douleur et les femmes ne peuvent savoir à l'avance quelle sera leur réaction face à cette douleur. Toutefois, le fait de connaître des exercices et d'avoir des conseils sur la gestion de cette douleur permet aux parturientes de contrôler la situation et de ne pas être dépassées par leurs sentiments (47).

Cette notion semble confirmée par des études randomisées qui montre, par exemple, que les femmes ayant des notions de postures de yoga semblent avoir moins de douleurs, et une efficacité plus importante dans l'implication dans la naissance.

Ainsi, il est intéressant de noter que les connaissances acquises en cours de PNP sont en lien avec l'implication des femmes. Ces connaissances leur permettent de visualiser et de comprendre les différentes étapes de l'accouchement, de reconnaître le début du travail grâce à une meilleure maîtrise de leur corps. Ces cours leur permettent également de se préparer aux issues possibles de l'accouchement et à gérer les douleurs des contractions par différentes techniques. Il paraît donc déterminant pour l'implication des femmes de mettre en pratique ce qu'elles ont appris en cours de PNP.

c) Autres facteurs pouvant favoriser l'implication

La possibilité du choix et les connaissances apprises en cours de préparation à la naissance peuvent ainsi être des éléments moteurs de l'implication des femmes. Mais il existe d'autres facteurs à prendre en considération.

Une notion très présente autour de l'accouchement est la douleur des contractions. Celle-ci est vécue de façon très différente par les patientes et il semble difficile de préparer les femmes à cette douleur. Toutefois, le vécu de cette douleur semble lié à l'implication des femmes.

La douleur est un élément pouvant être interprété comme un facteur favorisant l'implication physique des femmes. En effet, les exercices de respiration et de mobilisation appris en cours de préparation à la naissance semblaient, parfois, être la seule solution pour gérer cette douleur. Ainsi, il semble indéniable que la douleur et l'implication physique sont deux notions complémentaires et très dépendantes l'une de l'autre. Ce lien entre douleur et implication physique est également mis en avant par le phénomène suivant : lors de la mise en place de l'analgésie péridurale, les femmes ont tendance à moins utiliser ces exercices.

Toutefois, plutôt que de considérer l'APD comme frein de l'implication physique des femmes il est important de noter que la douleur peut parfois submerger les femmes et leur faire perdre le contrôle. En effet, l'intensité de la douleur étant difficilement prévisible, certaines femmes se retrouvent à gérer un véritable sentiment de panique. Or, ce sentiment est souvent à l'origine de la perte de maîtrise d'elle-même. Ainsi, l'APD permet à ces femmes de canaliser leurs émotions en calmant la douleur des contractions. Elles sont alors plus disponibles pour s'investir dans les événements autour de la naissance, dans la relation avec leur conjoint et avec la sage-femme et ainsi s'impliquer pleinement dans leur accouchement.

Il apparaît également que le climat de confiance et la relation avec la sage-femme soit importante. En effet, les femmes semblent placer la relation avec les professionnels au centre de leur préoccupation. Au cours de la grossesse, les femmes rencontrent de façon régulière les sages-femmes et apprennent ainsi à connaître cette profession et à créer une relation de confiance avec celles qui l'exerce. Cette notion est principalement vérifiée dans les populations de primipares car elles n'ont aucune expérience de l'accouchement. Elles sont alors plus à risque de développer des sentiments d'angoisse et de peur face à l'inconnu. La rencontre de professionnels en amont ainsi que la connaissance des lieux permet d'ôter cette appréhension de l'inconnu (48).

De même, les patientes ayant déjà rencontrée la sage-femme responsable de leur accompagnement en salle de naissance avant le jour de l'accouchement, témoignent de façon positive sur ce point. Elles se sentent alors déjà plus rassurées et plus à même de

maitriser la situation que dans les cas où elles ne connaissent pas la professionnelle de salle d'accouchement.

Il est alors intéressant de constater qu'une rencontre avec les professionnels de santé et une découverte des lieux de l'accouchement permet aux femmes d'amoindrir les sentiments d'angoisses face à l'inconnu de la salle de naissance et de l'accouchement. C'est par ce biais que les femmes se sentent plus en confiance et donc dans de meilleures conditions afin de pouvoir s'investir pleinement dans la naissance de leur enfant.

d) Facteurs pouvant freiner l'implication

Il a été montré qu'il existait plusieurs facteurs pouvant favoriser l'implication des femmes lors de la naissance. L'étude nous a également montré que certains facteurs pouvaient freiner cette implication.

Tout d'abord, nous avons pu observer précédemment que l'APD avait un rôle important dans la prise de contrôle des femmes puisqu'elle permettait de diminuer la douleur et par conséquent le sentiment de panique associé. Or, pour certaines femmes, cette suppression de la douleur est vécue comme un frein à l'investissement dans la naissance. En effet, la diminution des sensations est alors associée à une baisse de l'implication des femmes. Celles-ci mettent en cause l'impossibilité de sentir et par conséquent les difficultés d'implication qui en émane.

Il est alors intéressant de constater cette ambiguïté autour du rôle de l'analgésie dans l'implication des femmes. Certaines femmes vont se sentir libérée de la douleur et donc des sentiments négatifs qui lui sont associée, tandis que d'autres vont assimiler l'APD à une suppression des sensations physiques menant à un blocage psychique. Ce blocage est alors à l'origine d'un possible détachement et d'un frein à l'implication des parturientes. La solution en cours d'investigation se tournerait alors vers les APD moins dosées favorisant la déambulation et la mobilisation pendant le travail.

Enfin, les patientes exprimant des sensations de peur liée à un vécu antérieur sont souvent plus en difficultés face à leur implication. La peur est un élément pouvant être déstabilisant et possiblement paralysant. Ainsi, les femmes ayant traversé des expériences négatives lors d'un précédent accouchement, ont tendance à s'enfermer dans leur frayeur faisant ainsi barrage aux possibilités d'implication physique et psychique. Il paraît alors essentiel de les rassurer sur les événements et de comprendre d'où viennent leurs appréhensions. Il semblerait alors, en réponse à l'expression de cette angoisse, que les sages-femmes soient en mesure de rassurer et d'accompagner les femmes à travers leurs paroles et actions en salle de naissance.

3. Le rôle de la sage-femme de salle de naissance

a) Les caractéristiques recherchées

Parmi les informations recueillies, il apparaît que la sage-femme en salle de naissance occupe une place importante dans le vécu des femmes. L'état d'esprit des femmes pendant leur accouchement est très influencé par le type d'accompagnement. Les parturientes recherchent la sécurité et le soutien dont elles ont besoin chez ces professionnelles. Dans leurs propos, elles soulignent nettement l'importance que revêt cet accompagnement.

Les femmes expriment tout d'abord un besoin d'être rassurées. Se sentir à l'écoute et être confiance leur permet de pouvoir poser des questions, de faire des demandes ou des propositions, tout en étant capable de discuter de leurs envies avec les professionnels de santé. Cette mise en confiance facilite leur investissement dans la naissance. Elles se sentent parfaitement à l'écoute et en sécurité. Cela les met alors à l'abri de ce sentiment de peur.

Dans la littérature, il est important de noter que les femmes ont besoin de professionnels capables de promouvoir leur indépendance et leur individualité, et de donner des informations et des conseils (49).

Il est également à noter que la relation avec la sage-femme, basée sur la confiance et le respect mutuel, prend une place importante. En effet, il semblerait que le vécu traumatique de l'accouchement soit, en réalité, lié de façon plus importantes aux relations qu'aux évènements (50).

Les discours des patientes interrogées vont alors dans le même sens que cette étude, réalisée selon une méthode qualitative à théorie ancrée auprès de 14 femmes australiennes, qui montrent que le sentiment de contrôle est un sentiment recherché et vécu de façon positive par les parturientes. Celles-ci avouent alors que la relation de confiance leur permet de se sentir en contrôle et en sécurité. Certaines femmes vont jusqu'à exprimer qu'elles préfèrent que leur volonté soit respectée, quitte à accoucher sans soins médicaux.

De même, le rôle de la sage-femme est alors d'encourager et de rassurer les patientes. Les sages-femmes sont alors définies comme « compagnons », qui accompagnent et aident les femmes. Les femmes ont besoin de leur présence et qu'elles répondent à leurs demandes (51).

Il est important de constater que les femmes souhaitent faire face à la naissance avec l'aide de sages-femmes bien informées. Ces dernières ont alors le double rôle de répondre aux besoins des femmes et de les aider pendant le travail. Il est alors possible d'illustrer ce double rôle par l'implication des femmes. Le rôle du professionnel est de soutenir la parturiente, de lui prodiguer les soins nécessaires à sa situation mais également de répondre aux demandes de la femme. Ces demandes sont donc le reflet de l'investissement de la femme dans son accouchement et c'est pourquoi la sage-femme prend un rôle déterminant.

Il existe une nécessité de travailler à l'adaptation de la pratique des soins en associant la physiologie de la naissance avec des soins médicaux appropriés tout en respectant le choix des femmes (52).

Les caractéristiques recherchées chez une sage-femme lors de l'accompagnement à la naissance sont alors multiples. Dans notre étude, les femmes expriment clairement le besoin que la sage-femme soit une professionnelle qui rassure et soit source de soutien. Il apparaît donc, à travers la littérature, que plusieurs éléments aient déjà été identifiés pour définir ce que doit être une « bonne sage-femme » (53) :

Les femmes soulignent l'importance d'un professionnel de santé compétant, ayant des bases théoriques solides ainsi que des compétences professionnelles. Les qualités personnelles et la qualité de la communication apparaissent essentielles à l'établissement d'une « bonne » relation. Les femmes accordent aussi de l'importance aux valeurs morales et éthiques du professionnel qui les accompagnent.

Il semblerait alors que les femmes, en cours de préparation à la naissance, apprennent à découvrir les techniciennes de l'accouchement et ainsi à initier une relation de confiance avec les acteurs de cette profession, ce qui participe à un meilleur vécu de leur accouchement et une meilleure implication de leur part. À noter que la définition de « bonne sage-femme » reste parfois imprécise car elle varie selon les besoins de chaque parturiente.

Nous avons alors constaté que les femmes recherchent certaines qualités auprès de leur sage-femme afin de se sentir sereine lors de leur accouchement. Il s'agit de compétences techniques, intellectuelles et relationnelles.

Ces caractéristiques sont à prendre en compte dans les discours des femmes puisqu'il semblerait que l'attitude de la sage-femme est une influence non négligeable sur l'implication et le vécu des femmes lors de l'accouchement.

b) L'influence sur le vécu des femmes

Lors de la description de leur accouchement, les femmes mentionnent de façon systématique la sage-femme présente en salle de naissance. Il semblerait alors que celle-ci joue un rôle majeur dans la satisfaction des femmes de leur accouchement.

En effet, lorsque la sage-femme répond aux besoins des femmes, l'accouchement est vécu de façon très positive. De même, les interventions médicales et les complications possibles sont vécues de façon moins traumatique si la relation avec le soignant est satisfaisante. Les professionnelles, qui apportent soutien et réconfort aux parturientes ont une action positive sur le vécu des femmes (50).

Selon une étude sur le vécu du suivi anténatal des femmes, la continuité dans les soins par un même professionnel de santé est considérée comme meilleure qu'un suivi effectué par plusieurs intervenants. Il semblerait également que cet accompagnement permettrait aux femmes d'être plus impliquées dans la grossesse et la parentalité (54). Ainsi, cela permet de démontrer le lien entre la relation avec un professionnel de santé, l'implication des femmes et sa répercussion sur le vécu de la naissance.

Certaines recherches indiquent que la perte d'autonomie personnelle et de contrôle pendant le travail et la naissance peut causer une détresse aux parturientes. Le choix et le contrôle de l'accouchement entraînent une plus grande satisfaction, un épanouissement et le bien-être émotionnel des femmes (55).

En encourageant les femmes à garder le contrôle et maîtriser les événements autour de la naissance en leur permettant de donner leur avis, de participer et de prendre des décisions les concernant, les sages-femmes ont un rôle déterminant dans l'implication et le vécu des femmes.

Enfin, il apparaît que la sage-femme, par sa position auprès de la parturiente, puisse être en mesure de favoriser la promotion de l'accouchement physiologique. En effet, l'attitude de la sage-femme est décrite comme essentielle aux femmes pour se sentir en sécurité. Celle-ci a un rôle favorisant de la force intérieure et de la croyance de la

femme en sa capacité à donner naissance. Ainsi, la sage-femme permet de faire de l'accouchement une expérience positive. En rassurant et donnant des explications aux femmes, elle est considérée comme actrice principale du vécu de la naissance (56).

Par sa position, son rôle rassurant et sa fonction, la sage-femme présente en salle de naissance a une influence considérable sur l'expérience d'accouchement de la parturiente. Elle permet un meilleur vécu, favorise l'implication et la promotion de l'accouchement physiologique en plaçant la femme au centre des décisions et des événements autour de la naissance.

4. Projet d'action

a) Étude de cas

L'étude réalisée présente des informations sur l'implication physique et psychique des femmes et le vécu de leur accouchement. Toutefois, l'étude présente certaines limites et une recherche plus avancée serait intéressante afin de progresser dans la prise en charge des patientes.

Afin de mieux évaluer l'implication des femmes, il paraît essentiel d'avoir un point de vu plus élargi de la situation. Celui-ci pourrait être obtenu par la réalisation d'une étude de cas croisant les témoignages de la sage-femme en salle de naissance et de la patiente lors du travail. Dans cette étude, seul le point de vue des femmes en travail a été exploré ce qui peut être à l'origine d'une perte d'information. Le témoignage de la sage-femme couplé à celui de la femme pourrait apporter un regard nouveau et permettrait une meilleure qualité du recueil d'informations.

Le point de vue du père, son vécu et son droit à la parole font également partie des informations supplémentaires dont dépendent les liens avec l'enfant et la construction de la parentalité. C'est pourquoi, un élargissement du recueil d'information pourrait se

faire dans ce sens, car le conjoint occupe une place importante dans le vécu des femmes et dans la construction du schéma familial.

Enfin, il paraît également intéressant d'interroger les sages-femmes responsables des cours de préparation à la naissance afin d'étudier l'impact du discours tenu en cours de préparation à la naissance sur l'accouchement des femmes. Cela nous permettrait d'enrichir et ajuster les discours tenus par les sages-femmes de préparation à la naissance afin de participer à un meilleur vécu de l'accouchement, répondre au mieux aux volontés des femmes et de favoriser la participation active des femmes à leur accouchement.

b) Amélioration de la prise en charge

L'objectif final de mener des études approfondies sur l'implication des femmes serait d'améliorer leur prise en charge en étant plus à l'écoute de leurs besoins et de leurs envies, et en s'adaptant aux couples.

Cette étude permet de montrer l'importance capitale du rôle de la sage-femme de salle de naissance sur le vécu de l'accouchement.

Conclusion

La satisfaction et le vécu de l'accouchement des femmes interrogées ayant participé à la préparation à la naissance et à la parentalité, face à une médicalisation de l'accouchement très présente, semble lié à leur degré d'implication lors de la naissance. Cette implication varie au cours du travail d'accouchement : parfois, les femmes ressentent le besoin de participer activement, et souhaitent être sollicitées, mais à d'autres moments elles préfèrent se laisser guider. Leur implication peut être définie sur le plan physique mais aussi psychique

Il ressort que leur implication est influencée par plusieurs facteurs : les connaissances acquises en PNP, la gestion de la douleur, la présence de l'anesthésie péridurale, la confiance en soi et le sentiment de contrôle. Ces éléments sont alors importants pour les femmes. La sage-femme, elle, occupe une place centrale et peut moduler ces différents facteurs. En effet, il s'agit d'une professionnelle médicale avec des compétences techniques, des connaissances scientifiques mais également des compétences sociales, qui permet d'apporter des savoirs et du soutien aux patientes rencontrées. Ces caractéristiques sont celles que les patientes recherchent et que l'on peut identifier dans leurs propos

Cette étude a alors permis de mettre en avant les éléments importants aux yeux des femmes afin de se sentir pleinement investies dans leur accouchement et de faire le lien avec la position de la sage-femme. S'il est clairement établi, dans la littérature, que le soutien fourni par l'accompagnement est primordiale pour les femmes, la question de l'implication est une notion récente et qui doit être prise en compte pour améliorer le vécu de la naissance.

Il paraît donc essentiel que les sages-femmes aient connaissance des attentes de leur patiente afin de mieux répondre à leurs besoins afin de faire de cette expérience unique dans la vie d'une femme un moment privilégié qui correspond à leurs valeurs, leurs envies et leurs besoins.

Références bibliographiques

1. Caron-Leulliez M, George J. L'accouchement sans douleur: histoire d'une révolution oubliée. Editions de l'Atelier; 2004. 260 p.
2. Comité éditorial pédagogique UVMaF, Université numérique francophone des sciences de la santé et du sport. Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. 2011 [cité 10 mars 2017]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/pnp/site/html/1.html>
3. BREART G, PUECH F, ROZE JC, =Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Mission Périnatalité. Paris. FRA. Mission périnatalité : vingt propositions pour une politique périnatale. Paris: Ministère chargé de la santé; 2003 p. 24p.
4. Ministère de la Santé. Plan périnatal 2005 - 2007 [Internet]. [cité 29 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/plansrapports/plans-perinatals/plan-perinatal-223-407.html>
5. santé HA de. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP): Fiche de synthèse novembre 2005. Rev Sage-Femme. mai 2006;5(2):84-7.
6. Arrêté du 10 décembre 2007 portant approbation de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les sages-femmes libérales et les caisses d'assurance maladie.
7. Maria B. À propos des recommandations pour la pratique clinique de la Haute Autorité de Santé : préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) (novembre 2005). Gynécologie Obstétrique Fertil. juin 2006;34(6):539.
8. Haute Autorité de Santé. Objectifs spécifiques et contenu des séances de PNP, présentés par compétence. 2005.
9. Raoul E. Préparation sophrologique à la naissance: en 7 leçons. InterEditions; 2010. 343 p.
10. Raoul E. Naissance et yoga. InterEditions; 2012. 240 p.
11. Décant-Paoli D. L'haptonomie: « Que sais-je ? » n° 3626. Presses Universitaires de France; 2014. 88 p.
12. Karabulut Ö, Coşkuner Potur D, Doğan Merih Y, Cebeci Mutlu S, Demirci N. Does antenatal education reduce fear of childbirth? Int Nurs Rev. mars 2016;63(1):60-7.
13. Serçekuş P, Başkale H. Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. Midwifery. mars 2016;34:166-72.
14. Hermansson E, Mårtensson L. Empowerment in the midwifery context--a concept analysis. Midwifery. déc 2011;27(6):811-6.

15. Firouzbakht M, Nikpour M, Salmalian H, Ledari FM, Khafri S. The Effect of Perinatal Education on Iranian Mothers' Stress and Labor Pain. *Glob J Health Sci.* 14 oct 2013;6(1):p61.
16. Blondel B, Kermarrec M, Inserm. Les naissances en 2010 et leur évolution en 2003 [Internet]. [cité 26 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-naissances-en-2010-et-leur-evolution-en-2003,9625.html>
17. ODENT M. Un nouveau regard sur la naissance [Internet]. [cité 9 mars 2017]. Disponible sur: <https://www.midwiferytoday.com/articles/chapter6fr.asp>
18. Schall JP, RIETHMULLER D, MAILLET R. Mécanique et Technique Obstétricale. 4ème édition. Montpellier: Sauramps Médical;
19. Lucas C, Racinet C. Collège national des gynécologues obstétriciens français : Positions maternelles pour l'accouchement. 1998.
20. Gasquet B de. Bien-être et maternité. IAlbin Michel; 2009. 374 p.
21. Wilson MJA, MacArthur C, Cooper GM, Shennan A, COMET Study Group UK. Ambulation in labour and delivery mode: a randomised controlled trial of high-dose vs mobile epidural analgesia. *Anaesthesia.* mars 2009;64(3):266-72.
22. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 15 avr 2009;(2):CD003934.
23. Inserm. Enquête périnatale 2010 : des grossesses toujours mieux suivies [Internet]. [cité 9 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-recherche/enquete-perinatale-2010-des-grossesses-toujours-mieux-suivies>
24. esalibirth. Laboring Women Don't Need Support [Internet]. Esali Birth. 2013 [cité 20 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.esalibirth.com/laboring-women-dont-need-support/>
25. Sohaib M, Ismail S. Does labour epidural slow the progress of labour and lead to complications? Obstetricians' perception working in private and public sector teaching hospitals in a developing country. *Indian J Anaesth.* déc 2015;59(12):779-84.
26. Aya AGM, Vialles N, Ripart J. L'analgésie obstétricale a-t-elle un impact sur le mode d'accouchement ? /data/revues/12797960/00100001/7/ [Internet]. 30 mars 2008 [cité 2 avr 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/133724>
27. Aveline C, Bonnet F. Influence de l'anesthésie péridurale sur la durée et les modalités de l'accouchement. /data/revues/07507658/v0020i05/01003987/ [Internet]. [cité 2 avr 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/7248>
28. Arnaout L, Ghiglione S, Figueiredo S, Mignon A. Conséquences fœtales des

techniques d'anesthésie au cours du travail. /data/revues/03682315/v37i1sS/S0368231507004619/ [Internet]. 20 avr 2009 [cité 2 avr 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/209765>

29. Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 7 déc 2011;(12):CD000331.
30. Kemp E, Kingswood CJ, Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 31 janv 2013;(1):CD008070.
31. DENEUX-THARAUX, BELGHITI, KAYEM, DUPONT, BOUVIER-COLLE, BLONDEL, et al. Administration d'ocytocines pendant le travail : risque associé d'hémorragie du post partum et pratiques françaises - CNGOF. 2012.
32. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Administration d'ocytocines pendant le travail : risque associé d'hémorragie du post partum et pratiques française. 2012.
33. Amniotomie pour raccourcir le travail spontané  | Cochrane [Internet]. [cité 9 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.cochrane.org/fr/CD006167/amniotomie-pour-raccourcir-le-travail-spontane-13>
34. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique - Modalités de surveillance foetale pendant le travail. 2007.
35. CIANE. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement [Internet]. Ciane. [cité 1 déc 2015]. Disponible sur: <http://ciane.net/publications/enquete-accouchement/>
36. Larkin P, Begley CM, Devane D. Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*. avr 2009;25(2):e49-59.
37. Waldenström U. Experience of labor and birth in 1111 women. *J Psychosom Res*. nov 1999;47(5):471-82.
38. Nilsson C, Lundgren I. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*. avr 2009;25(2):e1-9.
39. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 18 oct 2006;(4):CD003521.
40. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cité 10 mars 2017]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009290.pub2/abstract>
41. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA. Relaxation techniques for pain

management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 7 déc 2011;(12):CD009514.

42. Lally JE, Thomson RG, MacPhail S, Exley C. Pain relief in labour: a qualitative study to determine how to support women to make decisions about pain relief in labour. *BMC Pregnancy Childbirth.* 8 janv 2014;14:6.

43. Simon E. Préparation à la naissance en libéral et réalité de l'accouchement en milieu hospitalier : enquête de satisfaction auprès des patientes du Puy-de-Dôme. 2014.

44. Gibbins J, Thomson AM. Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery.* déc 2001;17(4):302-13.

45. Intissar S, Rabeb C. Étapes à suivre dans une analyse qualitative de données selon trois méthodes d'analyse : la théorisation ancrée de Strauss et Corbin, la méthode d'analyse qualitative de Miles et Huberman et l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli, une revue de la littérature. *Rev Francoph Int Rech Infirm.* sept 2015;1(3):161-8.

46. Ferguson S, Davis D, Browne J. Does antenatal education affect labour and birth? A structured review of the literature. *Women Birth J Aust Coll Midwives.* mars 2013;26(1):e5-8.

47. Jahdi F, Sheikhan F, Haghani H, Sharifi B, Ghaseminejad A, Khodarahmian M, et al. Yoga during pregnancy: The effects on labor pain and delivery outcomes (A randomized controlled trial). *Complement Ther Clin Pract.* mai 2017;27:1-4.

48. Eri TS, Bondas T, Gross MM, Janssen P, Green JM. A balancing act in an unknown territory: a metasynthesis of first-time mothers' experiences in early labour. *Midwifery.* mars 2015;31(3):e58-67.

49. Borrelli SE, Spiby H, Walsh D. The kaleidoscopic midwife: A conceptual metaphor illustrating first-time mothers' perspectives of a good midwife during childbirth. A grounded theory study. *Midwifery.* août 2016;39:103-11.

50. Davison C, Hauck YL, Bayes SJ, Kuliukas LJ, Wood J. The relationship is everything: Women's reasons for choosing a privately practising midwife in Western Australia. *Midwifery.* août 2015;31(8):772-8.

51. Reed R, Rowe J, Barnes M. Midwifery practice during birth: Ritual companionship. *Women Birth J Aust Coll Midwives.* juin 2016;29(3):269-78.

52. Darra S, Murphy F. Coping and help in birth: An investigation into « normal » childbirth as described by new mothers and their attending midwives. *Midwifery.* sept 2016;40:18-25.

53. Borrelli SE. What is a good midwife? Insights from the literature. *Midwifery.* janv 2014;30(1):3-10.

54. Novick G. Women's Experience of Prenatal Care: An Integrative Review. *J Midwifery Womens Health*. 2009;54(3):226-37.
55. Dahlen HG, Barclay LM, Homer CSE. The novice birthing: theorising first-time mothers' experiences of birth at home and in hospital in Australia. *Midwifery*. févr 2010;26(1):53-63.
56. Dahlberg U, Persen J, Skogås A-K, Selboe S-T, Torvik HM, Aune I. How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sex Reprod Healthc Off J Swed Assoc Midwives*. mars 2016;7:2-7.

Annexes

ANNEXE I : GRILLE D'ENTRETIEN

GRILLE ENTRETIEN

❖ Généralités

- + Quel âge avez-vous ?
- + S'agit-il d'un premier enfant ?
 - œ Sinon : quelle parité ?
- + À quelle catégorie socio-professionnel appartenez vous ?
- + Pouvez-vous me raconter, de façon simple et rapide, l'histoire de la venue de cette enfant ?
 - œ Reformulation :
 - œ Quel est le contexte familial et émotionnel de cette grossesse ?
- + Quel est votre ressenti global de votre grossesse ?
 - œ Reformulation :
 - œ Comment avez-vous vécu cette grossesse sur un plan psychologique ?

❖ Préparation à la naissance et à la parentalité

- + Comment avez-vous entendu parler de la préparation à la naissance ?
 - œ Multipare : Aviez-vous participé à des séances pour votre 1^{ère} grossesse ?
- + Quelles étaient vos sources d'information sur la grossesse (PNP, télévision, magazines, témoignage de l'entourage...) ?
- + Parmi ces différentes sources d'informations, qu'est-ce qui vous a semblé le plus adapté à vos besoins et vos envies ?
 - œ Reformulation :
 - œ Quelles sources d'information avez-vous jugés plus utiles par rapport à vos envies ?
- + Qu'est ce qui, selon vous, a eu le plus d'impact sur votre façon de vivre votre accouchement ?
 - œ Reformulation :
 - œ Quelles sont les informations qui ont influencées votre état d'esprit pendant l'accouchement ?
- + Je reviens sur les informations données exclusivement en PNP : vous ont elles aidé à gérer les douleurs pendant le travail ?
- + Avez-vous entendu parler du projet de naissance ?
 - œ Si oui :
 - œ Par qui ?
 - œ En aviez-vous rédigé un ?
 - œ Avez-vous pu en discuter avec la sage-femme de salle de naissance ?
 - œ A t il été respecté ?
- + Auriez-vous souhaité avoir d'autres informations ?

❖ Début de travail

Pour chaque question, insister sur l'investissement, le comportement, le ressenti et faire le lien avec les séances de PNP.

- + Comment s'est déroulée la mise en route du travail ?
- + Avez-vous utilisé des postures, des exercices de respirations ou autre exercices ?
 - œ Exercices appris en préparation à la naissance ?

- + Comment vous êtes-vous senti ?
 - œ Reformulation :
 - œ Que ressentiez vous ? Du stress, de la confiance, de la joie, de la peur ?
- + Vous sentiez vous en confiance ?
 - œ Reformulation :
 - œ Aviez-vous confiance en vous ?
- + Racontez-moi votre arrivée à la maternité.
 - œ Questions aides si besoin :
 - œ Quelle a été votre prise en charge ?
 - œ Quel était votre état d'esprit ?
 - œ Vous sentiez vous en contrôle de la situation ?
 - œ Avez-vous été guidé par les professionnels de santé qui vous ont accueillis ?
 - œ Qui étaient-ils ?
 - œ Faisiez-vous confiance aux professionnels rencontrés ?
- + Passage en salle de naissance :
 - œ Comment s'est passé la décision de passage en salle de naissance ?
 - œ Comment vous sentiez vous ?
 - œ Quels étaient vos besoins à ce moment là ?
 - œ Quel était l'accompagnement ?

❖ Travail en salle de naissance

- + Comment s'est déroulée l'installation en salle de naissance ?
 - œ Aides : rapide, discussion puis décision, sentiment de contrôle, obligation.
- + Comment gériez-vous la douleur des contractions ?
 - œ Aides :
 - œ Respiration
 - œ Comportement du partenaire
 - œ Accompagnement des professionnels de santé
 - œ Postures, exercices....

- + Quel a été le vécu la douleur des contractions ?
- + Les informations et conseils reçu en PNP vous ont-ils été utiles ?
- + Quelles étaient les sensations physiques et psychiques des contractions ?
- + Avez-vous bénéficié d'une analgésie péridurale ?
 - ☞ Si oui :
 - ☞ Quelles étaient vos motivations ?
 - ☞ Comment s'est déroulée la décision de pose d'analgésie ?
 - ☞ Quel était le stade du travail ?
 - ☞ Quelles étaient vos motivations pour demander cette analgésie ?
 - ☞ Avez-vous eu des difficultés à prendre cette décision ?
 - ☞ Si non :
 - ☞ Comment avez-vous décider ?
 - ☞ Quelles étaient les éléments qui ont motivés ce choix ?

- + Avez-vous pu discuter de vos envies pour l'accouchement avec la sage-femme de salle de naissance ?
 - ☞ Et du projet de naissance cas échéant ?
- + Quel était le comportement de la sage-femme ?
 - ☞ Aides : Explications données ; Avis demandé ; Relation de confiance ; Dialogue possible
- + Avez-vous pu échanger avec la sage-femme et faire le lien avec les séances de PNP ?
- + Avez-vous expérimenté des interventions médicales pendant le travail ?
 - ☞ Exemples : rupture artificielle de la poche des eaux, mise en place de traitements...

- + Avez-vous compris les actes réalisés ?
- + Avez-vous exprimé votre opinion ?
- + Vous êtes-vous sentie en contrôle de la situation ?
- + Aviez-vous suffisamment d'informations en votre possession afin de pouvoir prendre des décisions concernant ces interventions ?
- + Avez-vous pu mettre en pratique des connaissances acquises en PNP ?
 - ☞ Exemple : postures, exercices, respirations...
- + Quel a été votre ressenti global du travail ?
- + Avez-vous été surprise par des éléments particuliers ?
- + Y-a-t-il d'autres informations que vous souhaitez partager avec moi concernant le déroulement de votre travail ?

❖ **Accouchement**

- + Comment vous sentiez vous lors de l'installation pour débiter les efforts expulsifs ?
- + Avez-vous décidé avec la sage-femme du déroulement de l'accouchement ?
- + Avez-vous choisit une position particulière ?

- ✚ Comment vous sentiez vous ?
- ✚ Comment se sont déroulés les efforts expulsifs ?
- ✚ Étiez-vous surprise de certaines pratiques ?
- ✚ Les événements étaient-ils conformes aux informations reçues lors des séances de PNP ?

- ✚ Vous êtes-vous senti en contrôle de vous-même ?
- ✚ Aviez-vous un sentiment de contrôle des événements autour de la naissance ?
- ✚ Avez-vous pu prendre vos propres décisions quant à la naissance ?
 - ☞ Exemple : clampage du cordon, présence du père, position pour l'accouchement, gestion des efforts de poussé...

- ✚ Etes-vous satisfaite de votre accouchement ?
- ✚ Les informations reçues en séances de PNP vous ont-elles été utiles ?
- ✚ Auriez-vous envie de quelque chose de différent pour une grossesse future ?
- ✚ Est-ce que vous participeriez à nouveau à des cours de préparation à la naissance ?
- ✚ Avez-vous eu l'impression que vos envies, vos besoins étaient entendus par l'équipe de professionnels ?
- ✚ Quels ont été les principaux bénéfices liés à la PNP concernant votre travail et votre accouchement ?
- ✚ Comment ces informations vous ont elles aidé ?
- ✚ Souhaitez-vous ajouter quelque chose concernant votre accouchement ?

ANNEXE II : LETTRE D'INFORMATION AUX PATIENTES

Lettre d'information

Exploration du vécu de l'accouchement des femmes ayant participé à des cours de préparation à la naissance et à la parentalité.

Investigateurs :

Xxxx

Xxxx

Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à me contacter par mail.

Madame,

Vous avez été invitée à participer à une étude appelée « exploration du vécu de l'accouchement des femmes ayant participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ».

Il s'agit d'une étude sur le ressenti et l'expérience d'accouchement chez des femmes ayant participé à des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, réalisée au sein du service de suites de couche en maternité au Centre Hospitalier d'Issoire. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame Taithe Séverine.

Justification de cette étude :

L'objectif de cette étude est d'explorer le vécu de femme ayant participé à des séances de PNP pendant leur grossesse dans le but d'optimiser nos pratiques d'accompagnement vers la naissance.

L'étude en pratique :

L'objectif de cette étude est d'explorer le vécu des femmes ayant participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité pendant leur grossesse.

Vous serez sollicitées une première fois à J1. L'objectif de cette première rencontre est de vous présenter l'étude et de vous présenter cette lettre d'information. Vous aurez ensuite un délai de 48 heures de réflexion. Une deuxième rencontre a lieu à J3 afin de récolter un consentement oral de votre part et de réaliser l'entretien. Il s'agit d'un entretien d'une durée de 30 à 45 minutes qui est enregistré et sera retranscrit littéralement. Pour des raisons de confidentialité, aucun nom de professionnels ou de personnes de l'entourage ne sera retenu ou retranscrit. Les propos tenus lors de l'entretien sont strictement anonymes.

Confidentialité et sécurité des données :

Vos données personnelles seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Conformément aux dispositions de cette dernière, l'étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du Correspondant Informatique et Libertés (CIL).

Vos droits :

Votre participation à cette étude est **entièrement libre et volontaire**.

Vous êtes **libre de refuser d'y participer** ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait. **Si vous ne souhaitez pas participer à l'étude, votre refus n'aura aucun impact sur votre prise en charge ultérieure.**

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 7 août 2004, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement la destruction de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction.

Obtention d'informations complémentaires :

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude me contacter afin d'obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

Xxxxxxxxxxxxxx, étudiant sage-femme :

Tél : xxxxxx
ou Mail : xxxxxx

Résumé

Introduction : Les avancées médicales autour de la naissance ont eu des conséquences sur le vécu et l'implication des femmes lors de l'accouchement. Les informations sur l'accouchement, données lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, pourraient alors influencer l'implication des femmes.

Population et méthode : Une étude qualitative descriptive et interprétative a été réalisée via des entretiens semi-directifs auprès d'accouchées dans une maternité de type I.

Résultats : La PNP permet de rassurer les femmes pendant la grossesse et le jour de l'accouchement. L'implication physique est marquée par les exercices de respiration et la mobilisation, tandis que l'implication psychique l'est par le pouvoir décisionnel et la sensation de contrôle. La position de la sage-femme en salle de naissance semble également déterminante.

Discussion : L'implication dépend de la possibilité du choix, des connaissances acquises en cours de PNP et du vécu de la douleur. Il existe des freins à cette implication : l'absence de sensation et le sentiment de peur. La sage-femme en salle de naissance par ses caractéristiques particulières peut influencer le vécu et l'implication des femmes.

Mots-clés : préparation à la naissance et à la parentalité, implication, vécu de l'accouchement, relation avec la sage-femme.

Abstract

Background : Medical progress around birth had consequences on women's experience and involvement during the birth. Informations on delivery, which are received during antenatal class, may influence women's involvement.

Study design : A descriptive qualitative study was conducted through semi-structured interviews with patients during their postpartum in a maternity.

Results : Antenatal education allows women to be reassured during pregnancy and the day of the delivery. Physical involvement is shown by breathing exercises and mobilisation, while psychological involvement is shown by the decision-making authority and the feeling of control. It seems that the midwife's position is also important.

Discussion : Involvement depends on the possibility of choice, knowledge learnt in antenatal class and intensity of the pain. There are obstacles to this involvement : lack of physical sensation, feeling of fear. The midwife in the birth room, by its particular characteristics, may influence the experience and involvement of the women.

Keywords : antenatal education, involvement, women's experience on labour and birth, relationship with the midwives.