



HAL
open science

La satisfaction des primipares au moment de leur mise en travail spontané à terme. D'une image construite en cours de grossesse à la satisfaction qu'elles gardent des premières heures de leur travail

Thérèse Farge

► To cite this version:

Thérèse Farge. La satisfaction des primipares au moment de leur mise en travail spontané à terme. D'une image construite en cours de grossesse à la satisfaction qu'elles gardent des premières heures de leur travail. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03344207

HAL Id: dumas-03344207

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03344207>

Submitted on 14 Sep 2021

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

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



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

AVERTISSEMENT

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

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

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

UNIVERSITÉ DE PARIS



Faculté de santé

UFR de médecine

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELLOCQUE

Mémoire pour obtenir le

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

Le : 15 avril 2021

Par

Thérèse FARGE

Née le 27 mars 1997

**La satisfaction des primipares au moment
de leur mise en travail spontané à terme
D'une image construite en cours de grossesse à la satisfaction
qu'elles gardent des premières heures de leur travail.**

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme Julie Gaillard

Sage-femme enseignante, Baudelocque

JURY :

Mme Julie Gaillard

Sage-femme enseignante, Baudelocque

M Adrien Gantois

Sage-femme libéral

Mme Cécile Mares

Sage-femme enseignante, Baudelocque

Mme Sarah Benjilany

Sage-femme libérale et psychologue

Mémoire N°: 2021PA05MA11

Remerciements

Merci...

A Madame Julie Gaillard, sage-femme enseignante à l'école Baudelocque et directrice de ce mémoire, pour m'avoir soutenue et encouragée tout au long de ce travail.

A Madame Céline Lemay, sage-femme PhD enseignante pour le baccalauréat en pratique sage-femme à l'université du Québec à Trois-Rivières, pour son expertise, ses relectures et son aide précieuse.

A tous les enseignants de l'école de sages-femmes Baudelocque qui m'ont permis de découvrir et d'exercer ce métier passionnant.

A toutes les sages-femmes qui m'ont guidée au cours de mes différents stages et m'ont transmis leur métier avec passion.

A ma famille et à mes amis pour m'avoir soutenue et encouragée tout au long de mes études.

Table des matières

Liste des tableaux	I
Liste des figures.....	II
Liste des annexes.....	III
Lexique	IV
Introduction.....	1
Première partie La mise en travail spontané : un ensemble de phénomènes biologiques complexes.....	5
Définitions	5
1.1 <i>Le travail</i>	5
1.2 <i>La mise en travail spontané</i>	6
1.3 <i>Le pré-travail</i>	6
1.4 <i>Le faux-travail et les dystocies de démarrage</i>	7
1.5 <i>Les hormones</i>	7
1.6 <i>Les contractions utérines</i>	7
Un ballet hormonal materno-foetal finement orchestré	7
2.1 <i>L'ocytocine</i>	8
2.1.1 Généralités.....	8
2.1.2 Effets physiologiques.....	8
2.1.3 Effets maternels pendant la grossesse et le travail	8
2.1.4 Effets fœtaux pendant la grossesse et le travail.....	9
2.2 <i>La mélatonine</i>	9
2.3 <i>La corticolibérine</i>	9
2.3.1 Généralités.....	9
2.3.2 Effets physiologiques.....	9
2.3.3 Effets maternels pendant la grossesse et le travail	9
2.3.4 Effets fœtaux pendant la grossesse et le travail.....	10
2.4 <i>Les prostaglandines ou l'« horloge déciduale »</i>	10
2.4.1 Généralités.....	10
2.4.2 Effets physiologiques.....	10
2.4.3 Effets maternels pendant la grossesse et le travail	10
2.4.4 Effets fœtaux pendant la grossesse et le travail.....	11
2.5 <i>L'estrogène</i>	11
2.5.1 Généralités.....	11
2.5.2 Effets physiologiques.....	11
2.5.3 Effets maternels pendant la grossesse et le travail	11
2.5.4 Effets fœtaux pendant la grossesse et le travail.....	12

2.6 Les β -endorphines	12
2.6.1 Généralités.....	12
2.6.2 Effets physiologiques.....	12
2.6.3 Effets maternels pendant la grossesse et le travail	12
2.6.4 Effets fœtaux pendant la grossesse et le travail.....	12
2.7 Les catécholamines	13
2.7.1 Généralités.....	13
2.7.2 Effets physiologiques.....	13
2.7.3 Effets maternels pendant la grossesse et le travail	13
2.7.4 Effets fœtaux pendant la grossesse et le travail.....	13
Des composantes mécaniques.....	14
3.1 La distension utérine	14
3.2 La gravité terrestre.....	14
3.3 L'effet sur le col	15
Deuxième partie La mise en travail spontané : une tempête émotionnelle	16
Un sentiment d'inconnu à apprivoiser	16
1.1 L'inconnu	16
1.2 Les projections.....	17
L'environnement et l'entourage influencent les émotions.....	17
2.1 L'environnement.....	17
2.1.1 Environnement personnel	17
2.1.2 Environnement hospitalier	18
2.2 L'entourage.....	18
2.3 Les émotions	19
2.3.1 Définitions	19
2.3.2 Différentes émotions.....	20
2.3.3 Émotions et physiologie	20
2.3.4 Grossesse et émotions	21
2.3.5 Travail et émotions	21
La satisfaction des parturientes	22
Troisième partie Notre étude	24
Matériel et méthode.....	24
1.1 Question de recherche	24
1.2 Objectifs	24
1.3 Hypothèses	25
1.4 Critères d'inclusion et d'exclusion	25
1.5 Méthodologie des entretiens	26
1.6 Élaboration de la grille d'entretien	27
1.7 Recrutement des primipares	27

1.8 Déroulement des entretiens	28
Résultats et discussion	29
2.1 Caractéristiques des entretiens	29
2.2 Caractéristiques générales des femmes.....	29
2.3 Image de la mise en travail spontané pendant la grossesse et sources d'informations	30
2.3.1 Modalités.....	31
2.3.2 Lieu	32
2.3.3 Moment.....	33
2.3.4 Entourage	34
2.3.5 Sources d'informations consultées pendant la grossesse	35
2.3.5.1 Cours de préparation à la naissance et à la parentalité.....	36
2.3.5.2 Témoignages de la famille et des amies	38
2.3.5.3 Internet.....	40
2.3.5.4 Lectures	41
2.3.5.5 Autres ressources	41
2.4 Émotions ressenties à la mise en travail spontané.....	42
2.4.1 Généralités sur les émotions citées	42
2.4.2 Diversité des émotions.....	43
2.4.3 Causes et influences des émotions	45
2.4.3.1 Émotions causées par les sensations corporelles	46
2.4.3.2 Émotions causées par l'entourage et l'environnement	46
2.4.3.3 Émotions dont les causes sont mixtes	48
2.4.3.4 Moment le plus marquant	49
2.5 Satisfaction des primipares	50
2.5.1 Satisfaction globale des primipares	50
2.5.2 Satisfaction et projections	51
2.5.3 Satisfaction, entourage et environnement.....	52
2.6 Pour aller plus loin	53
2.6.1 Début de la projection.....	53
2.6.2 Appréhension de la douleur pendant la grossesse	54
2.7 Forces et faiblesses de l'étude	55
2.7.1 Forces.....	55
2.7.2 Faiblesses	55
Conclusion.....	56
Bibliographie.....	58
Annexes	66

Liste des tableaux

Tableau 1 : Différentes émotions pendant le travail 44

Liste des figures

Figure 1: Stades du travail (CNSF)	5
Figure 2: Adéquation à la réalité des projections sur les modalités	31
Figure 3: Adéquation à la réalité des projections sur le lieu	32
Figure 4 : Adéquation à la réalité des projections sur le moment.....	33
Figure 5 : Adéquation à la réalité des projections sur l'entourage	34
Figure 6 : Ressources consultées pendant la grossesse.....	35
Figure 7: Emotions ressenties par les primipares tout au long de leur mise en travail spontané	43
Figure 8 : Émotions ressenties par les primipares lors du premier contact téléphonique avec la maternité	47
Figure 9 : Émotions ressenties par les primipares lors de leur arrivée aux urgences obstétricales.....	47
Figure 10 : Moment le plus marquant du début du travail.....	49
Figure 11 : Satisfaction des primipares de leur mise en travail spontané.....	51
Figure 12 : Satisfaction des primipares en fonction de l'adéquation de leurs projections à la réalité	52
Figure 13 : Début de la projection en fonction de l'âge gestationnel.....	53
Figure 14 : Rosace des émotions	68
Figure 15 : Échelles de satisfaction.....	68

Liste des annexes

Annexe I : Grille d'entretiens.....	67
Annexe II : Influences mixtes sur certaines émotions.....	69

Lexique

ACTH : hormone adrénocorticotrope.

APD : analgésie péridurale.

CNGOF : Conseil National des Gynécologues-Obstétriciens Français.

CNRS : Centre National de Recherche en Santé.

CNSF : Conseil National des Sages-Femmes.

CRH : corticolibérine.

CU : contractions utérines.

HAS : Haute Autorité de Santé.

HTIC : hypertension intracrânienne.

LA : liquide amniotique.

PAG : petit pour l'âge gestationnel.

PNP : préparation à la naissance et à la parentalité.

PP : post-partum.

QLA : quantité de liquide amniotique.

RGPD : règlement général sur la protection des données.

RH : ressources humaines.

RSE : responsable social des entreprises.

RSM : rupture spontanée des membranes.

SA : semaines d'aménorrhée.

SDN : salle de naissances.

TV : toucher vaginal.

Introduction

C'est en 1987 qu'est apparue la notion de « salutogenèse ». Développée par le sociologue Aaron Antonovsky, elle s'appuie sur le constat que la médecine appréhende souvent le corps humain comme un concentré de risques en puissance. Ce dernier propose une approche plus positive qui consiste à rechercher les facteurs favorisant la santé plutôt que de se concentrer sur ceux déclenchant la pathologie (1). La « partie de la biologie qui étudie les fonctions et les propriétés des organes et des tissus des êtres vivants » (2) est la physiologie, selon la définition du Larousse. Le CNRS précise que la physiologie est la « science qui [s'intéresse aux] fonctions normales [ainsi qu'aux] propriétés des tissus des organismes vivants » (3), c'est-à-dire qu'elle décrit le fonctionnement normal, notamment du corps humain, en dehors de toute pathologie ou de toute intervention humaine. « La physiologie est le modèle par défaut » écrit Céline Lemay (4). Les compétences des sages-femmes françaises en font des professionnels de la physiologie dans le suivi des femmes, plus spécialement pendant la grossesse et l'accouchement (5).

Depuis qu'il y a des êtres humains sur terre, les femmes mettent au monde des enfants. La grossesse et l'accouchement sont des processus naturels de la physiologie féminine. Le corps féminin est intrinsèquement programmé pour qu'une grossesse s'achève par la mise en travail qui mène à la naissance d'un nouveau-né. D'après les données actuelles de la science, la durée d'une grossesse est définie par le risque de morbi-mortalité fœtale. Elle varie selon les femmes, les pays et les méthodes de calculs. Elle se situe entre 280 et 290 jours à compter du premier jour des dernières règles, soit entre 40 SA et 41 SA et 3 jours. Par convention, on considère que le terme d'une grossesse est compris entre 37 SA et 41 SA incluses ; un accouchement survenant avant 37 SA est qualifié de « prématuré » ; au-delà de 41 SA, on parle de « grossesse prolongée » ; et ce n'est qu'à partir de 42 SA que l'on utilise l'expression « terme dépassé » (6,7). Selon plusieurs auteurs, la difficulté à fixer la date exacte de début de grossesse (8), ajoutée aux variations interindividuelles de la durée de gestation humaine, rend presque utopique la fiabilité d'une date présumée d'accouchement précise. Ils s'accordent en revanche sur l'importance de fixer une date à partir de laquelle la surveillance sera rapprochée, et celle à laquelle un déclenchement sera proposé (6,7).

L'état actuel des connaissances considère donc une grossesse à terme entre 37 SA et 41 SA et 6 jours, soit le moment où la mise en travail spontané correspond au risque le plus faible de morbi-mortalité fœtale.

Le choix du thème de notre étude est issu d'une passion pour l'obstétrique et pour la maïeutique. Bien que l'observation clinique nous permette de nous faire une certaine idée du ressenti des femmes au moment de leur travail, elles seules peuvent nous en dévoiler les secrets. Et, dans l'approche du métier de sage-femme, il semble essentiel de comprendre les femmes. Cela représente le moyen le plus efficace de les accompagner au mieux et de répondre à leurs besoins.

De plus, les phénomènes qui initient la mise en travail spontané sont fascinants. Les connaissances théoriques acquises à l'école apprennent à diagnostiquer et à suivre un travail, à réaliser un accouchement, etc., mais la mise en travail spontané y est très peu étudiée. En effet, les parturientes arrivent le plus souvent aux urgences obstétricales pour un début de travail. Parfois elles sont hospitalisées et le débutent dans une chambre d'hospitalisation ou une salle d'urgence.

En SMA2, le professeur Marcellin nous a présenté un cours intitulé « *Déterminismes de la parturition* » qui traite des facteurs déclenchant la mise en travail spontané. Les éléments qu'il souligne comme essentiels sont : des contractions utérines, la rupture des membranes fœtales et la présence d'une inflammation locale responsable de la maturation du col de l'utérus. Il précise : « synchronisation = travail réussi ». Cependant, son exposé conclut que les données actuelles de la science ne peuvent isoler une seule cause d'initiation du travail. Il nous présente ce domaine comme un vaste champ tout juste exploré mais qui réserve encore bien du travail et des surprises aux chercheurs qui s'y intéressent.

Par ailleurs, au cours de discussions, certaines femmes expliquent que leur environnement et leur entourage ont eu une influence sur l'initiation de leur travail. Il est intéressant d'avoir ce point de vue interne sur un événement qui a des composantes biologiques et psychologiques. Des interrogations ont alors commencé à germer dans notre esprit : quel est le lien entre la psychologie et la physiologie au moment de la mise en travail spontané ? Y a-t-il des éléments extérieurs qui influencent le vécu de la mise en travail spontané ?

La présentation du professeur Marcellin, le petit nombre d'études sur ce sujet et les différents témoignages recueillis nous ont convaincues de travailler sur ce thème.

Les premières recherches et les différentes réflexions nous ont rapidement attirées vers la manière dont les primipares vivent leur mise en travail spontané au vue des projections qu'elles s'en font pendant leur grossesse. Nous avons alors choisi de travailler plus précisément sur la satisfaction que les primipares en ont en intégrant, d'une part, les images qu'elles ont construites en cours de grossesse, et d'autre part, les différents éléments de leur environnement et de leur entourage ayant influencé leur satisfaction.

Par satisfaction, nous entendons le souvenir positif que les primipares gardent des premières heures de leur travail spontané. Nous cherchons à étudier si l'adéquation entre l'idée qu'elles se font de leur mise en travail spontané pendant leur grossesse et la manière dont elles l'ont vécu influence positivement ou négativement leur souvenir.

C'est ainsi que nous avons formulé la question de recherche suivante : dans quelle mesure le déroulement de la mise en travail spontané des primipares entre 37 SA et 41 SA et 6 jours influence-t-il leur satisfaction au vue de l'image qu'elles ont construite pendant leur grossesse ?

Afin d'y répondre au mieux, nous avons, dans un premier temps, parcouru la littérature pour faire un point sur les connaissances actuelles concernant l'initiation spontanée du travail, ses composantes hormonales (ocytocine, mélatonine, corticolibérine, prostaglandines, estrogène, β -endorphines et catécholamines) et physiques (distension utérine, augmentation du volume utérin et effet de la gravité terrestre). Puis nous avons recherché les éléments psychologiques qui entrent en jeu pendant la grossesse et la mise en travail spontané, ainsi que les facteurs qui influencent la satisfaction des femmes.

Dans un deuxième temps, nous avons interrogé des primipares sur la manière dont elles élaborent une image de la mise en travail spontané au cours de leur grossesse ; puis nous leur avons demandé de décrire la manière dont leur travail a débuté, les émotions qu'elles ont ressenties, l'influence de leur entourage et de leur environnement ; enfin nous avons conclu en leur demandant de coter leur satisfaction.

L'objectif principal de notre étude est de rechercher dans quelle mesure le déroulement de la mise en travail spontané des primipares entre 37 SA et 41 SA et 6 jours influence leur satisfaction au vue de l'image qu'elles ont construite pendant leur grossesse.

Première partie

La mise en travail spontané : un ensemble de phénomènes biologiques complexes

Définitions

En 2018, dans leur revue de la littérature explorant la durée normale du travail spontané, Abalos et al. remarquent qu'aucune des 28 études étudiées ne propose de définition de la mise en travail spontané. Elles parlent seulement de « *women in labour* » (femmes en travail) ou de « *established labour* » (travail établi) (9).

1.1 Le travail

La définition du travail varie selon les auteurs. Pour certains, le travail est composé des « phénomènes physiologiques et mécaniques aboutissant à la sortie du fœtus hors des voies génitales maternelles » (10,11) ; pour d'autres, c'est une « phase de l'accouchement » caractérisée par « des contractions utérines rythmées, involontaires et progressives qui aboutissent à l'effacement et à la dilatation du col de l'utérus » (12). Quelle que soit la définition, les contractions utérines régulières sont toujours présentes (13–15), parfois associées à la dilatation cervicale (16–18) ou à la descente du mobile fœtal (19).

Les deux critères cliniques sont : des contractions utérines involontaires, douloureuses et régulières associées à des modifications du col. Ces dernières s'évaluent avec le score de Bishop sur des touchers vaginaux toutes les 2 à 4 heures selon les recommandations de l'HAS de 2017 (20). Ce diagnostic est donc dynamique.

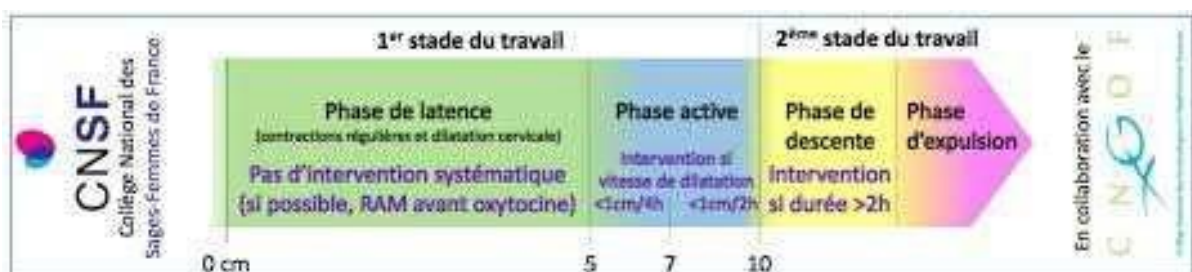


Figure 1 : Stades du travail (CNSF)

Le CNSF et le CNGOF le divisent en trois stades : le premier correspond à l'effacement et à la dilatation cervicale, il est composé d'une phase de latence et d'une phase

active ; le deuxième comprend une phase de descente et de rotation puis une phase d'expulsion du mobile fœtal ; le troisième est la délivrance du placenta (21).

Au-delà de la dilatation cervicale, les partisans de l'accouchement naturel comme Michel Odent évaluent l'avancée du travail par le comportement de la parturiente qui change avec les variations hormonales physiologiques (22,23).

1.2 La mise en travail spontané

Nous n'avons pas trouvé de définition consensuelle de la mise en travail spontané, mais, d'après les notions précédentes, nous pouvons en ébaucher le contour. Elle correspondrait au début naturel des phénomènes du travail, c'est-à-dire à l'initiation, sans aucune intervention médicale, des contractions utérines responsables des modifications cervicales. Certains auteurs, comme Walsh, estiment que la mise en travail est un autodiagnostic que seules les femmes peuvent poser. En 2017, l'HAS rappelle qu'un « accouchement normal débute spontanément » (20), la mise en travail spontané est physiologique.

Les critères cliniques seraient des contractions utérines régulières et douloureuses ou la rupture spontanée des membranes.

Les mécanismes y aboutissant ne sont pas entièrement connus. Ils seraient dus à des variations hormonales maternelles et fœtales (24). Des prodromes sont décrits dans la littérature : perte du bouchon muqueux, augmentation du seuil de douleur (25).

De plus, son diagnostic est rendu plus ardu par les différences interindividuelles de durée de gestation (24), par le pré-travail, le faux travail et les dystocies de démarrage.

1.3 Le pré-travail

Il n'existe pas de définition consensuelle du pré-travail. Selon certains, il s'agit d'une phase de latence prolongée dont la prise en charge réside dans des méthodes antalgiques non pharmacologiques et pharmacologiques (26).

Il commencerait 12 à 24 heures, parfois 2 à 3 jours, avant la phase active du travail. Il correspond à la perte du « bouchon muqueux », à des « douleurs lombaires, [... à des] contractions utérines variables en fréquence, en durée et s'intensifiant à la mobilisation ». Le diagnostic différentiel avec le travail se pose a posteriori (27).

D'après les données de la science, les modifications microscopiques du pré-travail commenceraient dans les jours, voire les semaines, précédant la mise en travail. Elles correspondent à des variations hormonales, à la synthèse de récepteurs utérins, centraux et mammaires (24) et à des processus fœtaux de maturation (24).

1.4 Le faux-travail et les dystocies de démarrage

Pour certaines femmes, la fin de grossesse est marquée par un ou plusieurs épisodes de contractions utérines irrégulières, parfois douloureuses, qui n'ont pas d'action majeure sur le col et sont calmées par le repos ou les antalgiques. D'après les phases du travail décrites par Friedmann, certains auteurs estiment qu'il s'agit d'anomalies de la phase de latence au même titre que les dystocies de démarrage (10). D'autres ne font aucune distinction entre ces dernières et le faux-travail (28).

Les dystocies de démarrage sont des dystocies dynamiques, c'est-à-dire une mauvaise synchronisation entre contractions utérines et ouverture du col (29). Elles ne se calment ni spontanément, ni par le repos ou les antalgiques (10).

Cependant, il est difficile de fixer une durée moyenne de la phase de latence au vue des différences interindividuelles (18). L'HAS recommande donc de ne plus parler de « dystocie de démarrage » mais de « prolongement de la phase de latence » (30).

1.5 Les hormones

Une hormone est une substance chimique dont le site d'action se situe à distance du site de production. Elle y est transportée par la circulation sanguine.

Une neurohormone est une hormone produite par un neurone. Elle peut être libérée directement dans le système nerveux central ou circuler par voie systémique (22).

1.6 Les contractions utérines

Les contractions utérines sont essentielles à une dilatation cervicale harmonieuse et à l'expulsion du fœtus hors des voies génitales. Elles résultent du raccourcissement des fibres musculaires du myomètre par libération intracellulaire de calcium.

Le myomètre est un muscle lisse. Enveloppé entre une couche muqueuse interne, l'endomètre, et une couche séreuse externe recouverte de péritoine, il forme l'utérus. D'après les données scientifiques actuelles, au cours de la grossesse, le myomètre s'épaissit, ses cellules se dotent de récepteurs à l'ocytocine (24) et de *gap junctions* (29). La progestérone inhibe alors les contractions utérines par divers mécanismes. A l'approche du terme, l'augmentation de l'estrogène permet leur apparition (31).

Un ballet hormonal materno-fœtal finement orchestré

D'après l'état actuel des connaissances, les productions hormonales maternelles et fœtales changent en fin de grossesse et varient au cours du travail (32).

Outre l'ocytocine dont le rôle est maintenant bien connu, la mélatonine, la CRH, les prostaglandines, l'estrogène, les β -endorphines et les catécholamines sont impliqués dans le processus de la parturition humaine. Ces hormones interagissent les unes avec les autres (24). Nous allons maintenant les présenter car, d'après nos recherches, celles-ci sont les principales hormones mises en jeu lors de la mise en travail spontané.

2.1 L'ocytocine

2.1.1 Généralités

Appelée « hormone de l'amour », « de la confiance » ou « du calme et de la communication » (24), l'ocytocine est une substance endogène. Sécrétée par l'hypothalamus, elle rejoint la circulation sanguine via la tige pituitaire et l'hypophyse postérieure (24,33,34).

L'oxytocine est une hormone synthétique exogène couramment utilisée en obstétrique dont les mécanismes d'action et les effets sont différents, nous ne les étudierons pas.

2.1.2 Effets physiologiques

A l'heure actuelle, il est scientifiquement reconnu que l'ocytocine favorise l'accouplement, le comportement sexuel et social, la lactation, les adaptations maternelles, l'oubli des expériences négatives ; elle active le circuit de la récompense, régule le système nerveux autonome, maintient la température corporelle, favorise le repos, la digestion et le calme, abaisse le stress, la peur, l'anxiété et la douleur. Elle influe l'olfaction, la production d'insuline et la densité osseuse (24).

Selon des études menées sur modèles murins, sa synthèse est perturbée par des stimuli environnementaux tels qu'une lumière trop importante (32,35,36).

2.1.3 Effets maternels pendant la grossesse et le travail

Dans la procréation, l'ocytocine est impliquée dans l'orgasme, les contractions utérines et l'éjection du lait. Au cours du travail, sa production pulsatile centrale et sa synthèse myométriale locale engendrent les contractions utérines (37,38). De plus, sa libération dans le système limbique favorise l'établissement du lien mère-enfant (24).

Selon une hypothèse scientifique, elle peut agir comme une phéromone par voie voméronasale et influencer le comportement de l'entourage (39).

2.1.4 Effets fœtaux pendant la grossesse et le travail

Les récepteurs fœtaux à l'ocytocine activent des mécanismes de neuroprotection et la production d'endorphines. Lors du travail, cette voie serait activée par un passage transplacentaire. Ces adaptations font partie des modifications du pré-travail (40).

2.2 La mélatonine

La mélatonine est une hormone synthétisée et libérée dans le système nerveux central selon un rythme circadien avec un pic nocturne. Elle permet la détente et le repos.

Selon les données actuelles de la science, l'utérus possède des récepteurs à la mélatonine qui déclenchent et entretiennent la production d'ocytocine.

Le taux sanguin de mélatonine augmenterait au cours du travail. Sa production peut être perturbée par un environnement trop lumineux (32).

Nous n'avons pas trouvé de description des effets de la mélatonine sur le fœtus.

2.3 La corticolibérine

2.3.1 Généralités

La CRH est une hormone produite notamment dans l'hypothalamus et le placenta (41). Elle agit comme une neurohormone sur le système nerveux sympathique. Dans l'hypophyse antérieure, elle active la production d'ACTH, hormone qui régule la synthèse surrénalienne de glucocorticoïdes, dont le cortisol (22,41).

2.3.2 Effets physiologiques

La CRH influence le comportement social et favorise les liens humains en synergie avec l'ocytocine (22).

Elle enclenche une réponse au stress par la production centrale de β -endorphines et périphérique de glucocorticoïdes (22). Elle est donc un médiateur de l'analgésie endogène qui concourt à maintenir l'homéostasie corporelle à moyen terme (42).

2.3.3 Effets maternels pendant la grossesse et le travail

Au cours de la grossesse, les taux maternels de CRH augmentent. Son rôle n'est pas compris dans son ensemble. D'après les données scientifiques, elle active la synthèse de récepteurs myométriaux aux prostaglandines et la libération d'ocytocine. De plus, ses taux sériques augmentent au long du travail, avec un pic vers 8-9 centimètres de dilatation, et décroissent dans les 2 heures du post-partum immédiat (22).

Certains auteurs pensent donc qu'elle permettrait à la femme de se préparer et de faire face au stress du travail et de l'accouchement (22,43).

2.3.4 Effets fœtaux pendant la grossesse et le travail

Des études menées sur modèle murin ont mesuré une élévation du taux fœtal de CRH pendant la grossesse, préparant le fœtus au stress engendré par la naissance et l'adaptation à la vie extra-utérine (22,43).

Elle semble être une hormone cruciale dans le maintien de l'homéostasie fœtale au cours du travail et dans les premières heures de vie.

2.4 Les prostaglandines ou l'« horloge déciduale »

2.4.1 Généralités

Les prostaglandines sont des hormones médiatrices des phénomènes inflammatoires dont les propriétés ocytociques initient des contractions utérines. Elles sont sécrétées et agissent localement dans de nombreux tissus.

2.4.2 Effets physiologiques

L'endomètre non gravide produit des prostaglandines qui provoquent des contractions utérines pour évacuer les règles et empêcher les hémorragies menstruelles (44).

Selon certaines études, leur production est activée par le cortisol et l'ocytocine dont elles stimulent la synthèse (24). Ceci peut expliquer leur rôle dans la mise en travail.

2.4.3 Effets maternels pendant la grossesse et le travail

La nidation nécessite une inflammation locale de l'endomètre qui est ensuite inhibée par la progestérone. L'endomètre gravide est appelé « décidue ». Son taux de prostaglandines est très inférieur à celui de l'endomètre (44).

Selon certaines études, la durée de gestation n'est pas déterminée par l'unité fœto-placentaire, ou « horloge placentaire », mais par la décidue, ou « horloge déciduale ». L'avancée de la grossesse correspond à une élévation des prostaglandines dans le plasma maternel et le liquide amniotique (44). L'inflammation des membranes amniotiques désorganise le tissu conjonctif cervical et augmente son élasticité nécessaire à une dilatation harmonieuse (45).

Les prostaglandines pourraient être à l'origine de la mise en travail spontané par deux effets : en régulant positivement la production centrale d'ocytocine et en initiant

l'inflammation qui engendre des contractions utérines et la rupture spontanée des membranes (24).

2.4.4 Effets fœtaux pendant la grossesse et le travail

D'après les données scientifiques, les récepteurs aux médiateurs de l'inflammation augmentent en fin de grossesse dans le myomètre et sur les membranes fœtales facilitant leur rupture (46,47). La décidue entretient une inflammation myométriale stérile (48). Il en résulte l'initiation de contractions utérines, la maturation cervicale et la rupture spontanée des membranes.

2.5 L'estrogène

2.5.1 Généralités

L'estrogène est une hormone sexuelle produite par les ovaires sous contrôle de l'axe hypothalamo-hypophysaire.

En fin de grossesse, le cortisol maternel stimule la synthèse d'estrogène qui inhibe l'action de la progestérone et favorise la survenue de contractions utérines (24).

2.5.2 Effets physiologiques

Avec la progestérone, l'estrogène est une hormone sexuelle cruciale dans la vie reproductive de la femme. Essentielle au déroulement normal du cycle féminin, sa production est plus élevée pendant la première partie du cycle, c'est-à-dire la phase folliculaire. Il orchestre l'épaississement et la vascularisation de l'endomètre.

De plus, l'estrogène influence et favorise les liens sociaux (22).

2.5.3 Effets maternels pendant la grossesse et le travail

L'estrogène a une action hypertrophique sur le myomètre et serait responsable de la croissance utérine. En cours de grossesse, ses récepteurs myométriaux sont partiellement inhibés par la progestérone (49). A l'approche du terme, l'inversion du rapport estrogène/progestérone initie des contractions utérines et l'assouplissement du col. Il pourrait ainsi déclencher la mise en travail spontané. Sa synthèse serait due à la production d'un précurseur par les surrénales fœtales (24,41).

De plus, il concourt à l'harmonie des contractions utérines (41).

2.5.4 Effets fœtaux pendant la grossesse et le travail

D'après certaines études, la plasticité cérébrale humaine serait influencée *in utero* par des hormones telles que l'estrogène (22).

2.6 Les β -endorphines

2.6.1 Généralités

Produites dans le système nerveux central et certains tissus périphériques, les β -endorphines regroupent plusieurs hormones peptidiques issues d'une même pro-hormone, substance nécessitant des modifications pour être fonctionnelle (24).

2.6.2 Effets physiologiques

Les β -endorphines ont un pouvoir analgésiant en inhibant le transfert des sensations douloureuses (50). Leur production fait partie de la réponse au stress pour le maintien de l'homéostasie corporelle ; elle est initiée par les catécholamines, hormones du stress. En revanche, une présence excessive de ces dernières lui est délétère (24).

Elles seraient responsables de comportements nécessaires à la survie : faim, activité sexuelle, travail et accouchement, lactation et comportements maternels (24), fonction immunitaire, interactions sociales et bien-être psychologique (51).

2.6.3 Effets maternels pendant la grossesse et le travail

D'après les données scientifiques actuelles, les effets immunosuppresseurs des β -endorphines favorisent la nidation. Leur taux s'élève en cours de grossesse selon un rythme circadien. Elles permettent une augmentation de la tolérance à la douleur de la femme à l'approche du terme avec un effet maximal le jour de la mise en travail (50,52). Elles engendrent alors une analgésie endogène et une altération de la conscience pour mieux supporter le stress et la douleur (24).

2.6.4 Effets fœtaux pendant la grossesse et le travail

Les β -endorphines sont produites par le placenta tout au long de la grossesse et sont présentes dans le liquide amniotique. L'hypothalamus fœtal en sécrète en cas d'hypoxie (53) afin d'activer des processus de neuroprotection (24).

2.7 Les catécholamines

2.7.1 Généralités

Les catécholamines regroupent plusieurs hormones dont l'adrénaline et la noradrénaline. Elles sont sécrétées par les médullosurrénales selon un rythme circadien avec un pic diurne.

Elles sont aussi produites dans les situations de stress, c'est-à-dire devant un danger réel ou perçu, comme : l'anxiété, le froid, l'hypoglycémie, les détresses émotionnelles, l'effort physique et l'hémorragie (24). Ces situations peuvent être rencontrées au cours du travail.

Leur production est diminuée par l'ocytocine qu'apporte la chaleur, l'intimité et un sentiment de sécurité (32).

2.7.2 Effets physiologiques

Elles jouent un rôle dans les fonctions suivantes : le métabolisme, la fonction cardiaque et l'analgésie endogène (24,54). Elles sont responsables de modifications rapides et activent les réponses à moyen et long terme médiées par le cortisol (24).

D'après les données scientifiques, la noradrénaline active la synthèse de cortisol et de β -endorphines (24) et enrichit la mémoire afin d'éviter les situations dangereuses (55). Un stress bon est appelé « eustress ». En revanche, un stress excessif, dû à l'anxiété, la dépression ou le stress post-traumatique, peut être délétère (24,56,57).

2.7.3 Effets maternels pendant la grossesse et le travail

Dans les fonctions de procréation, une décharge de catécholamines a lieu à l'orgasme. Leur taux augmente pendant le travail et décroît rapidement en post-partum, maintenant l'attention de la parturiente en éveil (24). Cette élévation pourrait être biaisée par l'impact des soins hospitaliers (58). Leur taux faible associé à une élévation de la mélatonine peut expliquer la prédominance de mise en travail la nuit.

Un stress excessif peut être délétère pour la mère et le fœtus (59), provoquer des dystocies dynamiques et augmenter les complications de l'accouchement (58).

2.7.4 Effets fœtaux pendant la grossesse et le travail

Selon les données actuelles de la science, la noradrénaline et le cortisol sont les premières hormones synthétisées par les surrénales fœtales, leur production est

corrélée à leur maturation (24). Le cortisol fœtal active la formation des récepteurs cardiaques, cérébraux et pulmonaires impliqués dans les réponses au stress (60). Le taux de catécholamines sériques fœtales augmente pendant le travail. Cette décharge, appelée « *catecholamine surge* », est nécessaire pour supporter l'hypoxie et permettre une bonne adaptation extra-utérine (24,60). Mais un stress excessif peut nuire au développement cérébral fœtal (59).

Des composantes mécaniques

Actuellement, au-delà des mécanismes hormonaux développés plus haut, les données scientifiques permettent de considérer certains éléments mécaniques qui participent à la mise en travail spontané (45) : la distension utérine, la gravité terrestre et leurs effets sur le col de l'utérus.

3.1 La distension utérine

Au fil de la grossesse, la croissance fœtale et l'augmentation de la quantité de liquide amniotique distendent l'utérus. Ce dernier atteint un litre à un litre et demi en fin de grossesse. La masse utérine augmente et passe de 200 grammes en début de grossesse (10 SA) à 800 voire 1200 grammes à terme (61).

Les membranes fœtales sont composées de fibres de collagène de différents types ainsi que de protéoglycanes, ce qui leur donne une élasticité favorable à leur distension tout au long de la grossesse (29).

L'augmentation de volume du contenu utérin exerce une pression grandissante sur les parois utérines et provoque des contractions réflexes de plus en plus fréquentes appelées « contractions de Braxton-Hicks » (45).

Les auteurs reconnaissent que les cascades menant à la mise en travail spontané peuvent être initiées dans les situations de sur-distension utérine, telles qu'un hydramnios ou une grossesse multiple, dans lesquelles il existe une augmentation du risque d'accouchement prématuré (62).

3.2 La gravité terrestre

La position du fœtus dans l'utérus dès le 3^{ème} trimestre de la grossesse exerce une pression croissante sur le col de l'utérus. Soumise aux lois de la gravité et favorisée par la station debout de la mère, la présentation fœtale contribue à la formation du

segment inférieur, présage d'eutocie. Ces sollicitations peuvent aussi provoquer des contractions utérines réflexes et initier la mise en travail spontané (61).

3.3 L'effet sur le col

Tout au long de la grossesse, la consistance du col utérin est tonique. Cette propriété est due aux collagènes de type I et de type III qui le composent. En fin de grossesse, le col mûrit et s'assouplit. Grâce à l'action locale de leucocytes et de cytokines sa structure se désorganise et se gorge d'eau. Le processus de dégradation extracellulaire concourt à augmenter le phénomène inflammatoire et à initier la mise en travail spontané (29).

De plus, ces modifications cervicales engendrent ce que l'on appelle « la perte du bouchon muqueux ». Le bouchon muqueux est un complexe de grande taille formé de protéoglycanes. Il comble le canal intra-cervical pendant la grossesse (63). Ses propriétés physiques et immunologiques laissent penser qu'il inhibe l'ascension de bactéries pathogènes qui pourraient provoquer un accouchement prématuré, mais il ne les bloque pas entièrement (64). Sa perte, en fin de grossesse, témoigne de modifications cervicales mais n'entre pas dans le diagnostic de mise en travail spontané selon les données actuelles de la science (65).

Deuxième partie

La mise en travail spontané : une tempête émotionnelle

Il existe un lien scientifiquement reconnu entre les variations hormonales et les émotions. Celles qui sont liées à la grossesse sont considérées comme une préparation corporelle et comportementale à l'arrivée du nouveau-né (22). D'après la littérature, l'attente et l'arrivée d'un bébé sont sources d'émotions variées pour la mère et pour le couple. Pour un premier enfant, c'est une expérience initiale qui ouvre un horizon inexploré. Elle engendre un sentiment d'inconnu, des attentes et des projections qui varient selon les femmes. Les connaissances scientifiques actuelles permettent de dire que les émotions des femmes, qu'elles soient positives ou négatives, et donc, à terme, leur satisfaction, sont influencées, entre autres, par leur entourage et leur environnement.

Un sentiment d'inconnu à apprivoiser

1.1 L'inconnu

Lors d'une première grossesse, les femmes s'aventurent sur un chemin inconnu. Elles découvrent des sensations nouvelles, voient leur corps se modifier, se posent des questions qu'elles n'avaient jamais imaginées, éprouvent des besoins et des sentiments nouveaux. Certaines femmes ont peur de la rencontre avec leur enfant (66,67), d'autres sont effrayées par la seule idée d'accoucher (68).

Monique Bydlowski explique les différentes étapes du processus psychologique menant au comportement maternel qu'elle nomme la transparence psychique par laquelle la femme enceinte revit ses souvenirs et ses représentations d'enfance pour se rapprocher de l'enfant qu'elle porte (69).

Selon Jacqueline Lavillonnière, le fait d'accoucher dans un milieu hospitalier augmente le sentiment d'inconnu engendré par la grossesse. Pour elle, rien ne remplace « *la douceur du chez soi* » (70), c'est pourquoi elle conseille aux femmes de privilégier le domicile pour le travail spontané et l'accouchement sans facteurs de risque. Très courante au Québec, cette philosophie inspire aussi les *Birth Centers* au Royaume-Uni (71) et les maisons de naissances nouvellement confirmées en France (72).

Cependant, l'accouchement à domicile n'est pas très répandu dans l'hexagone. Dans une logique de réduction maximale du risque, la « *sécurité affective du domicile* » est peu préférée à la « *sécurité scientifique de l'hôpital* » (73).

1.2 Les projections

Pour apprivoiser et diminuer la zone d'inconnu, les primipares se tournent vers différentes sources d'informations et divers moyens technologiques. Dans sa thèse présentée en 2017, Raymonde Gagnon remarque que la grossesse se divise en trois étapes : tout d'abord, il y a une période où la femme réalise sa grossesse ; ensuite, elle se sait enceinte et en vit pleinement ; enfin, elle traverse la « *nidification* », moment à partir duquel elle commence à se projeter sur le travail et l'accouchement (74).

Selon de nombreux auteurs, l'image du travail et de l'accouchement qu'élaborent les femmes en cours de grossesse est alimentée par l'histoire personnelle et familiale, par la culture, la religion, les influences sociales, l'accès aux soins et aux informations médicales (75–77), par les supports audiovisuels et par les réseaux sociaux (78).

Saisissant l'importance de ces demandes, l'HAS a formulé une série de recommandations sur la manière de suivre la préparation à la naissance et à la parentalité auprès des couples (79).

L'environnement et l'entourage influencent les émotions

2.1 L'environnement

Ici, nous avons cherché à connaître l'impact de l'environnement proche des femmes, c'est-à-dire le lieu où elles habitent, l'endroit où elles débutent leur travail spontané et celui où elles décident de mettre au monde leur enfant. Selon une étude menée par Carlsson, toutes les femmes recherchent un « *lieu sûr et donc sécurisé* » pour le début de leur travail. Pour certaines c'est le domicile, pour d'autres c'est l'hôpital (73,80).

2.1.1 Environnement personnel

Selon Jacqueline Lavillonnière, le domicile revêt une importance capitale aux yeux de chacun. Il est le lieu des souvenirs, celui qui inspire un sentiment de confiance et de sécurité. En sortir demande de maintenir son attention en constant éveil et d'expérimenter l'insécurité (70). La maison est ce « *lieu pas comme les autres* » qui appartient à chaque femme et où elle peut se ressourcer pendant son travail (81). Pour

certain auteurs, l'existence de rites familiaux préparatoires à l'accouchement pour une naissance à domicile augmente ces sentiments de confiance et de sécurité (82). D'ailleurs, nous avons vu précédemment que l'organisation de certaines structures favorise le déroulement des premières heures du travail spontané dans un lieu familial (71,72). Cependant, il a été montré qu'un retour à domicile pendant la phase de latence augmente l'anxiété des femmes (83), peut-être est-ce surtout le cas pour les femmes qui préfèrent la sécurité scientifique de l'hôpital.

2.1.2 Environnement hospitalier

En France, le travail et l'accouchement ont majoritairement lieu en milieu hospitalier (62). Bien qu'il apparaisse comme la « *sécurité scientifique* » pour certains, il n'en reste pas moins que les femmes doivent apprivoiser cet espace inconnu qui ne présente pas la sécurité affective présente au domicile (70,83).

D'après les données actuelles de la science, l'environnement influence également la manière dont la sage-femme prend en charge la parturiente. En effet, les professionnels ne se comportent pas de la même manière lorsqu'ils sont au domicile ou dans un milieu hospitalier (36). Cependant, quelles que soient les circonstances et selon les recommandations de l'HAS, la sage-femme doit s'assurer de construire un espace calme et sécurisant pour soutenir la physiologie de l'accouchement (74,84). De fait, diminuer l'intensité lumineuse (32), écouter de la musique (85), réfléchir à la couleur des murs (86) ainsi qu'aux affiches présentes en salle de naissances (87) ou encore cacher le matériel médical (88) est bénéfique sur le vécu et la durée du travail.

2.2 L'entourage

Accompagner une parturiente n'est pas toujours facile. Comprendre ce que vit la femme, ce qu'elle attend et ce qu'elle redoute demande quelques réflexions afin de l'entourer au mieux. S'appuyant sur des travaux antérieurs, l'HAS insiste, dans ses dernières recommandations, sur la manière la plus appropriée de soutenir une femme en travail, c'est-à-dire qu'elle « *bénéficie d'un soutien continu, individuel et personnalisé* » (89,90). Actuellement en France, certains mouvements font la promotion du suivi « une femme-une sage-femme » qui permettrait d'assurer à la parturiente un soutien individualisé et centré sur ses besoins.

Certains auteurs estiment que le support du partenaire est essentiel pour optimiser le vécu de la parturiente, le déroulement du travail, renforcer le lien mère-enfant et le lien avec le partenaire (91). Dans certains pays, la présence d'une doula est permise

lorsque la femme le souhaite (92). En fait, la présence d'une personne en qui la parturiente a confiance permet un souvenir positif du travail et de l'accouchement (89,90,93).

C'est ce qui amène McIntosh, en 2013, à proposer une vision sociale du début du travail spontané avant de considérer son côté biologique. Les résultats de son étude semblent en effet montrer que l'expérience des femmes est avant tout privée et individuelle, souvent vécue sans aucune présence médicale. Chaque femme lui donne une signification propre et y répond à sa manière (94).

2.3 Les émotions

Pour alimenter notre compréhension de la satisfaction des primipares, nous avons choisi d'étudier leurs émotions. Cela relève de différentes sciences : philosophie, psychologie, physiologie (95).

2.3.1 Définitions

Pour René Descartes, philosophe, les émotions sont les mouvements de l'âme. Anna Tcherkassof, représentante en centre de recherche de psychologie, les définit comme « *des phénomènes expérientiels qui sortent de l'ordinaire* » (96).

Quant à Robert Dantzer, neurobiologiste, il pense qu'elles sont dues à l'association de phénomènes psychologiques, biologiques et hormonaux complexes qui forment des « *sentiments que chacun de nous peut reconnaître en lui-même par introspection ou prêter aux autres par extrapolation* ». Il en expose trois composantes : une expérience subjective, une expression communicative et des modifications physiologiques. Il décrit leur rôle en ces termes : « *colorer nos réactions à l'environnement et influencer nos réactions* » (97). Les émotions peuvent être vues comme le point de liaison entre le somatique et le psychologique (98).

D'après ces définitions, nous pouvons dire que les émotions sont, en grande partie, subjectives, qu'elles sont influencées par l'environnement et influencent la vision que chaque individu porte sur celui-ci.

A la différence, un sentiment est « une expérience émotionnelle subjective » (99) et une sensation se définit par l'ensemble des modifications physiologiques internes que provoque un stimulus externe (100).

2.3.2 Différentes émotions

Certains auteurs qualifient la peur, la joie, le dégoût, la colère, la tristesse et la surprise comme les six émotions fondamentales. Ils estiment que les autres émotions sont imprégnées de la vision du monde extérieur sur l'individu et sont donc plus complexes. D'après ces données, nous pouvons dire que les émotions sont souvent initiées par un élément environnemental réel ou perçu (98).

Il est aussi possible de classer les émotions en deux autres catégories : les émotions agréables ou positives et les émotions désagréables ou négatives. Le premier groupe est associé à des sensations de plaisir ; il comprend notamment : l'amour, la joie, la paix, la gratitude, la passion, le bonheur, l'enthousiasme, le courage, la fierté, l'espoir, l'acceptation. Le deuxième groupe est lié à des expériences douloureuses, dangereuses ou à des punitions ; il regroupe entre autres : l'ennui, l'agacement, l'inquiétude, le blâme, la critique, la colère, la haine, la rancœur, la culpabilité, la honte, la peur, le stress (42,95,97).

Arrêtons-nous quelques instants sur le concept de la peur qui se définit en ces termes : état affectif et émotionnel dû à la perception d'un danger réel ou pressenti qui permet à l'individu de s'adapter à son environnement. Les sensations produites par la peur sont souvent désagréables. Elles sont aussi liées à la crainte et à l'appréhension d'un événement contraire à la volonté personnelle (101).

Physiologiquement comme psychologiquement, les émotions sont associées à des événements corporels réels ou perçus (42). Elles seraient un processus adaptatif témoignant du caractère social de l'être humain et de l'existence de processus de défense contre d'éventuels prédateurs (22).

2.3.3 Émotions et physiologie

Le cerveau humain comprend le néocortex, siège de la réflexion et de la pensée, qui interagit, via le thalamus et l'hypothalamus, avec le système limbique, mis à contribution dans l'intuition et les réactions émotionnelles. Le système nerveux central possède une capacité d'adaptation et d'évolution nommée : la plasticité cérébrale. Elle lui permet d'adapter les comportements à l'environnement. D'après les données actuelles de la science, elle est médiée par des hormones telles que l'ocytocine, l'estrogène, la testostérone, la progestérone et la prolactine (22).

Les neurohormones provoquent des cascades chimiques et biochimiques qui engendrent des émotions. Inversement, ces dernières peuvent provoquer des

modifications physiologiques et influencer les productions hormonales. Cette constatation est un reflet de la force qui unit le corps et l'esprit humain (22).

Selon l'état des connaissances scientifiques actuelles, l'ocytocine est impliquée dans les phénomènes d'attachement mère-enfant, mais aussi dans les comportements sexuels d'accouplement ainsi que dans la gestion des émotions complexes positives (confiance en soi, relations sociales) ou négatives (peur, douleur) (34,102).

Une douleur ressentie ou pressentie n'est pas étrangère à la genèse d'émotions négatives. Or, le travail et l'accouchement ne sont-ils pas indissociables de cette notion ? Les premières contractions ne sont-elles pas traditionnellement appelées « les premières douleurs » (76) ?

2.3.4 Grossesse et émotions

Les modifications hormonales gravidiques augmentent le flux sanguin cérébral, ce qui permet la prolifération neuronale dans certaines zones, notamment celles impliquées dans le comportement maternel (22). D'après une étude menée en 2019, les situations d'anxiété et de dépression pendant la grossesse impactent négativement le vécu du travail et de l'accouchement. Les résultats semblent aussi montrer que le bien-être du nouveau-né en pâtit (103). De telles situations perturbent les étapes de l'attachement maternel décrites par Monique Bydlowski (69).

En outre, un dialogue haptomique entre le couple et le fœtus donne à ce dernier une personnalité capable d'exprimer son plaisir et son déplaisir et permet d'apprivoiser la peur que certaines femmes ressentent pendant la grossesse (104).

Les données scientifiques actuelles suggèrent donc que les hormones qui initient et soutiennent le travail spontané sont responsables de la genèse des émotions et du comportement des parturientes (22).

2.3.5 Travail et émotions

Dans le cadre d'études, des parturientes ont été interrogées sur leurs émotions au moment de la mise en travail spontané. Toutes ont décrit un sentiment d'excitation accompagné de calme et de confiance en soi malgré la survenue de contractions utérines plus fortes et plus douloureuses, la perte du bouchon muqueux ou la rupture spontanée des membranes. A ce moment, les femmes se disent capables d'interagir normalement avec leur entourage. On peut relever ici un effet de l'ocytocine qui réduit l'anxiété et favorise les relations sociales (22).

Progressivement, elles disent ressentir le besoin de se concentrer sur elles-mêmes et sur chaque contraction, plus intense et plus douloureuse. Elles décrivent un besoin de déconnexion pour vivre pleinement la force des événements. Juste avant la naissance, elles disent toutes avoir éprouvé un sentiment de peur, de fatigue et de découragement. Enfin, elles racontent leur joie et leur euphorie juste après la naissance de leur enfant. A posteriori, elles décrivent la joie de se sentir si proches de leur bébé ainsi que la surprise de découvrir une force dont elles ne se croyaient pas capables (22). Ici aussi nous observons les effets physiologiques des catécholamines et des β -endorphines sécrétées au cours du travail.

Ces émotions sont communes à toutes les femmes interrogées dans l'étude, et concordent avec d'autres données issues de la littérature scientifique. La mesure du lien entre les émotions ressenties et les taux hormonaux est presque impossible à réaliser du fait de la perturbation qu'engendrerait le test lui-même.

D'après des témoignages de femmes, la présence de leur conjoint et d'un personnel bienveillant et à l'écoute les a rassurés. A l'inverse, lorsque leur conjoint semble déboussolé et le personnel hospitalier manque d'empathie, elles décrivent un sentiment de peur et une perte de confiance (76).

La satisfaction des parturientes

La satisfaction des femmes suite à leur accouchement peut avoir des conséquences à court, moyen et long terme sur le lien mère-enfant, sur le comportement maternel ainsi que sur la confiance de la femme en elle-même (105).

Plusieurs auteurs ont donc cherché à élaborer une grille afin de mesurer la satisfaction des femmes au moment de leur travail (106,107). Pour cela, ils les ont questionnées sur plusieurs points. Ceux qui reviennent dans la plupart des études sont : la perception des soins reçus, l'*empowerment*, le bien-être ou, à l'inverse, la détresse émotionnelle et enfin la réalisation des attentes. D'après ces données, la plupart des femmes se disent satisfaites (106).

D'autres études ont analysé ces questionnaires pour repérer les points à améliorer dans la prise en charge des patientes. Ainsi, il ressort que la satisfaction des femmes est liée à leur *empowerment* (105) et qu'elle est inversement proportionnelle au nombre d'intervenants (108).

Dès 1999, une étude publiait que la satisfaction des parturientes est plus élevée lorsqu'elles posent des choix éclairés ou que leurs désirs sont écoutés et réalisés (109).

Il est donc possible de travailler pendant la grossesse pour préparer une satisfaction positive du travail et de l'accouchement en répondant de manière adaptée et individuelle aux questions des couples (78). C'est l'un des buts recherchés par l'HAS en instaurant l'entretien prénatal précoce au quatrième mois de grossesse (110). De plus, nous avons vu plus haut que la présence d'une personne de sens pour accompagner le travail et l'accouchement augmente la satisfaction des femmes (92).

Troisième partie

Notre étude

Matériel et méthode

Nous avons choisi de mener une étude qualitative. En effet, les données que nous ciblons sont rarement consignées dans les dossiers obstétricaux. De plus, recueillir directement le témoignage des patientes nous semble plus riche.

Nos premières recherches sur le sujet prennent la forme d'entretiens avec Madame Alice Guastalla, sage-femme au CALM (CALM est l'acronyme de Comme A La Maison, maison de naissances accolée à la maternité des Bluets, Paris 12^{ème}) et avec Madame Céline Lemay, sage-femme enseignante à l'Université du Québec à Trois Rivières. Cette dernière aime à souligner l'importance de la physiologie de la parturition pour rassurer les femmes sur leurs capacités endogènes à donner naissance.

1.1 Question de recherche

La richesse des discussions avec les professeurs de l'école, avec Madame Alice Guastalla et avec Madame Céline Lemay, associées aux lectures entreprises sur le sujet, font émerger la problématique suivante : ***Dans quelle mesure le déroulement de la mise en travail spontané entre 37 SA et 41 SA et 6 jours influence-t-il la satisfaction des primipares au vu de l'image qu'elles en ont élaborée en cours de grossesse ?***

Après plusieurs échanges avec Madame Céline Lemay, et au vu de sa qualification sur le sujet, nous la choisissons comme experte. Madame Julie Gaillard, enseignante à l'école de sages-femmes Baudelocque, est directrice de ce mémoire.

Les formalités administratives nécessaires à la réalisation des entretiens auprès des patientes sont remplies : signature de la charte d'engagement, rédaction de la note d'information à l'attention des femmes incluses dans l'étude, diagnostic de conformité V7 et déclaration RGPD.

1.2 Objectifs

L'objectif principal de l'étude est défini en ces termes :

- Au vu de l'image qu'elles en ont construite pendant leur grossesse, rechercher dans quelle mesure le déroulement de la mise en travail spontané des primipares entre 37 SA et 41 SA et 6 jours influence leur satisfaction.

Nos objectifs secondaires sont :

- 1) Questionner les primipares afin de brosser l'image de la mise en travail spontané qu'elles ont construite au cours de la grossesse et de repérer les ressources à partir desquelles elles l'ont élaborée ;
- 2) Étudier l'influence de l'environnement humain et matériel sur les émotions des primipares au moment de leur mise en travail spontané entre 37 SA et 41 SA et 6 jours ;
- 3) Évaluer la satisfaction des primipares au sujet de leur mise en travail spontané entre 37 SA et 41 SA et 6 jours.

1.3 Hypothèses

Nous posons trois hypothèses :

- Au cours de leur grossesse, toutes les primipares construisent une image de la mise en travail spontané d'après des témoignages, des lectures et des films ;
- Les primipares éprouvent un mélange de joie et de peur au moment de leur mise en travail spontané ;
- Les primipares sont satisfaites lorsque leur mise en travail spontané, entre 37 SA et 41 SA et 6 jours, correspond à l'image qu'elles ont construites pendant leur grossesse.

1.4 Critères d'inclusion et d'exclusion

Afin de répondre à nos objectifs et à nos hypothèses, voici nos critères d'inclusion :

- La primiparité ;
- Une mise en travail spontané entre 37 SA et 41 SA et 6 jours, (critères de physiologie définis par le CNSF et le CNGOF (6)) ;
- Une grossesse de déroulement normal, sans pathologie gravidique maternelle ou fœtale sévère (il nous semble que cela modifierait la manière dont les femmes abordent leur mise en travail spontané) ;
- Un fœtus eutrophe à l'échographie du 3^{ème} trimestre et sans anomalies décelées échographiquement (critère choisi pour les mêmes raisons que le précédent) ;

- Un accouchement voie basse spontané ou par extraction instrumentale (il nous semble qu'une césarienne en urgence pourrait modifier le souvenir que les femmes ont de leur mise en travail spontané et induire un biais) ;
- Un accord voie basse (ce qui nous permet d'inclure les femmes ayant une chance d'accoucher par voie basse donc une mise en travail spontané potentiellement plus sereine).

En outre, les critères d'exclusion retenus sont :

- La multiparité ;
- Une mise en travail spontané avant 37 SA ou après 41 SA et 6 jours ;
- Toute pathologie gravidique ou fœtale influençant le choix de la voie d'accouchement (il nous semble que cela modifierait la manière dont les femmes abordent leur mise en travail spontané et induirait un biais) ;
- Les césariennes programmées, les déclenchements et les maturations cervicales quelle qu'en soit l'indication (pour les même raisons que le critère précédent) ;
- Une absence d'accord voie basse (pour les même raisons que les deux critères précédents).

1.5 Méthodologie des entretiens

Nous avons choisi d'interroger une quinzaine de femmes en nous arrêtant avant si un effet de saturation est observé ou en continuant jusqu'à son apparition. Le recrutement des femmes est effectué en suites de couches à Port-Royal. Cette maternité est choisie pour une question de facilité d'obtention des autorisations et d'organisation concrète des entretiens. Les femmes sont très sollicitées en suites de couches par les différents professionnels de santé. Pour éviter de les surcharger au cours de ces quelques jours, il est initialement prévu que les entretiens aient lieu deux à trois semaines après l'accouchement, soit chez les femmes, soit dans un espace public comme un jardin public ou un café, selon le choix de chacune. L'avantage de cette méthode était, d'une part, de ne pas fatiguer les femmes dans les trois premiers jours du post-partum, et, d'autre part, de bénéficier de leur souvenir tel qu'il restera à long terme. En effet, certaines études montrent que si les femmes ressentent une détresse émotionnelle intense en salle de naissance, elles gardent longtemps une peur de l'accouchement (111). Or, notre étude nous permet de comprendre, en partie, ce qui influence les émotions que les femmes ressentent au moment de leur mise en travail spontané et dont elles se souviennent à long terme.

Finalement, la crise sanitaire liée au COVID-19 nous a obligés à revoir notre protocole d'étude. Pour limiter les contacts et par souci des mesures d'hygiène recommandées par l'HAS, nous avons réalisé nos entretiens en suites de couches à Port-Royal entre J1 et J3 du post-partum.

1.6 Élaboration de la grille d'entretien

La grille d'entretien est construite comme un triptyque (cf. Annexe n°1). La première partie concerne les projections et l'imaginaire de la patiente primipare pendant sa grossesse :

- l'image qu'elle a construite (les modalités, c'est-à-dire des contractions utérines ou une rupture spontanée des membranes, le lieu, l'entourage, le moment, les besoins imaginés, les émotions attendues),
- la manière dont elle l'a construite (les sources d'information),
- le moment de la grossesse où elle a commencé à l'élaborer.

La deuxième partie correspond au récit, par la femme, de la réalité de sa mise en travail spontané :

- les faits (modalité, lieu, entourage, moment),
- les émotions ressenties,
- les éléments les influençant.

La troisième partie quantifie la satisfaction des primipares avec une échelle. Pour faciliter sa compréhension, deux méthodes sont choisies : l'une numérique allant de 0 à 10, l'autre visuelle utilisant cinq smileys.

De plus, une « rosace des émotions » est prévue pour aider la femme à nommer ses émotions, nous choisissons celle qui en propose la plus grande diversité. Cette rosace est vue comme un support et n'est pas exhaustive. Ce point est précisé aux femmes au cours des entretiens, c'est pourquoi nous avons retenu toutes les émotions qu'elles ont citées, celles présentes sur la feuille et celles exprimées oralement.

Le temps prévu pour les entretiens est de 30 minutes environ, mais il peut varier en fonction de chaque patiente. Dans le but d'améliorer la qualité des échanges et la spontanéité des réponses, nous envisageons de privilégier l'enregistrement des entretiens à la prise de notes.

1.7 Recrutement des primipares

Quinze entretiens sont menés en suites de couches à Port-Royal du 7 octobre au 7 novembre 2020. Observant un effet de saturation, l'étude est close après le quinzième.

Le recrutement des femmes est effectué juste avant les entretiens. Leur dossier obstétrical est lu afin de prendre quelques notes sur les données médicales. Leur accord verbal et écrit est recueilli. Hormis un refus pour fatigue (l'accouchement avait eu lieu 6 heures auparavant), toutes acceptent. Elles signent alors deux notes d'information ; un exemplaire leur est laissé et l'autre est récupéré. Ce document contient une présentation rapide du sujet et les droits de celles qui acceptent d'y participer, selon les recommandations de la CNIL. Il certifie également la conformité du travail aux normes françaises et européennes en matière de recherche. Enfin, y sont inscrites les identités et les coordonnées du responsable des données, à savoir Madame Julie Gaillard, ainsi que du sous-traitant des données, à savoir moi-même.

Les entretiens commencent par une explication du thème du mémoire ainsi que des sujets qui vont être abordés au cours de l'entretien : les projections pendant la grossesse, puis le récit de la mise en travail spontané, et enfin la satisfaction.

Nous choisissons de définir la mise en travail spontané soit par l'apparition des premières contractions utérines douloureuses et régulières, soit par la rupture spontanée des membranes. Par souci de simplicité et pour la compréhension des femmes, nous considérons que la période de mise en travail spontané concerne tous les événements survenus avant leur admission en salle de naissances, ce qui comprend la découverte des contractions utérines ou de la rupture spontanée des membranes, l'arrivée aux urgences et l'attente avant l'entrée en salle de naissances. Nous n'avons pas choisi de nous arrêter à l'arrivée aux urgences, à une certaine dilatation cervicale ou à un laps de temps défini après les premières contractions utérines ou après la rupture spontanée des membranes, car il nous semble que de tels critères ôteraient une part d'informations pertinentes pour notre recherche. Les données générales et les questions concernant le souhait de la grossesse ainsi que son déroulement sont posées à la fin de chaque entretien pour influencer au minimum les réponses précédentes.

1.8 Déroulement des entretiens

Sur quinze entretiens, les pères sont présents quatorze fois. Nous ne leur demandons pas de sortir, mais deux le font spontanément. Certains pères s'investissent beaucoup dans l'entretien, ce qui engendre un biais.

Les mesures sanitaires liées à la crise du COVID-19 sont strictement respectées au cours des entretiens (port du masque, friction hydro-alcoolique à l'entrée et à la sortie de la chambre, distance d'un mètre).

Au cours de l'entretien, nous remettons aux femmes deux feuilles, l'une avec la rosace des émotions et l'autre avec les échelles de satisfaction. Elles sont ensuite récupérées pour faciliter l'analyse des données.

Les enregistrements sont renommés avec la date du jour de l'entretien et le numéro de chambre de la femme. Après chaque passage à Port-Royal, ils sont placés dans un dossier spécifique sur l'espace de stockage interne d'un ordinateur ainsi que sur une clé USB. Ces deux supports ne sont jamais utilisés dans des espaces publics et sont conservés à des endroits différents. Pour respecter l'anonymat des entretiens, vingt-six morceaux de papier identiques sont découpés. Une lettre de l'alphabet est inscrite sur chacun d'eux, puis ils sont mélangés dans une enveloppe. A chaque nouvel entretien, une lettre est tirée au sort et masque l'identité de la femme. Un tableur Excel, dont seule la sous-traitante des données dispose, recense l'identité complète de chaque patiente ainsi que sa lettre d'anonymisation. De plus, des prénoms sont choisis au hasard dans un calendrier en ayant soin de ne pas réutiliser les mêmes pour des entretiens différents.

Leur retranscription est effectuée au fur et à mesure de leur réalisation, du 7 octobre au 22 novembre 2020. Du 23 au 28 novembre 2020, chaque entretien est relu et analysé selon la grille décrite plus haut.

Résultats et discussion

2.1 Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont lieu dans la chambre¹ de chaque femme dans le service de suites de couches de la maternité de Port-Royal. Ils durent entre 15 minutes et 1 heure, avec une moyenne de 30 minutes. Sept entretiens ont lieu à J1 du post-partum, six à J2, et deux à J3. Le père de l'enfant est présent quatorze fois sur quinze.

Tous les entretiens, sauf deux, sont interrompus ponctuellement une ou plusieurs fois par le passage de l'agent de propreté ou de l'auxiliaire de puériculture.

2.2 Caractéristiques générales des femmes

Comme le prévoient les critères d'inclusion, les femmes sélectionnées sont toutes des primipares dont la mise en travail spontané a eu lieu entre 37 SA et 6 jours et 41 SA et 1 jour. En moyenne, elle se situe à 39 SA et 3 jours. Elles ont toutes eu une

¹ Toutes les chambres de suites de couches sont individuelles à Port-Royal.

grossesse de déroulement normal, c'est-à-dire sans pathologie gravidique maternelle ou fœtale nécessitant une prise en charge spécialisée. Cependant, le dossier de l'une d'entre elles a été présenté au staff obstétrical en raison d'un antécédent d'hémorragie intracrânienne. L'équipe médicale a donné un accord d'accouchement par voie basse. Treize femmes ont accouché par voie basse spontanée et deux par forceps de Tarnier. La période que nous avons ciblée est comprise entre la rupture spontanée des membranes ou la survenue des premières contractions utérines douloureuses et l'admission en salle de naissance. Donc, selon les femmes, cette période est de durée variable. En effet, pour certaines elle a duré 15 heures, alors que, pour d'autres, elle se condense sur 1 heure. En moyenne, elle est de 7 heures environ.

Les femmes interrogées ont entre 25 et 34 ans avec une moyenne à 30 ans. Huit sont mariées, deux sont pacsées, quatre vivent en couple, l'une est en couple et vit seule chez ses parents.

Concernant le caractère souhaité de la grossesse, toutes répondent par l'affirmative, l'une d'elles précise que c'est une surprise bien acceptée car c'était, dans l'absolu, un souhait du couple.

Pour le déroulement de la grossesse, quatre femmes déclarent qu'il a été excellent, dix femmes déclarent qu'elle s'est bien déroulée, une femme en garde un souvenir mitigé, non pour le déroulement de la grossesse en elle-même mais à cause du contexte personnel et sanitaire, des travaux de construction de maison freinés par les mesures sanitaires liées à la crise du COVID-19.

2.3 Image de la mise en travail spontanée pendant la grossesse et sources d'informations

Nous avons commencé par interroger les primipares sur la manière dont elles ont imaginé leur mise en travail spontanée au cours de leur grossesse (modalité, lieu, moment de la journée et/ou de la semaine, entourage), mais aussi sur la manière dont leur travail a débuté (modalité, lieu, moment, entourage).

Toutes les femmes interrogées connaissaient les deux options possibles : la rupture spontanée des membranes ou les contractions utérines douloureuses et régulières. En cas de rupture spontanée des membranes, nous avons estimé que le travail commence à cette heure précise. En cas de contractions utérines, il est plus difficile à fixer. Nous avons trouvé intéressant de laisser les femmes estimer le jour et l'heure auxquels leur travail a débuté. En effet, il nous semble que leur satisfaction est liée à

des événements qui commencent au moment où elles imaginent avoir débuté leur travail spontané.

Sur les quinze femmes interrogées, onze avaient une idée très précise de leur mise en travail spontané avec les quatre critères décrits plus haut : modalité, lieu, moment, entourage ; quatre femmes n'avaient imaginé que deux ou trois de ces éléments. Pour plusieurs, comme Madame L, cela reste très théorique, elles ne savent pas précisément à quoi s'attendre : « *Fin on s'projette mais sans vraiment savoir.* ». D'autres femmes déclarent avoir placé ailleurs leurs préoccupations en cours de grossesse et ne pas s'être beaucoup projetées sur la mise en travail spontané, c'est ce qu'explique Madame A : « *J'me suis très peu projetée sur l'accouchement. J'étais pas du tout inquiète !* ». Souvent, bien qu'étant dans l'incertitude comme toutes les primipares, ces femmes sont plus préoccupées par le post-partum que par le per-partum. Comme l'a exposé Raymonde Gagnon, toutes les femmes que nous avons interrogées ont construit des projections sur le travail pendant leur grossesse (74). Nous avons donc constaté que les primipares se font une image de la mise en travail spontané plus ou moins précise selon les besoins ressentis par chacune.

2.3.1 Modalités

Sur les quinze femmes interrogées, dix déclarent avoir imaginé débiter leur travail spontané par des contractions utérines ; deux avaient pensé à une rupture spontanée des membranes ; une souhaitait des contractions utérines suivies de près par une rupture spontanée des membranes ; l'une dit qu'elle n'avait pas de préférence ; et la dernière n'avait pas d'idée précise.

Finalement, pour six femmes le travail a commencé par des contractions utérines ; pour huit autres, il a débuté par une rupture spontanée des membranes ; et la dernière a eu une rupture spontanée des membranes suivie rapidement par des contractions utérines.

Ces données semblent montrer que la majorité des primipares imaginent débiter leur travail spontané par des contractions utérines alors qu'elles commencent en

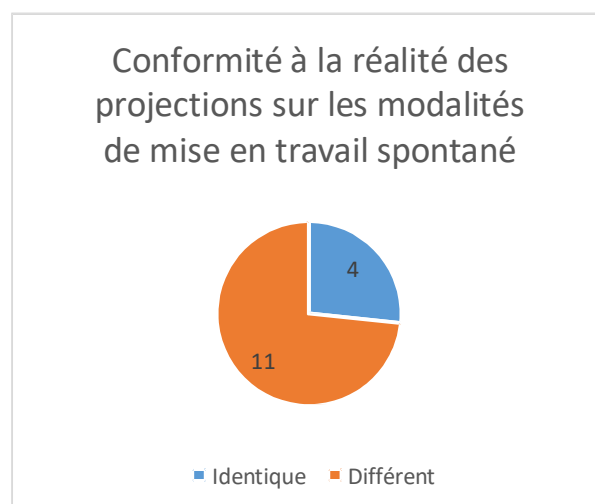


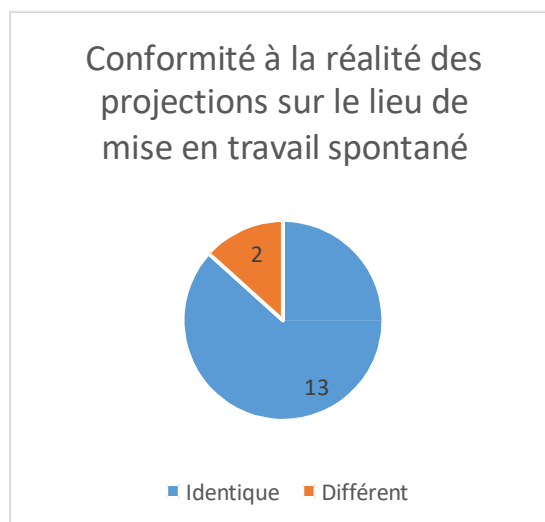
Figure 2 : Adéquation à la réalité des projections sur les modalités

majorité par une rupture spontanée des membranes. Cela correspond aux quelques données que nous avons trouvé sur le sujet dans la littérature (112).

2.3.2 Lieu

Treize femmes disent avoir imaginé une mise en travail spontané à domicile, l'une d'elles avait projeté de commencer dans son salon ; et deux n'avaient pas réfléchi à un lieu en particulier.

Les quinze primipares interrogées étaient chez elles au moment de leur mise en travail spontané, sachant que deux d'entre elles vivent chez leurs parents, et qu'une autre a passé une journée habituelle et est sorti au restaurant avec une amie entre ses premières contractions utérines et la rupture spontanée des membranes.



Le souhait exprimé par les femmes de débiter leur travail à domicile, dans le lieu qui

Figure 3 : Adéquation à la réalité des projections sur le lieu

leur est le plus familier, peut être rapproché de la manière dont Jacqueline Lavillonnière considère la maison, lieu emplis d'une atmosphère de sécurité et de confiance (70,113). Or, la production d'ocytocine, « hormone du calme et de la confiance », est inhibée par l'action des catécholamines produites dans les situations de danger réel ou pressenti (24). On peut donc supposer que les femmes imaginent et recherchent spontanément les conditions qui favorisent la production d'ocytocine et donc l'initiation et le déroulement harmonieux du travail spontané. Cela coïncide avec les connaissances scientifiques actuelles (80).

Par ailleurs, le souhait de débiter le travail à domicile a conduit certaines femmes à réduire leurs sorties durant le 8^{ème} mois de grossesse de peur de rompre les membranes de manière impromptue dans un espace public, comme l'explique Madame Q : « Je préférerais qu'ça arrive à la maison, et pas dehors, en f'sant les courses. (Mme rit) [...] Euh... Donc, euh, dans les derniers, les dernières semaines, je sortais plus trop. ». A l'opposé, d'autres femmes n'y ont pas pensé, mais, a posteriori, elles réalisent que cela aurait pu arriver. Et, comme Madame X, elles expriment leur satisfaction que cela ne se soit pas produit : « J'marchais quand même 6 à 8 kilomètres tous les jours. [...] Sans me dire, euh, que j'allais rompre la poche des eaux en cours

de route quoi. [...] Mais ça m'a même pas traversé l'esprit quoi ! [...] C'est vrai que la poche des eaux, j'aurais pu la rompre n'importe quand dans mes balades quotidiennes, etc., c'aurait un peu compliqué la chose. ».

Nous voyons donc que les primipares souhaitent débiter leur travail spontané dans le lieu qui leur est le plus familier. Cependant, il est à noter que nous ne les avons pas interrogées sur d'éventuelles violences conjugales et nous n'en avons trouvé aucune trace dans les dossiers. Il est permis de se demander si de telles notions auraient modifié leur souhait. En effet, d'après les données actuelles de la science, les réactions des femmes victimes de violences conjugales sont variées. Certaines perdent complètement estime et confiance en elles et sont incapables de se soustraire au conjoint violent, d'autres réalisent le problème mais n'ont pas la force de partir, certaines trouvent les ressources et les appuis nécessaires pour les aider à quitter le domicile, lieu des violences (114,115).

2.3.3 Moment

Huit femmes pensaient se mettre spontanément en travail la nuit ; deux le soir ; deux autres le matin ; et trois n'avaient pas d'idée du moment où débiterait leur travail.

En réalité, onze femmes se sont mises spontanément en travail entre 7 heures et 14 heures ; deux femmes entre 14 heures et 21 heures ; et les deux dernières entre 21 heures et 7 heures.

Il est intéressant de voir que la majorité des femmes interrogées avait imaginé commencer spontanément leur travail le soir ou la nuit. Ces aspirations s'appuient, pour certaines, sur les expériences de l'entourage, comme nous le verrons plus bas. D'autres la rapprochent au fait que leur fœtus bougeait beaucoup le soir. Mais les dernières n'arrivent pas à argumenter les raisons de cette projection. Il est possible de faire un lien avec la libération physiologique de mélatonine nocturne associée à des taux faibles de catécholamines, ce qui favorise la production d'ocytocine et donc l'initiation du travail (24,32).

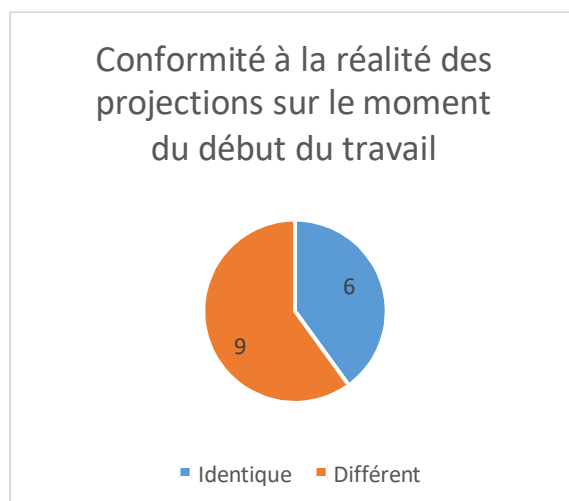


Figure 4 : Adéquation à la réalité des projections sur le moment

2.3.4 Entourage

Treize femmes souhaitaient uniquement la présence de leur conjoint au moment de leur mise en travail spontané ; une femme avait imaginé être seule ou accompagnée de son conjoint, sans préférence ; et la dernière souhaitait être seule.

Sur les quinze femmes interrogées, douze déclarent avoir été seule avec leur conjoint au moment de leur mise en travail spontané ; deux disent avoir été seules ; et la dernière dit avoir été entourée par son conjoint, par sa mère et par son frère.

Presque toutes les primipares interrogées estimaient la présence de leur conjoint comme la chose la plus importante. La rapidité et la tonalité de la réponse le confirment. Madame A l'exprime clairement : « *Quand on parlait, pendant un moment, que les papas soient pas là, ça c'était, euh... Ça c'était très difficile. Euh, fin, ça c'était inenvisageable !* ».

L'une des femmes interrogées

aurait aimé, dans l'idéal, la présence d'une doula, de sa mère, ou d'une tierce personne, mais les mesures liées à la crise sanitaire du COVID-19 l'ont empêchée de prévoir une telle organisation.

Seule Madame J a déclaré qu'elle s'était imaginé avec son conjoint ou seule, argumentant par le fait qu'elle seule ressentirait la douleur des contractions et serait donc la seule à pouvoir les gérer : « *Toute façon, j pense que je gère ça toute seule, donc, euh, malheureusement on pouvait pas grand-chose pour moi. Donc c'était mon mari au mieux, et au pire, euh, bah... toute seule.* ». Et l'une des femmes a exprimé verbalement le souhait d'être entourée par l'équipe médicale pour sa mise en travail spontané, c'était pour elle un point aussi essentiel que la présence de son conjoint à ses côtés. De plus, deux des primipares de cette étude ont rompu spontanément les membranes et ont été hospitalisées avant de ressentir leurs premières contractions utérines. A posteriori, elles se déclarent heureuses d'avoir bénéficié des soins de l'équipe médicale pour les aider à gérer cette douleur croissante.

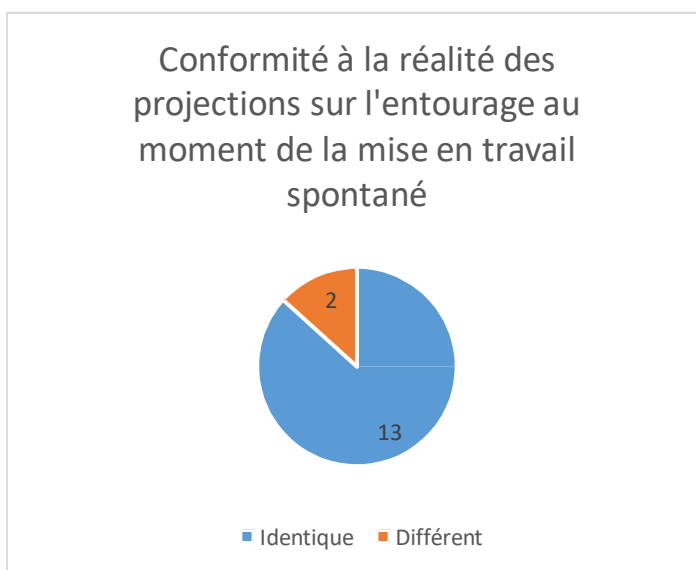


Figure 5 : Adéquation à la réalité des projections sur l'entourage

Ces témoignages concordent avec les données actuelles de la science selon lesquelles les femmes recherchent la présence d'une personne de sens au moment du travail et de l'accouchement (93). De plus, cela favorise l'installation d'un sentiment de détente et de confiance ainsi que la production physiologique d'ocytocine (24).

Pour résumer, l'image la plus répandue que les primipares se font de la mise en travail spontané est la survenue de contractions utérines régulières et douloureuses, au domicile, la nuit, et accompagnées de leur conjoint. D'après les résultats de notre étude, elles débutent en majorité par une rupture spontanée des membranes, au domicile, entre 21 heures et 7 heures, avec leur conjoint. Ces résultats trouvent leur limite dans le caractère qualitatif de notre travail qui ne permet pas d'en tirer des conclusions statistiques mais nous constatons une différence entre ce qu'imaginent les femmes et la façon dont elles se mettent réellement en travail.

2.3.5 Sources d'informations consultées pendant la grossesse

Afin de préparer leur mise en travail spontané, les primipares interrogées se sont tournées vers une à sept sources d'informations différentes. En moyenne, elles en ont consultées entre quatre et cinq. Les femmes qui ont consulté peu de ressources disent qu'elles ne souhaitaient pas connaître trop de détails sur le travail afin de vivre sereinement leur grossesse, comme Madame C : « *J'avais pas, euh... J'avais envie aussi que tout ça reste une surprise, et pas... J'trouvais ça assez angoissant d'en savoir trop.* ». Sans l'exprimer clairement, il est possible que ces femmes aient eu, au cours de leur grossesse, une appréhension latente de la mise en travail spontané et de l'accouchement. C'est en effet une donnée montrée par certaines études (68). Les ressources que consultent les primipares pour se renseigner en cours de grossesse sont variées.

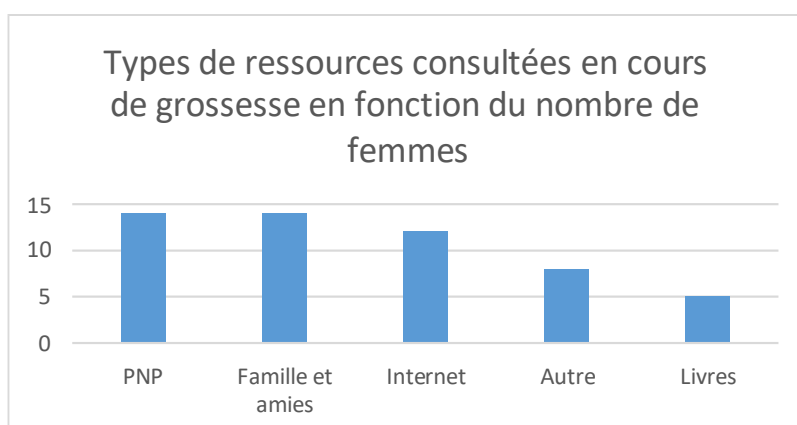


Figure 6 : Ressources consultées pendant la grossesse

2.3.5.1 Cours de préparation à la naissance et à la parentalité

Sur les quinze femmes interrogées, quatorze déclarent avoir suivi un à six cours classiques de préparation à la naissance et à la parentalité avec une sage-femme libérale, soit en se déplaçant dans son cabinet, soit par visioconférences en raison du contexte sanitaire ; l'une d'entre elles s'est aussi préparée à l'aide de la méthode Bonapace ; une autre a également participé à un atelier de préparation à la naissance en ligne d'une durée de 6 heures.

Ces cours sont contenus et détaillés dans les recommandations de l'HAS de 2016. Ses objectifs principaux sont : la compréhension et l'utilisation par le couple des informations pour l'élaboration du projet de naissance et du projet éducatif, l'apprentissage des exercices corporels en vue du travail, le développement des compétences parentales et des ressources personnelles (110). Ils ont été pensés comme un support et un guide qui dépasse l'accouchement en lui-même (79).

Nous réalisons que la communication des professionnels de santé au sujet de leur existence semble efficace puisque toutes les patientes interrogées, sauf une, ont assisté à une ou plusieurs séances.

Cependant, si certaines femmes en ont été très satisfaites, d'autres n'y ont pas trouvé toutes les réponses à leurs attentes, comme l'explique Madame A : « *J'ai pas trouvé les cours si (pour moi, hein, j'entends) utiles, dans l'sens où... moi j'aurais préféré avoir des cours sur l'après. [...] Et les cours de préparation finalement étaient très, euh, techniques sur l'accouchement. Mais comme moi c'était pas mon inquiétude, c'était pas mon besoin.* ». Comme Madame Q, certaines déclarent ne pas avoir ressenti l'utilité de ces cours : « *Ça m'a pas trop servi en fait.* ». Plusieurs femmes déplorent ne pas avoir eu suffisamment d'informations sur la rencontre avec leur bébé et sur le post-partum. L'une d'elle affirme avoir pleuré lors du cours sur l'accouchement, le trouvant trop technique et trop violent ; elle aurait souhaité qu'il reste entouré de surprise, elle se sentait prête à vivre l'inconnu de l'expérience. D'autres femmes étaient contentes d'avoir une exposition des différents scénarios mais restaient perplexes, ne sachant comment leur travail se déroulerait. Nous pourrions avancer l'explication que les cours collectifs et ceux menés en visioconférences diminuent les échanges entre le couple et la sage-femme, au détriment des sujets qui touchent à la parentalité et qui sont moins théoriques et plus personnels que le déroulement du travail ou la mécanique obstétricale.

Par ailleurs, les femmes ont déploré le fait que les cours à distance ne permettent pas de bénéficier de la pratique : apprentissage de la respiration, des positions antalgiques, des exercices. C'est ce qu'explique Madame Z : « *Mais, j'étais pas, euh... active. 'Fin moi j'imaginai, euh, comme les cours quand on voit dans des séries* ». En ce sens, les mesures de la crise sanitaire ont été délétères à la préparation de certaines primipares, comme le dit Madame D : « *Comme t'es pas face à la personne, on peut pas dire qu'on soit vraiment préparé quoi* ». Elles pensent donc ne pas avoir profité autant que possible des informations délivrées par ce biais.

D'autre part, deux femmes reconnaissent avoir relativisé les informations reçues pendant les cours de préparation à la naissance, comme Madame C : « *J pense qu'on fait un peu abstraction, on s'dit : « P't-être que moi j'aurais pas mal... »* ». Toutes deux disent avoir été surprises de la force des contractions utérines au moment de leur mise en travail spontané.

D'après ces témoignages, il semble que les différences entre la théorie vue en cours et la réalité de la mise en travail spontané soient déstabilisantes pour les primipares, comme l'exprime Madame J : « *Nan, pour le coup j'm'étais vachement renseignée, mais bon. Entre le théorique et l'pratique, c'est toujours la scissure, euh...* ».

Pour mieux cibler les besoins des femmes et y répondre sans les effrayer lors des cours de préparation à la naissance, il pourrait être intéressant de les interroger, pendant la grossesse, sur les sujets qu'elles souhaitent aborder, et de faire un point en post-partum pour savoir si les cours ont été utiles, quels en ont été les points forts et les lacunes. Une autre solution serait de proposer facilement aux couples des cours individuels, ce qui laisse plus de liberté pour répondre aux interrogations de chacun.

Depuis 2016, l'HAS recommande la réalisation d'un entretien prénatal précoce au quatrième mois de grossesse. Celui-ci n'a pas de but médical mais vise à aborder avec le couple les questions spécifiques à chacun afin de les guider dans leur projet familial, de cerner leurs attentes pour mieux répondre à leurs besoins (110). Ce moment pourrait être le lieu où la femme exprime ses souhaits sur la préparation qu'elle envisage pendant sa grossesse, les thèmes qu'elle souhaite aborder et ceux qu'elle ne préfère pas connaître, le type de cours dont elle aimerait bénéficier. Ainsi la préparation à la naissance et à la parentalité pourrait répondre plus spécifiquement aux besoins de chaque patiente.

2.3.5.2 Témoignages de la famille et des amies

Quatorze femmes disent avoir discuté avec des amies ou des membres de leur famille ayant déjà accouché (mère, grand-mère, sœurs, belles-sœurs).

Pour beaucoup d'entre elles, la grossesse a été l'occasion d'aborder pour la première fois avec leur mère les sujets liés à la maternité.

Certaines primipares se sont imaginées avoir une mise en travail spontané identique à celle de leur mère, comme l'explique Madame X : « *Et du coup, moi j'imaginai que ça s'rait d'la même manière puisqu'on avait eu pas mal de similarités sur tous les autres mois précédents.* ».

Cependant, les situations vécues par les membres de la famille ou les amies ne correspondent pas toujours aux souhaits et aux projections des primipares, comme par exemple Madame E, d'origine italienne, dont la mère, les sœurs et belles-sœurs ont accouché par césarienne avant travail, et qui, elle, avait un projet d'accouchement en salle nature : « *Mais je suis pas comme elle ! (Mme rit) Du coup, pour moi c'était plutôt l'inverse. Du coup, depuis l'début j'aurais voulu accoucher, euh, de façon naturelle...* ».

La plupart des primipares déclarent prendre du recul sur les informations recueillies par ces témoignages car chaque femme est différente, comme le pense Madame S : « *Euh... Après, je... j'me suis pas... 'Fin. J'prenais, j'prenais c'qu'on m'donnait mais sans forcément me dire : « Ça va s'passer d'cette manière-là. » quoi.* ».

Comme Madame S, elles font le constat que les récits d'accouchements compliqués sont bien plus souvent racontés que ceux pour lesquels tout s'est bien passé bien : « *Et surtout d'ailleurs, j'trouve : plus y'a des fois où ça s'est mal passé et plus les gens l'racontent, bizarrement. [...] Et j'voulais pas non plus, euh, m'monter l'bourrichon et me mettre des stress. Donc au contraire, j'me disais : « Ça, ça peut arriver. C'est une chose à prendre en compte. Mais, euh, mais c'est pas forcément c'qui va nous arriver en fait. ».* ». Donc, les informations issues de ces témoignages sont souvent reçues avec précaution.

D'autres femmes déclarent explicitement que les discussions avec leurs amies ne les ont pas du tout aidées, et, parfois même, ont créé des peurs, comme pour Madame N : « *Alors j'ai eu beaucoup de personnes autour de moi qui ont d'jà eu des bébés. J'ai eu des...des histoires très variées, et donc y'a eu des choses qui me faisaient plus peur que d'autres.* ».

Il apparaît donc que les témoignages recueillis auprès des proches contribuent à définir la projection que les patientes construisent en imaginant leur mise en travail spontané, soit en s'identifiant aux expériences vécues par leurs proches, soit, au contraire, en s'en détachant.

Par ailleurs, les témoignages de l'entourage ont aidé certaines primipares à reconnaître les premiers signes du travail, à se projeter en se comparant aux expériences des autres. Ainsi, Madame L imaginait commencer son travail par des contractions utérines, comme ses amies : « *Et euh, et en fait aucune n'a fait, n'a rompu la poche des eaux.* ». A côté, Madame X pensait débiter son travail par la rupture des membranes, comme les femmes de son entourage : « *On avait parlé avec des amies... Alors eux, c'était, euh... Euh... Bah, beaucoup c'était rupture de la poche des eaux. 'Fin, classique quoi ! Rupture de la poche des eaux, euh, contractions sur l'devant, euh... Contractions pendant 2-3 heures avant d'partir de la maison, euh... etc. quoi !* ». Il est intéressant de noter que, pour les primipares, la norme peut être implicitement contenue dans l'expérience de l'entourage.

Ces discussions leur ont aussi permis de se préparer à la longueur du travail pour une primipare. Pour la plupart, elles disent s'être attendues à un travail très long, comme Madame Q : « *Bah tout l'monde me disait : « C'est super long, tu vas voir, euh... Tu vas rester trois jours à l'hôpital, euh, avant d'accoucher... ».* J'étais là : « *Oh, bah, d'accord. Bah, ok.* ». ». Certaines ont donc été surprises de la rapidité de leur travail. Nous constatons donc que les femmes sont en partie influencées par les discussions avec leur famille et leurs amies, mais qu'elles arrivent, pour beaucoup, à prendre du recul quand leurs projets en divergent.

Le témoignage des proches est un moyen qui aide les primipares à se projeter sur le travail et l'accouchement. Ils sont cités aussi souvent que les cours de préparation à la naissance et à la parentalité, ce qui montre leur importance. Or, les données ainsi recueillies sont des témoignages subjectifs qui apportent des informations parfois déformées par une expérience négative comme une peur intense (111). Il est donc important que les primipares aient accès à des données scientifiques pour relativiser des informations trop subjectives, ou qu'elles constatent la singularité de chaque accouchement à travers la diversité des récits lus ou entendus. En outre, cela montre l'impact de l'environnement familial et culturel dans le domaine de la périnatalité ainsi que le caractère social d'une grossesse et d'une naissance, comme le souligne certains auteurs (4,76).

Il pourrait être intéressant d'imaginer des cours de préparation à l'accouchement personnalisés dont le point de départ serait les données que les femmes ont recueillies à travers les témoignages qu'elles ont entendus. Cela permettrait aux professionnels de santé d'y apporter un éclairage scientifique.

2.3.5.3 Internet

Pour rechercher des informations, douze femmes ont également utilisé internet. La diversité des plateformes consultées est à l'image de l'étendue des ressources disponibles en ligne : Facebook (2 femmes), La Maison des Maternelles (5 femmes), des forums (2 femmes), Baby-Boom (1 femme), Pinterest (1 femme), des articles (1 femme), des podcasts (1 femme), Bébé au Naturel (1 femme) et YouTube (1 femme). Ce moyen de recherche est important pour les primipares puisqu'il se situe en troisième position. Bien souvent, les informations qu'elles y puisent ne sont pas divulguées par des professionnels de santé. Ayant conscience de cet aspect, certaines femmes gardent un esprit critique sur ce qu'elles lisent et l'utilisent « avec des pincettes » comme Madame N. D'autres femmes ont apprécié la diversité des témoignages disponibles, comme Madame Z : « *Et donc du coup j'avais regardé des forums, et tout, et tout.* » ; ou Madame E : « *J'avais des, des podcasts en... 'Fin des personnes qui... racontaient leur expérience. Et y'en avait pas mal...* ». C'est en lisant différentes expériences qu'elles ont construit leur idée du travail et qu'elles ont découvert des moyens pour gérer la douleur des contractions utérines. Sans le dire explicitement, les femmes s'identifient aux auteurs des témoignages et des podcasts, et c'est de là qu'elles ont imaginé certains détails, comme Madame E : « *Et y'en avait pas mal, et qui, qui me plaisaient, qui disaient que ça avait commencé un peu le matin et du coup elles avaient fait leur journée normale, elles étaient allées au resto, avec leur conjoint, etc.* ».

De manière générale, les primipares disent avoir apprécié les supports en ligne qui leur ont permis de se renseigner rapidement sur un sujet précis. Mais, face à la profusion d'informations diffusées, certaines se sont senties perdues. Elles se sont rendues compte qu'elles oubliaient les sujets abordés et les redécouvraient plusieurs fois de suite, comme Madame M : « *Mais, je trouve qu'on entend beaucoup d'choses, et que dans ces choses-là, on en retient peu finalement. [...] A la fin j'me suis dit : « Bon bah ça, ça s'ra instinctif en fait ! ».* ». Finalement, les ressources en ligne plaisent aux primipares et la plupart arrive à s'en détacher suffisamment pour façonner

leur propre expérience. Le fait que les témoignages soient anonymes facilite peut-être l'identification qu'elles décrivent.

De plus, il serait intéressant qu'une sage-femme évalue avec la patiente la fiabilité des différentes ressources en ligne afin d'orienter au mieux ses recherches et d'y apporter un regard scientifique critique.

2.3.5.4 Lectures

Cinq femmes disent avoir lu des livres, plus sur les premiers jours de leur enfant que sur le travail et l'accouchement. En effet, le post-partum est un sujet qui les intéresse beaucoup plus que celui de la mise en travail spontané, et sur lequel elles se posent plus de questions sans trouver de réponses suffisantes dans les cours classiques de préparation à la naissance et à la parentalité. Là encore, un entretien prénatal précoce plus orienté permettrait de personnaliser le contenu des cours et d'informer sur la fiabilité des ressources.

2.3.5.5 Autres ressources

Les autres ressources citées par les femmes sont : les films et l'abonnement à une *newsletter* ou d'autres préparations telles que le yoga, la sophrologie ou l'haptonomie. Les films ont une influence sur l'image du travail qu'élaborent les primipares. Cependant, aucune des femmes interrogées n'a regardé de films ou de séries dans le but de s'informer sur le travail. Les situations vues au cours du visionnage d'un film impriment en elles des images sur la mise en travail et sur l'accouchement. Ainsi, Madame K affirme que, d'après ce qu'elle avait vu dans les films : « *C'était quand même peu probable que ça commence par la poche des eaux.* ».

De manière moins fréquente, les primipares disent se tourner vers le yoga prénatal, l'acupression, ou encore la sophrologie sur application pour apprendre à gérer au mieux le travail. Certaines femmes trouvent que le père n'est pas assez intégré dans la démarche classique de préparation à la naissance et à la parentalité et se tournent vers l'haptonomie pour travailler à trois, comme Madame L qui souhaitait : « *créer notre cocon pendant toute la grossesse* ».

Tous ces résultats nous permettent de confirmer notre première hypothèse, à savoir : au cours de leur grossesse, les primipares construisent toutes une image du travail spontané d'après des témoignages, des lectures et des films. Nous affinons notre réflexion en précisant que l'image construite est plus ou moins complète selon les

femmes, qu'elle dépend plus des besoins que chacune ressent que de la source d'informations. En effet, les femmes semblent s'approprier les renseignements qui leur sont utiles et mettre à distance ceux qui pourraient leur nuire. De plus, les sources d'informations sont plus variées que ce que nous imaginions. L'ordre de fréquence des ressources utilisées est intéressant. Les cours de préparation menés par les sages-femmes sont les plus employés, mais nous remarquons aussi que la plupart des femmes n'en sont pas entièrement satisfaites et ressentent le besoin de compléter ces informations théoriques par des témoignages, qu'ils proviennent de discussion avec des amies ou des membres de leur famille ou qu'ils soient issus d'internet, via des forums ou des groupes de femmes.

2.4 Émotions ressenties à la mise en travail spontané

Après avoir questionné les femmes sur leurs projections, sur les ressources consultées pendant la grossesse et sur la manière dont leur travail s'est déroulé factuellement, nous leur avons demandé de décrire les émotions qu'elles ont ressenties du début de leur travail spontané jusqu'à leur admission en salle de naissances. Nous leur avons demandé de préciser si elles ont été générées ou modifiées par leur entourage et par leur environnement privé et hospitalier.

2.4.1 Généralités sur les émotions citées

Voici une liste des émotions que les primipares interrogées disent ressentir au moment de leur mise en travail spontané, qu'elles soient engendrées par les sensations et les événements corporels (imminence de l'accouchement, douleur des contractions utérines, déroulement du travail, rencontre avec le nouveau-né), ou par leur entourage et leur environnement (présence du conjoint, premier contact aux urgences, rencontre avec la sage-femme).

Les deux plus citées sont la peur et l'appréhension (11 citations), suivies par le stress (7 citations), puis, à égalité, par la surprise et la sérénité (6 citations). Les autres émotions recueillies sont : la confiance, la crainte, la joie, l'acceptation, le doute, l'incertitude, le réconfort et la douleur (5 citations) ; l'excitation et la concentration (4 citations) ; la vigilance, la colère et le calme (3 citations) ; le soulagement, la déception, la détente, la réassurance, l'optimisme, l'anxiété, la souffrance, la hâte, la sécurité, l'étonnement, l'angoisse et la tranquillité (2 citations) ; et enfin, l'impatience, la détresse, l'incrédulité, le désespoir, l'amour, l'intérêt, l'extase, la tristesse, la

Tableau 1 : Différentes émotions pendant le travail

Émotions positives (nombre de citations)	Émotions doubles (nombre de citations)	Émotions négatives (nombre de citations)
Sérénité (6)	Surprise (6)	Peur (11)
Joie (5)	Acceptation (5)	Appréhension (11)
Confiance (5)	Doute (5)	Stress (7)
Réconfort (5)	Douleur (5)	Crainte (5)
Excitation (4)	Incertitude (5)	Colère (3)
Calme (3)	Concentration (4)	Déception (2)
Soulagement (2)	Vigilance (3)	Anxiété (2)
Détente (2)	Étonnement (2)	Souffrance (2)
Réassurance (2)	Hâte (2)	Angoisse (2)
Optimisme (2)	Incrédulité (1)	Impatience (1)
Sécurité (2)	Pression (1)	Détresse (1)
Tranquillité (2)	Hésitation (1)	Désespoir (1)
Amour (1)		Tristesse (1)
Intérêt (1)		Contrariété (1)
Extase (1)		Fatigue (1)
Apaisement (1)		Tension (1)
Fierté (1)		Panique (1)
		Frustration (1)
		Énervement (1)

Nos résultats montrent que les primipares éprouvent quasiment toutes de la peur et de l'appréhension à leur mise en travail spontané, contrairement aux données de la littérature qui décrivent un sentiment de calme et de confiance à la mise en travail spontané (22). Certaines femmes n'ont pas su en expliquer la cause, d'autres l'ont verbalisée. Comme pour Madame A, elles sont parfois dus à l'imminence de l'accouchement : « *Après, quand, voilà, j'ai vraiment eu très mal : peur. J'me suis dit : « J'vais pas y arriver ! »... »* ; pour Madame C, c'est plutôt la douleur : « *Clairement d'appréhension là, euh, au niveau d'la douleur* » ; ou encore la longueur, le déroulement du travail et de l'accouchement, comme Madame D : « *Ouais, j'pense que c'est ça : j'associais longueur à douleur.* » ; c'est aussi la rencontre avec le bébé, comme le dit Madame A : « *Moi j'avais très peur de la rencontre* » ; d'autres fois, c'est la sage-femme qui va prendre en charge le travail, le premier contact aux urgences,

comme Madame L : « *Moi c'qui m'inquiétait le plus c'était justement dans la partie sage-femme, parce que la sage-femme on ne sait pas qui ce s'ra le jour J* ».

D'après les données actuelles de la science, l'ocytocine est impliquée dans la gestion des émotions complexes positives et négatives, ce qui pourrait expliquer l'imbrication d'émotions complexes et variées, parfois même ambivalentes, au moment de la mise en travail spontané (34,102). De plus, pour une primipare ce moment est la porte d'entrée vers un horizon qu'elle n'a jamais exploré. Elle se lance dans une aventure inconnue dont elle a beaucoup entendu parler, parfois de manière très négative, et à laquelle peuvent être attachées des craintes personnelles. Ceci peut expliquer les sentiments d'appréhension et de peur qui surgissent, peur de l'accouchement et de la douleur ou peur de la rencontre avec le nouveau-né (66–68).

Il est aussi intéressant de constater que certaines femmes ont cité la douleur. Or, contrairement aux autres émotions nommées, il est indéniable que la douleur a une composante physique. Cette notion est souvent développée dans la psychologie de la mise en travail spontané.

Certains auteurs estiment que la douleur désigne principalement la composante physique, et nomment souffrance une douleur qui envahirait également le psychisme jusqu'à devenir intolérable (76). Le terme de souffrance est d'ailleurs apparu plusieurs fois au cours des entretiens. Il était toujours associé à une notion de longueur et à un manque de confiance dans la prise en charge, comme l'explique Madame L : « *Juste, juste je souffrais. Franchement, les contractions, euh... Et c'est pour ça qu'j'suis remontée au bout de, au bout d'une heure, même pas, trois-quarts d'heure.* ». Elle garde un souvenir pénible du début de son travail à l'hôpital car elle a été prise en charge par une étudiante sage-femme qui lui semblait indécise et ne la mettait pas en confiance.

Or, nous avons vu plus haut qu'un danger ou une douleur réelle ou pressentie avait un effet délétère sur la physiologie de la mise en travail spontané (24). Nous pouvons donc avancer que l'instauration d'un climat de confiance avec la personne rencontrée aux urgences a un effet bénéfique sur la douleur et sur les émotions des primipares.

2.4.3 Causes et influences des émotions

Nous nous sommes penchés sur les causes de chaque émotion afin de séparer, d'une part, celles qui sont influencées par l'environnement et l'entourage des primipares et, d'autre part, celles qui proviennent de leurs sensations corporelles.

2.4.3.1 Émotions causées par les sensations corporelles

Les primipares interrogées nous ont dit que les émotions suivantes avaient été engendrées uniquement par les sensations corporelles nouvelles : la joie, l'acceptation, la sérénité, le doute, la douleur, l'excitation, la vigilance, le soulagement, la détente, l'optimisme, l'anxiété, la tranquillité, l'impatience, la détresse, l'incrédulité, la hâte, le désespoir, l'amour, l'intérêt, l'extase, la tristesse, la pression, la fatigue, la tension, la panique, la fierté et l'hésitation. Nous en discuterons peu dans ce travail car notre objectif principal est d'étudier les influences de l'environnement, et non celle de l'expérience de nouvelles sensations corporelles, sur la satisfaction des primipares.

Nous remarquerons que cette liste est très subjective puisqu'elle est liée aux témoignages d'un échantillon restreint de 15 femmes. Et nous noterons que ces émotions sont variées, positives pour la majorité, et qu'elles peuvent être mises en lien avec les effets physiologiques des productions hormonales du travail spontané, tels qu'ils sont détaillés plus haut (24).

2.4.3.2 Émotions causées par l'entourage et l'environnement

Les émotions des primipares interrogées qui sont engendrées et influencées uniquement par l'entourage ou l'environnement des primipares sont : le stress, le réconfort, la réassurance, la sécurité, la contrariété et l'apaisement.

Le plus souvent, le stress est engendré par les réactions du personnel soignant, mais il survient aussi lorsque des événements extérieurs indépendants de la volonté de la femme surgissent, par exemple, la densité du trafic sur le chemin vers la maternité, lorsque la parturiente redoute de ne pas arriver à temps à l'hôpital, comme pour Madame M : « *Dans l'après-midi, c'est qui fait que, euh, on a dû s'rendre à l'hôpital, euh, en pleine heure de pointe. [...] Donc, euh, voilà, ça a été, ça a été, euh, source de, de stress ouais !* ». C'est le cas lorsque la femme reconnaît la « *sécurité scientifique de l'hôpital* » (70,83).

Le réconfort, la réassurance et la sécurité sont liés à la présence du conjoint et/ou au cadre médical, comme le dit Madame D : « *Mais ces contractions, j'préfère les avoir eues ici, avec le monitoring, que, à la maison, solo, j'pense. Parce que... [...] J'étais rassurée qu'y ait un cadre médical autour quand même.* ». A nouveau apparaît l'effet bénéfique de la présence d'une personne de sens pour la parturiente (92). On retrouve également les notions de sûreté et de sécurité développées par Carlsson (80).

L'apaisement est procuré par la sage-femme, comme le dit Madame M : « *J'dirais qu'ça m'a, euh, apaisée. [...] Parce que j'me suis dit : « Là, maintenant, je suis entre*

de bonnes mains. ». ». Lorsque cela correspond au souhait de la femme, la présence du personnel hospitalier est bénéfique pour la parturiente (113).

La contrariété naît lorsque l'organisation matérielle de l'hôpital ou la prise en charge proposée empêchent la femme de réaliser ses désirs, comme pour Madame L qui a été prise en charge par une étudiante indécise : « *Et donc du coup elle était un peu, elle me rassurait pas... 'Fin voilà, elle me rassurait pas en tout cas là-d'ssus. [...] Donc là j'étais plutôt, euh, contrariée.* ». Il est alors important de s'assurer que cela ne mette pas la femme dans un sentiment de peur et de perte de confiance qui pourrait lui être délétère à court, moyen et long terme (103,111).

Nous avons interrogé plus précisément les primipares sur leur premier contact à la maternité et sur les conséquences que cela a eu sur leurs émotions. Quatre d'entre elles ont téléphoné au service des urgences obstétricales avant de se déplacer. Les émotions que cet appel a suscitées en elles sont négatives (peur, angoisse, appréhension) et positives (confiance, réconfort). Par exemple, Madame A éprouvait de la confiance au moment où elle a appelé : « *'Fin j'les trouvais très compétents et très humains. Et le fait de v'nir ici, de connaître les lieux, de... 'Fin voilà, ça m'a mis dans un climat de confiance, quoi. 'Fin j'savais où j'arrivais quoi.* ». Les autres femmes se sont directement déplacées à la maternité.



Figure 8 : Émotions ressenties par les primipares lors du premier contact téléphonique avec la maternité



Figure 9 : Émotions ressenties par les primipares lors de leur arrivée aux urgences obstétricales

Lors de l'arrivée aux urgences, l'appréhension est le mot qui a été le plus cité, suivi de près par l'angoisse, mais aussi par le soulagement et le réconfort. Madame E déclare avoir été très confiante à son arrivée aux urgences : « *J'étais bien en confiance et j'étais calme.* ». Tandis que Madame Q était angoissée à ce moment-là : « *Ils m'ont fait patienter, euh, p't-être 5 minutes ! J'ai cru qu'c'était les 5 minutes super longues... !* ».

Les primipares éprouvent donc des sentiments variés selon les situations. D'un côté, la sécurité médicale de l'hôpital les place dans un climat de confiance (80) ; d'un autre côté, cet environnement est inconnu, elles doivent l'appivoiser et l'attitude de la

personne qui les reçoit peut être responsable d'une partie de leur ressenti et donc de leur satisfaction (73,83).

2.4.3.3 Émotions dont les causes sont mixtes

Par ailleurs, les primipares interrogées ont décrit que leurs sensations corporelles, leur environnement et leur entourage influençaient de manière équivalente d'autres émotions. Il s'agit de : la peur, l'appréhension, la surprise, la confiance, l'incertitude, la crainte, la concentration, la colère, le calme, la déception, l'étonnement et l'angoisse. Ces émotions sont variées et parfois contradictoires, selon les femmes et pour une même femme. C'est le cas pour la confiance et l'incertitude, le calme et l'angoisse. Elles sont parfois ressenties en même temps et, d'autres fois, se succèdent. Nous avons modélisé les différentes influences de ces émotions en annexe n°2.

Nous remarquons qu'elles sont toutes engendrées, en partie, par les contractions utérines elles-mêmes ou par la rupture de la poche des eaux. Cela nous évoque à nouveau les effets physiologiques des hormones qui interagissent au moment de la mise en travail spontané (24).

Ces sentiments sont aussi influencés par les craintes personnelles de la femme sur la durée et le déroulement du travail et de l'accouchement, sur la rencontre avec le bébé, sur la mort potentielle de l'enfant. Elles peuvent déjà être présentes en cours de grossesse mais resurgissent, comme démultipliées, au moment de la mise en travail spontané. Ces peurs latentes sont décrites dans la littérature (67,68). Elles peuvent aussi être reliées à la production physiologique de catécholamines qui fait non seulement partie des phénomènes de la parturition, mais aussi des réponses aux situations de stress et de peur (24). De plus, les émotions négatives pourraient être un phénomène psychologique physiologique qui pousse la parturiente à trouver un lieu sûr, où elle se sente en sécurité, avec un entourage bienveillant et attentionné (70,80). Finalement, elles font partie du processus d'attachement maternel développé par Monique Bydlowski (69).

Ces données nous permettent de confirmer une partie de notre deuxième hypothèse, à savoir : les primipares éprouvent un mélange de joie et de peur au moment de leur mise en travail spontané. En effet, nos résultats semblent montrer que la mise en travail spontané est riche en émotions souvent contradictoires chez les primipares. La

peur est bien l'une des émotions les plus citées lors de nos entretiens, mais elle est accompagnée de l'appréhension, toutes deux négatives. La joie ne vient qu'en cinquième position. C'est pourquoi nous infirmons l'autre partie de cette hypothèse.

La peur et l'appréhension sont toutes deux liées à l'environnement et à l'entourage de la parturiente, tandis que la joie semble être engendrée par la mise en travail spontanée elle-même. Une réflexion autour de la manière d'accueillir les primipares aux urgences pourrait améliorer leur ressenti et la satisfaction de leur mise en travail spontanée.

2.4.3.4 Moment le plus marquant

D'autre part, pour essayer d'appréhender un peu mieux les éléments influençant leur satisfaction, nous avons interrogé les femmes sur le moment du travail qui les a le plus marqué. Les réponses sont assez variées.

Neuf femmes évoquent la surprise à la rupture spontanée des membranes ou à la première contraction ainsi que la douleur des contractions ; une femme retient surtout la surprise et la « *petite montée de stress* » à la rupture spontanée des membranes ; une femme a été marquée par l'émotion de son père au moment de partir à la maternité ; une femme se

souvient surtout de la joie et du soulagement qu'elle a ressenti lorsque la sage-femme est venue lui annoncer la nécessité de passer en salle de naissance afin de poser une analgésie péridurale pour des anomalies du rythme cardiaque fœtal ; une femme garde un souvenir fort de l'indécision

Moment le plus marquant du travail en fonction du nombre de femmes

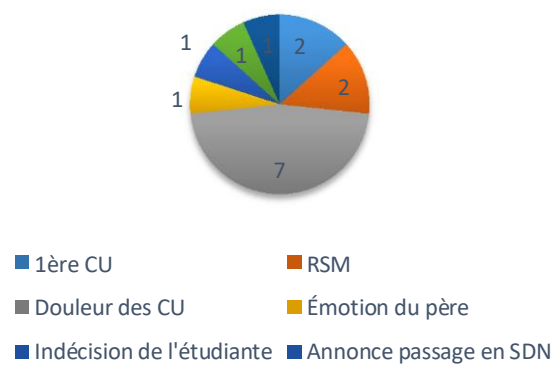


Figure 10 : Moment le plus marquant du début du travail

de l'étudiante sage-femme qui l'a prise en charge aux urgences et qui ne l'a pas mise en confiance ; enfin, la dernière femme interrogée ne nous donne pas de réponse à cette question, argumentant qu'il faut qu'elle « *“process” encore un peu le truc* », elle nous explique qu'elle ressent le besoin de revivre plusieurs fois en pensée la journée du travail et de l'accouchement pour bien l'assimiler.

Nous pensions que connaître l'élément qui reste le souvenir le plus vif du travail permet aux professionnels d'adapter leur prise en charge pour ne pas ajouter de stress et d'appréhension aux primipares. D'après les données recueillies, les éléments les plus marquants pour les primipares sont peu liés aux professionnels de santé, mais plus aux sensations nouvelles qu'apporte le travail (rupture spontanée des membranes, contractions utérines douloureuses), ou à l'entourage (père). Les professionnels de santé ne peuvent donc agir sur ces paramètres mais peuvent s'appliquer à être à l'écoute de la patiente pour repérer ces situations de stress qui provoquent parfois des effets délétères (58,67,68).

2.5 Satisfaction des primipares

En dernier lieu, nous avons recueilli la satisfaction des primipares en utilisant une échelle numérique allant de 0 à 10 et une échelle visuelle alignant cinq smileys. Nous n'avons pas anticipé la difficulté que représente l'analyse d'un même paramètre recueilli avec deux échelles différentes. A posteriori, nous avons donc décidé de considérer que les femmes qui utilisent l'échelle numérique entre 0 et 4 inclus ou l'un des 2 smileys de gauche sont plutôt peu ou pas satisfaites, que le 5 de l'échelle numérique correspond au smiley du centre et à une satisfaction moyenne, enfin, que les chiffres compris entre 6 et 10 inclus et les 2 smileys de droite sont le reflet de la satisfaction des primipares.

2.5.1 Satisfaction globale des primipares

Onze femmes ont utilisé l'échelle numérique et quatre ont répondu avec les smileys. Les résultats sont les suivants : trois femmes se déclarent satisfaites à 10, deux se placent à 9, une à 8, une à 7, une à 5, une à 4, une à 3, une à 2 ; enfin, une femme a utilisé le smiley n°5 (le plus à droite) et les trois autres ont montré le smiley n°4 (l'avant-dernier sur la droite).

Pour les femmes qui ont utilisé l'échelle numérique, la moyenne de satisfaction est à 7. Au total, trois femmes sont considérées comme peu ou pas satisfaites, une femme est moyennement satisfaite et onze sont jugées satisfaites.

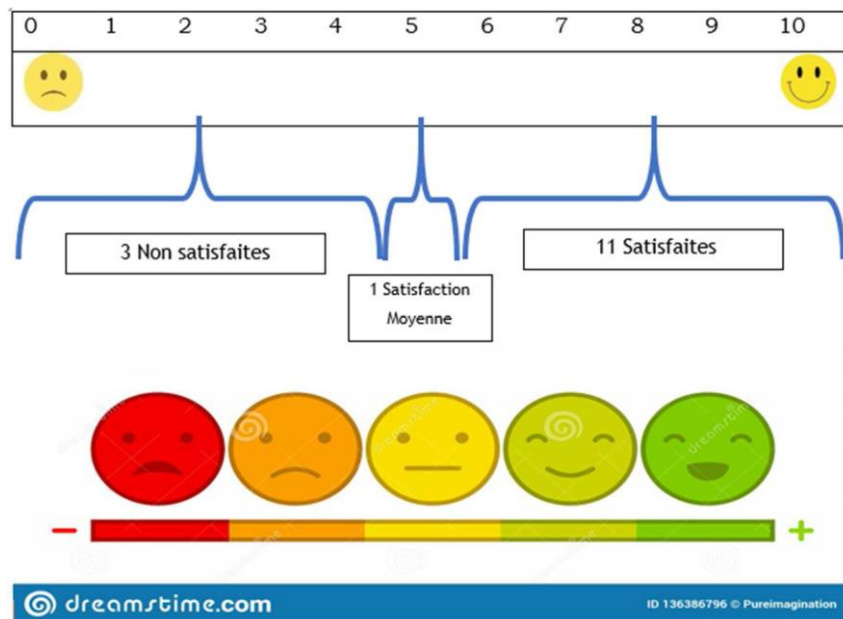


Figure 11 : Satisfaction des primipares de leur mise en travail spontané

La majorité des primipares incluses dans notre étude se sont donc déclarées satisfaites de leur mise en travail spontané. Ces données coïncident avec celles de la littérature scientifique (106).

2.5.2 Satisfaction et projections

Nous nous sommes questionnées pour savoir si les femmes les plus satisfaites sont celles dont la mise en travail spontané s'est déroulée selon leurs projections. Pour cela, nous avons classé dans la catégorie « identique » les primipares pour lesquelles la modalité, l'entourage, le lieu et le moment de la journée qu'elles avaient imaginés correspondaient au déroulement effectif de leur mise en travail spontané. Si un seul élément différait, nous les avons placées dans la catégorie « différent ». Nous avons constaté que le fait d'avoir une mise en travail spontané conforme à l'image élaborée pendant la grossesse ne correspond pas toujours à une satisfaction plus élevée.

En effet, sur les cinq primipares du groupe « identique », les satisfactions déclarées étaient à : 3, 5, 7, 10 et un smiley n°4. Quant aux dix du groupe « différent », les chiffres de satisfaction relevés sont : un 2, un 4, un 8, deux 9, deux 10, deux smileys n°4 et un smiley n°5.

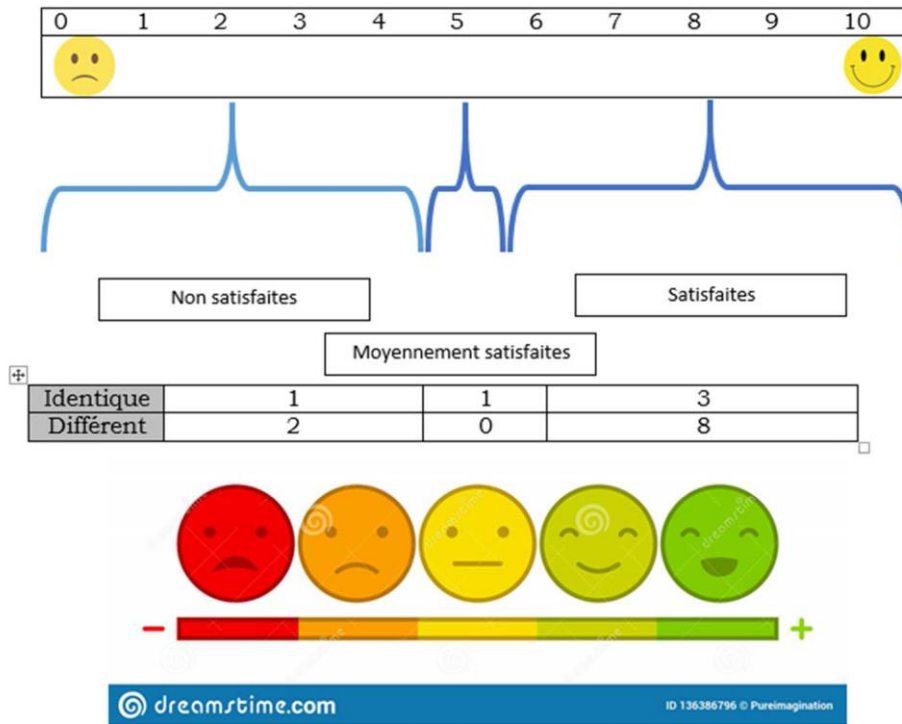


Figure 12 : Satisfaction des primipares en fonction de l'adéquation de leurs projections à la réalité

D'après ces résultats, la satisfaction moyenne des primipares du groupe « identique » s'élève à 6.25, tandis que celle du groupe « différent » est aux alentours de 7.12. Finalement, la satisfaction globale des primipares ne diffère pas outre mesure dans les deux groupes. Elle est cependant légèrement plus élevée dans le groupe « différent ». Un échantillon plus grand permettrait de confirmer ou d'infirmer cette tendance.

2.5.3 Satisfaction, entourage et environnement

Nous avons vu plus haut que certaines primipares ont ressenti des émotions négatives au moment de leur appel et de leur arrivée aux urgences obstétricales ou lorsqu'elles ont rencontré des professionnels qui ne les ont pas mises en confiance. En effet, selon les données actuelles de la science, la satisfaction des femmes est plus importante lorsqu'elles ont un sentiment d'*empowerment*, de bien-être et de stabilité émotionnelle (105,107). De plus, certaines femmes se sont perdues dans le vaste espace hospitalier. Elles ressentaient le besoin de se mettre dans un endroit plus sécurisant afin d'effectuer, avec leur conjoint, les exercices appris pendant la grossesse pour gérer la douleur des contractions utérines. A nouveau, nous retrouvons les notions de sûreté et de sécurité que les primipares recherchent au moment de leur mise en travail spontané (80,83,113) ainsi que la présence d'une personne de sens pour les aider à aller au-devant des événements et des lieux inconnus (92).

D'après notre troisième hypothèse : les primipares sont satisfaites lorsque leur mise en travail spontané entre 37 SA et 41 SA et 6 jours correspond à l'image qu'elles avaient construite pendant la grossesse. Nous l'infirmos car, d'après nos résultats, les différences entre les projections que les primipares se font au sujet de leur mise en travail spontané et la manière dont il se déroule n'influencent pas leur satisfaction. En revanche, un entourage soutenant et attentionné l'augmente.

2.6 Pour aller plus loin

En élaborant notre grille d'entretien, nous avons relevé un certain nombre d'informations qui ne nous ont semblées répondre à nos hypothèses au moment de l'analyse. Nous avons choisi de les exposer ci-dessous.

2.6.1 Début de la projection

Initialement, nous avons trouvé pertinent de questionner les primipares sur le moment de leur grossesse où elles ont commencé à élaborer des projections sur leur mise en travail spontané. Nous pensions que cela nous permettrait peut-être de mettre en lumière des éléments favorisant le début de ces réflexions, mais nous avons réalisé que cela nous éloignait du cœur de notre sujet.

Certaines femmes ont commencé « *dès le début de la grossesse* », comme Madame L, et d'autres y ont réfléchi aux premières contractions. Huit femmes disent avoir commencé à y penser au-delà du 6^{ème} mois et cinq avant le 6^{ème} mois. Lors de deux entretiens, cette information n'a pas été recueillie.

Sept femmes ont construit leur image à partir du 8^{ème} mois, ce qui correspond au début du congé maternité. Toutes les femmes interrogées ont travaillé pendant leur grossesse,

elles reconnaissent que le

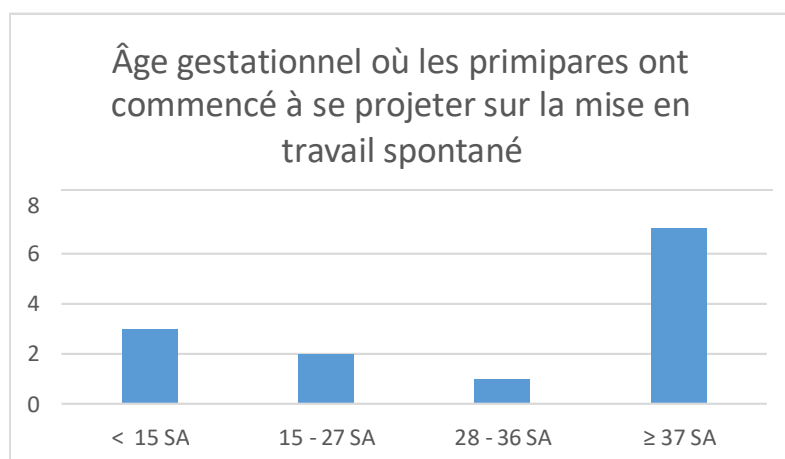


Figure 13 : Début de la projection en fonction de l'âge gestationnel

congé maternité leur a apporté le temps et la liberté d'esprit nécessaires pour avoir le loisir de se concentrer sur le travail et l'accouchement à venir. Il est intéressant de relever que, sur l'échantillon étudié, les femmes qui ont commencé à se projeter sur la

mise en travail avant 27 SA ont consulté en moyenne 5 ressources, et celles qui ont commencé à y réfléchir après 27 SA ont consulté en moyenne 4 sources différentes. On aurait pu penser que plus les femmes commencent tôt, plus le nombre de ressources consultées est important. Or, le début de la projection n'a qu'un faible impact sur le nombre de sources auxquelles les femmes se réfèrent.

De plus, il est intéressant de relier ces résultats aux données exposées par Raymonde Gagnon dans sa thèse et qui explique que l'élaboration des projections sur le travail et l'accouchement ne commence qu'en fin de grossesse (74).

2.6.2 Appréhension de la douleur pendant la grossesse

D'autre part, nous pensions étayer notre raisonnement en regardant si les primipares appréhendent par anticipation la douleur du travail en cours de grossesse. Pour les femmes qui ont répondu positivement, nous avons regardé si elles ont éprouvé de l'appréhension au moment de leur mise en travail spontané.

Neuf primipares ont déclaré avoir connaissance, pendant la grossesse, de la douleur que pouvait provoquer le travail, mais ne pas s'être projetées dessus ; deux disent ne pas y avoir pensé ; et les sept autres déclarent avoir eu une attitude ouverte. Seules quatre femmes n'ont pas éprouvé d'appréhension, ni pendant leur grossesse, ni à la mise en travail spontané. Les autres en ont éprouvée, comme Madame R : « *Euh... Bah j'crois qu'on peut pas s'imaginer vraiment.* ». Elles ne savent pas ce que cette douleur représente, et certaines cherchent une signification positive, comme l'explique Madame K : « *J'trouve que l'rapport qu'on a à la douleur, euh, en tout cas dans notre société actuelle, il est... : faut vite l'annuler, faut jamais souffrir, faut toujours être... Et j'trouve ça... étonnant, parce que [...] pour moi, y'a une raison à ça.* ».

Deux primipares disent avoir été très angoissées pendant leur grossesse par l'idée de la douleur du travail ; toutes deux décrivent un sentiment d'angoisse à la mise en travail spontané. L'une d'elle avait surtout peur de la force et de la douleur des contractions utérines dans le cadre d'un déclenchement ; quant à Madame J, elle ne donne pas d'explication rationnelle à sa panique : « *Euh nan. J'sais pas si y'a des gens que ça angoisse pas, en soit ! (Mme rit) Euh, nan, nan, mais ça m'paniquait énormément.* ». Cette peur de l'accouchement est connue dans la littérature (68).

Il peut être intéressant de noter que treize femmes ont accouché sous péridurale, onze d'entre elles avaient défini ce choix pendant la grossesse, les deux autres avaient un projet d'accouchement sans péridurale, mais elles ont changé d'avis au cours du

travail. Deux femmes ont accouché sans péridurale, l'une par choix, l'autre après un travail rapide. Cette dernière en garde un excellent souvenir. Les femmes se sont déclarées satisfaites d'avoir ou non recouru à la péridurale, quel que soit leur projet pendant la grossesse.

Il apparaît donc que les femmes qui ont réfléchi à la douleur du travail durant leur grossesse en seront, pour certaines, moins angoissées au moment de leur mise en travail spontané. L'anticipation semble aider certaines primipares à mieux accompagner cette nouvelle sensation physique.

2.7 Forces et faiblesses de l'étude

2.7.1 Forces

Notre étude présente des forces car le sujet est relativement peu exploré ; les données sont récoltées directement auprès des femmes ; le choix des entretiens est le moyen qui nous a semblé le plus riche pour recueillir des données aussi intimes ; il n'existe qu'un faible biais de mémorisation car nous avons choisi d'interroger des femmes dans le post-partum immédiat et toutes ont eu une grossesse et un accouchement qui se sont bien déroulés ; enfin, les femmes interrogées sont sélectionnées dans une seule maternité, ce qui permet de les comparer plus facilement.

2.7.2 Faiblesses

En revanche, cette méthode de sélection peut aussi être vue comme une faiblesse car il existe d'autres choix d'accouchements selon les types de maternité, les maisons de naissances, les plateaux techniques. Les faiblesses de notre étude sont : le petit effectif de femmes incluses ; le biais de sélection dont nous venons de parler ; la situation sanitaire qui a parasité le déroulement habituel des urgences obstétricales et a eu un impact certain sur la satisfaction des femmes ; l'utilisation de deux échelles pour mesurer la satisfaction des primipares ; enfin, la présence des pères lors de l'entretien car cela a influencé certaines réponses, ils ont rappelé des détails, parfois négatifs, dont les femmes ne se souvenaient pas.

Conclusion

D'après les connaissances scientifiques actuelles, la physiologie de l'accouchement débute par une mise en travail spontané entre 37 SA et 41 SA et 6 jours. Celle-ci peut prendre la forme de contractions utérines régulières et douloureuses ou celle d'une rupture spontanée des membranes. Ces phénomènes sont dus en partie aux modifications des taux hormonaux d'ocytocine, de mélatonine, de corticolibérine, de prostaglandines, d'estrogène, de β -endorphines et de catécholamines ; ainsi qu'à des composantes physiques comme la distension utérine, l'augmentation du volume intra-utérin et encore l'effet de la gravité terrestre.

D'un point de vue psychologique, la mise en travail spontané est l'aboutissement d'un ensemble de phénomènes psychiques complexes, décrits par Monique Bydlowski dans sa théorie de la transparence psychique, et qui permettent à la femme d'adopter un comportement adapté envers son nouveau-né.

En effet, la naissance d'un enfant s'inscrit dans une histoire personnelle, familiale et culturelle. Pour une primipare, elle est le passage du statut de fille à celui de mère. C'est pourquoi certains auteurs la voient comme un rite initiatique de passage.

D'après les données actuelles de la science, l'environnement et l'entourage des femmes ainsi que le déroulement de leur travail et de leur accouchement peuvent avoir des conséquences psychologiques à court, moyen et long terme. Leur satisfaction du travail est liée à plusieurs paramètres qui ont déjà fait l'objet d'études. Notre étude s'est intéressée plus spécifiquement à la période de la mise en travail spontané. Nous nous sommes penchées sur la façon dont l'image que les femmes ont construite durant leur grossesse de leur mise en travail influence leur satisfaction durant les premières heures du travail.

Selon les résultats de notre étude, la plupart des primipares pensent débiter leur travail par des contractions utérines, à domicile, la nuit et accompagnées de leur conjoint. En réalité, elles débutent plus souvent par une rupture prématurée des membranes, au domicile, entre 21 heures et 7 heures, accompagnées de leur conjoint.

Les primipares construisent toutes une image plus ou moins complète de leur mise en travail spontané selon leurs besoins. De plus, les sources d'informations vers

lesquelles elles se tournent sont très variées. Les deux plus utilisées sont les cours de préparation à la naissance et à la parentalité avec une sage-femme libérale et les témoignages de la famille et des amies. Les données scientifiques apportées par les sages-femmes lors des séances sont aussi souvent citées que les récits subjectifs racontés par l'entourage des primipares. Elles consultent également Internet, des livres ou se tournent vers d'autres supports (films, yoga, sophrologie, haptonomie).

Au moment de leur mise en travail spontané, les primipares ressentent des émotions très variées et parfois ambivalentes engendrées par les sensations corporelles inconnues jusque-là, par l'entourage ou par l'environnement. Celles qui ont été le plus citées sont l'appréhension et la peur, puis le stress, puis la joie. Nous avons remarqué que les émotions les plus citées et celles qui dépendent de l'entourage et de l'environnement sont principalement négatives.

La majorité des primipares interrogées se sont déclarées satisfaites de leur mise en travail spontané. Les différences entre les projections qu'elles ont construites au cours de leur grossesse et le déroulement de leur mise en travail spontané ne semblent pas avoir d'influence sur leur satisfaction. En effet, elle est presque similaire dans le groupe « identique » et dans le groupe « différent ». En revanche, un entourage bienveillant et soutenant augmente la satisfaction des primipares.

Cette étude comporte des faiblesses, dont la petite taille de l'échantillon étudié. Pour confirmer les tendances découvertes lors de ce travail, il faudrait envisager une étude plus importante.

De plus, il pourrait être intéressant de comparer la satisfaction que les primipares gardent du début de leur travail avec celle du temps qu'elles passent en salle de naissances afin de voir si les éléments qui l'influencent sont identiques.

Bibliographie

- ANTONOVSKY A. *Unraveling the mystery of health : how people manage stress and stay well*. 1st ed. San Francisco : Jossey-Bass, 1987, 218 p.
2. Larousse É. [référence du 19 novembre 2019], <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/physiologie/60617>
 3. CNRS. [référence du 19 novembre 2019], <https://www.cnrtl.fr/definition/physiologie>
 4. LEMAY C. *La mise au monde : revisiter les savoirs*. Québec : Les Presses de l'université de Montréal, 2017, 166 p.
 5. Conseil national de l'ordre des sages-femmes. [référence du 10 mai 2020], <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
 6. CHANTRY A, COATLEVEN F, DEBORD MP, GRANDJEAN H, GOMEZ C. Épidémiologie de la grossesse prolongée : incidence et morbidité maternelle. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2011, vol 40, n°8, p 709-716.
 7. RAY CL, ANSELEM O. Comment définir la date présumée de l'accouchement et le dépassement de terme? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2011, vol 40, n°8, p 703-708.
 8. HUNTER LA. Issues in pregnancy dating : revisiting the evidence. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 2009, vol 54, n°3, p 184-190.
 9. ABALOS E, OLADAPO OT, CHAMILLARD M, DIAZ V, PASQUALE J, BONET M, et al. Duration of spontaneous labour in « low-risk » women with « normal » perinatal outcomes : A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2018, vol 223, p 123-132.
 10. CABROL D, PONS J-C, GOFFINET F. *Traité d'obstétrique*. Paris : Masson, 2003.
 11. LIAO JB, BUHIMSCHI CS, NORWITZ ER. Normal labor : mechanism and duration. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 2005, vol 32, n°2, p 145-164, vii.
 12. Édition professionnelle du Manuel MSD. [référence du 19 novembre 2019], <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/travail-et-accouchement-normaux/prise-en-charge-du-travail-normal>
 13. JUNTUNEN K, KIRKINEN P. Partogram of a grand multipara : different descent slope compared with an ordinary parturient. *J Perinat Med*, 1994, vol 22, n°3, p213-218.
 14. NESHEIM B-I. Duration of labor : an analysis of influencing factors. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1988, vol 67, n°2, p 121-124.
 15. SHI Q, TAN X-Q, LIU X-R, TIAN X-B, QI H-B. Labour patterns in Chinese women in Chongqing. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*, 2016, vol 123, n°S3, p 57-63.
 16. ALBERS LL, SCHIFF M, GORWODA JG. The length of active labor in normal pregnancies. *Obstetrics & Gynecology*, 1996, vol 87, n°3, 355-359.

17. CHEN HF, CHU KK. Double-Lined Nomogram of Cervical Dilatation in Chinese Primigravidas. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1986, vol 65, n°6, p 573-575.
18. ZHANG J, TROENDLE JF, YANCEY MK. Reassessing the labor curve in nulliparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2002, vol 187, n°4, p 824-828.
19. ~~that comparing a policy of early with selective amniotomy in uncomplicated laboured term. BJOG Int J Obstet Gynaecol, 1997, vol 104, n° 3, p 340-346.~~
20. GUILLAUME S, HEDON B, DUCLOY-BOUTHORS A-S, LEJEUNE V. *Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales*. Haute Autorité de santé, 2017, p 47.
21. Collège national des gynécologues et obstétriciens français, PHILIPPE H-J. *Protocoles en gynécologie obstétrique*. Paris : Elsevier Masson, 2018, 327 p.
22. DIXON L, JEAN FOUREUR M, SKINNER J. The emotional and hormonal pathways of labour and birth : integrating mind, body and behaviour. *New Zealand College of Midwives*, 2013, n° 48, p 23.
23. ODENT M. *Le bébé est un mammifère*. Paris : l'Instant présent, 2018, 111 p.
24. BUCKLEY SJ. Hormonal physiology of childbearing : evidence and implications for women, babies, and maternity care. *Chilbirth Connect*, 2015, 248 p.
25. WALLSTROM T, HELLGREN C, AKERUD H, WIBERG-ITZEL E. Skin conductance activity in post-term pregnancies. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet*, 2015, vol 28, n° 16, p 1912-1916.
26. Maternité Port-Royal. [référence du 15 septembre 2020], <https://www.materniteportroyal.fr/infos-medicales/grossesse-et-accouchement/44-declenchement-pre-travail.html>
27. CH Annecy-Genoivois. [référence du 27 juin 2020], <http://www.rp2s.fr/wp-content/uploads/conseils-pour-le-pr%C3%A9-travail.pdf>
28. SCHAAL J-P. *Mécanique et techniques obstétricales*. Paris : Sauramps médical, 2007, 922 p.
29. CECCALDI P-F, LAMAU M-C, POUJADE O, MOUGEL L, DUCARME G, DAVITIAN C, et al. Physiologie du déclenchement spontané du travail. *EMC - Obstétrique*, 2013, vol 8, n° 1, p 1-12.
30. PETITPREZ K. *Accouchement normal accompagnement de la physiologie*. Haute Autorité de Santé, 2017.
31. DEBIEVE F. *Le stress parmi les médiateurs de la mise en travail ?* Toulouse : ERES, 2011, 328 p.
32. GWINNER C, RIQUET S, ODENT M, FRANÇOIS-BELLAN A-M. Influence de la lumière sur le processus de parturition humaine. *Revue Sage-Femme*, 2017, vol 16, n°5, p 303-323.
33. VIERO C, SHIBUYA I, KITAMURA N, VERKHRATSKY A, FUJIHARA H, KATOH A, et al. *CNS Neuroscience & Therapeutics*. 2010, vol 16, n° 5, p 138-156.

34. BELL AF, ERICKSON EN, CARTER CS. Beyond labor : the role of natural and synthetic oxytocin in the transition to motherhood. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 2014, vol 59, n° 1, p 35-42.
35. BOSCH O, NEHMANN JD. Both oxytocin and vasopressin are mediators of maternal care and aggression in rodents: from central release to sites of action. *Hormones and Behavior*, 2012, vol 61, n° 3, p 293-303.
36. HAMMOND A, FOUREUR M, HOMER CSE, DAVIS D. Space, place and the midwife : exploring the relationship between the birth environment, neurobiology and midwifery practice. *Women and Birth : Journal of the Australian College of Midwives*, 2013, vol 26, n° 4, p 277-281.
37. BLANKS AM, THORNTON S. The role of oxytocin in parturition. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*, 2003, vol 110, n° 20, p 46-51.
38. BLANKS AM, SHMYGOL A, THORNTON S. Regulation of oxytocin receptors and oxytocin receptor signaling. *Seminars in Reproductive Medicine*, 2007, vol 25, n° 1, p 52-59.
39. HALLER J, CALINICHEA C and KOCIDAJA M. Oxytocin and maternal neurobiology. *Neuroscience Letters*, 2010, vol 477, n° 1, p 15-18.
40. GEANGA M, SPATARU A, ZAGREAN A M. Oxytocin is neuroprotective against oxygen-glucose deprivation and reoxygenation in immature hippocampal cultures. *Neuroscience Letters*, 2010, vol 477, n° 1, p 15-18.
41. SMITH R, PAUL J, MAITIK, TOLOSA J, MADSEN G. Recent advances in understanding the endocrinology of human birth. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 2012, vol 23, n° 10, p 516-523.
42. CHARMANDARI E, TSIGOS C, CHROUSOS G. Endocrinology of the stress response. *Annual Review of Physiology*, 2005, vol 67, p 259-284.
43. ROSEN T, SCHULKIN J, POWER M, TADESSÉ S, NORWITZ ER, WEN Z, et al. Comparative Immunohistochemistry of Placental Corticotropin-Releasing Hormone and the Transcription Factor RelB-NFκB2 Between Humans and Nonhuman Primates. *Comparative Medicine*, 2015, vol 65, n° 2, p 140-143.
44. NORWITZ ER, BONNEY EA, SNEGOVSKIKH VV, WILLIAMS MA, PHILLIPPE M, PARK JS, et al. Molecular regulation of parturition: the role of the decidual clock. *Cold spring harbor perspectives in medicine*, 2015, vol 5, n° 11, 21 p.
45. SIVARAJASINGAM SP, IMAMI N, JOHNSON MR. Myometrial cytokines and their role in the onset of labour. *The Journal of Endocrinology*, 2016, vol 231, n° 3, p 101-119.
46. LAPPAS M. Effect of spontaneous term labour on the expression of the NR4A receptors nuclear receptor related 1 protein (Nurr1), neuron-derived clone 77 (Nur77) and neuron-derived orphan receptor 1 (NOR1) in human fetal membranes and myometrium. *Reproduction, Fertility, and Development*, 2016, vol 28, n° 7, p 893-906.
47. MENON R, BONNEY EA, GONDON J, MESIANO S, TAYLOR BA. Novel concepts in pregnancy clocks and alarms: redundancy and synergy in human parturition. *Human Reproduction Update*, 2016, vol 22, n° 5, p 535-360.
48. DIXON CL, RICHARDSON L, SHELLER-MILLER S, SAADE G, MENON R. A distinct mechanism of senescence activation in amnion epithelial cells by infection, inflammation and

- oxidative stress. *American journal of reproductive immunology*, 2018, vol 79, n°3, 15 p.
49. SHYNLOVA O, TSUI P, JAFFER S, LYE SJ. Integration of endocrine and mechanical signals in the regulation of myometrial functions during pregnancy and labour. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 2009, vol 144, Suppl 1, p S2-10.
 50. BRUEHL S, BURNS JW, CHUNG OY, CHONT M. What do plasma beta-endorphin levels reveal about endogenous opioid analgesic function? *European journal of pain (London, England)*, 2012, vol 16, n°3, p 370-380.
 51. SAURIAL DS, JAGGAS S, SINGH N. Extending pharmacological spectrum of opioids beyond analgesia: multifunctional aspects in different pathophysiological states. *Neuropeptides*, 2011, vol 45, n°3, p 175-188.
 52. HOEY RE, HURLEY SW, DANIELS D, KRISTAL MB. Effect of amniotic fluid injection on vaginal-cervical stimulation induced Fos expression in female rats during estrus. *Brain Research*, 2011, vol 1376, p 51-59.
 53. RAFFIN-SANSON ML, FERRÉ F, COSTE J, OLIVER C, CABROL D, BERTAGNA X. Pro-opiomelanocortin in human pregnancy: evolution of maternal plasma levels, concentrations in cord blood, amniotic fluid and at the feto-maternal interface. *European Journal of Endocrinology*, 2000, vol 142, n°1, p 53-59.
 54. STRAUB SG, SHARP GWG. Evolving insights regarding mechanisms for the inhibition of insulin release by norepinephrine and heterotrimeric G proteins. *American Journal of Physiology - Cell Physiology*, 2012, vol 302, n°12, p C1687.
 55. TSIGOS C, CHROUSOS G. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *Journal of psychosomatic research*, 2002, vol 53, n°71, p 53-865.
 56. MOORE ER, BERGMAN N, ANDERSON GC, MEDLEY N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016, vol 2016, n°11, 125 p.
 57. DELL'OSSO B, PALAZZO M, OLDANI L, ALTAMURA A. The noradrenergic action in antidepressant treatments: pharmacological and clinical aspects. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 2011, vol 17, n°6, p 723-732.
 58. ALEHAGEN S, WIJMA K, WIJMA B. Fear during labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2001, vol 80, n°4, p 315-320.
 59. SANDMAN C, DAVIS E, BUSS C, GLYNN L. Exposure to prenatal psychobiological stress exerts programming influences on the mother and fetus. *Neuroendocrinology*, 2012, vol 95, n°95, p 7-21.
 60. HILLMAN N, KALLAPUR SG, JOBE A. Physiology of transition from intrauterine to extrauterine life. *Clinics in perinatology*, 2012, vol 39, n°4, p 769-783.
 61. Université numérique francophone des sciences de la santé et du sport. [référence du 19 janvier 2021], <http://campus.cerimes.fr/maietique/UE-obstetrique/uterusgravide/site/html/2.html>
 62. *Données épidémiologiques générales liées à la grossesse*. Haute Autorité de Santé, 2012, p 10.

63. BECHER N, ADAMS WALDORF K, HEIN M, ULDBJERG N. The cervical mucus plug : structured review of the literature. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 2009, vol 88, n° 5, p 502-513.
64. HANSEN LK, BECHER N, BASTHOLM S, GLAVIND J, RAMSING M, KIM CJ, et al. The cervical mucus plug inhibits, but does not block, the passage of ascending bacteria from the vagina during pregnancy. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 2014, vol 93, n° 1, p 102-108.
65. RAGUSA A, MANSUR M, ZANINI A, MUSICCO M, MACCARIO L, BORSELLINO G. Diagnosis of labor : a prospective study. *Medscape General Medicine*, 2005, vol 7, n° 3, p 61.
66. WILSON CL, RHOLES WS, SIMPSON JA, TRAN S. Labor, delivery, and early parenthood : an attachment theory perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2007, vol 33, n° 4, p 505-518.
67. WALDÉNSTRÖM U, HILDINGSSON J, BYDING E. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*, 2006, vol 113, n° 6, p 638-646.
68. ALEHAGEN S, WIJMA B, WIJMA K. Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 2006, vol 85, n° 1, p 56-62.
69. BYDŁOWSKI M, GOLSE B. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Carnet PSY*, 2001, vol 63, n° 3, p 30-33.
70. LAVILLONNIERE J. Douceurs du naître chez soi. *Spirale*, 2010, vol 54, n° 2, p 77-86.
71. FREYDIER A. Un accouchement naturel en birth centre. *Vocation Sage-femme*, 2016, vol 15, n° 123, p 15-19.
72. Sénat. [référence du 18 janvier 2021], <https://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl19-323.html>
73. DURNERIN A-C. *Naître à la maison : modèle ou hérésie ? L'accouchement programmé à domicile en France : un conflit entre la confiance en la nature humaine et la sécurité des normes médicales*. Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, Université de Marseille Méditerranée, 2018, 152 p.
74. GAGNON R. *La grossesse et l'accouchement à l'ère de la biotechnologie : l'expérience de femmes au Québec*. Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.) en sciences humaines appliquées, non publiée, Université de Montréal, faculté des arts, 2017, 357 p.
75. MILLER AC, SHRIVER TE. Women's childbirth preferences and practices in the United States. *Social Science & Medicine*, 2012, vol 75, n° 4, p 709-716.
76. TRELAÛN M. *J'accouche bientôt : que faire de la douleur ?* Gap : Le souffle d'or, 2017, 230 p.
77. BURTON-JEANGROS C. Surveillance of risks in everyday life : the agency of pregnant women and its limitations. *Social Theory & Health*, 2011, vol 9, n° 4, p 419-436.
78. WARD PH. *The impact of the use of active imagery on labor and delivery*. Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.), University of Alaska, 1995, 291 p.

79. Haute Autorité de Santé. [référence du 18 janvier 2021], https://www.has-sante.fr/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite
80. CARLSSON I-M. Being in a safe and thus secure place, the core of early labour: A secondary analysis in a Swedish context. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 2016, vol 11, p 30230-30238.
81. LEMAY C. *L'accouchement à la maison au Québec: les voix du dedans*. Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maître ès science (M.Sc.) en anthropologie, Université de Montréal, faculté des arts et des sciences, 1998, 103 p.
82. PRATES LA, TIMM MS, WILHELM LA, CREMONESE L, OLIVEIRA G, SCHIMITH MD, et al. Being born at home is natural: care rituals for home birth. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 2018, vol 71, suppl 3, p 1247-1256.
83. BARNETT C, HUNDLEY V, CHEYNE H, KANE F. 'Not in labour' : impact of sending women home in the latent phase. *British Journal of Midwifery*, 2008, vol 16, n° 3, p 144-153.
84. PHILIPPE C, BARTH S, JOURNAZ V, OUBREAU D, HYPÉROLOGE F, REBOINDA N. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 2016, suppl, n° 2, p 285-294.
85. HOSSEINI SE, BAGHERI M, HONARPARVARAN N. Investigating the effect of music on labor pain and progress in the active stage of first labor. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 2013, vol 17, p 9.
86. HIDAYETOGLU ML, YILDIRIM K, AKALIN A. The effects of color and light on indoor wayfinding and the evaluation of the perceived environment. *Journal of Environmental Psychology*, 2012, vol 32, n° 1, p 50-58.
87. NANDA L, CHANAUD C, NELSON A, ZHUX J, BA JEM R, JANSEN BH. Impact of visual art on patient behavior in the emergency department waiting room. *The Journal of Emergency Medicine*, 2012, vol 43, n° 1, p 172-181.
88. DUNCAN J. The effect of colour and design in labour and delivery : a scientific approach. *Optics & Laser Technology*, 2011, vol 43, n° 2, p 420-424.
89. PETITPREZ K. *Accouchement normal: accompagnement de la physiologie et interventions médicales: méthode et recommandations pour la pratique clinique*. Haute Autorité de Santé, 2017.
90. BECK CT. Women's temporal experiences during the delivery process : A phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies*, 1994, vol 31, n° 3, p 245-252.
91. LWANGA H, ATUYAMBE L, SEMPEWO H, LUMALA A, BYARUHANGA RNB. An exploratory study of men's companionship, perceptions and experiences during pregnancy and delivery in Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2017, vol 17, n° 1, p 196.
92. CAMPERO L, GARCÍA C, DÍAZ C, ORTIZ O, REYNOSO S, LANGER A. 'Alone, i wouldnit have known what to do' : a qualitative study on social support during labor and delivery in mexico. *Social Science & Medicine*, 1998, vol 47, n° 3, p 395-403.
93. BOHREN MA, BERGER BO, MUNTHE-KAAS H, TUNÇALP Ö. Perceptions and experiences of labour companionship : a qualitative evidence synthesis. *The Cochrane Database Systematic Review*, 2019, vol 3, p 103.

94. MCINTOSH T. The concept of early labour in the experience of maternity in twentieth century Britain. *Midwifery*, 2013, vol 29, n° 1, p 3-9.
95. SMITH CA, TONG EMW, ELLSWORTH PC. The differentiation of positive emotional experience as viewed through the lens of appraisal theory. In : SMITH CA, TONG EMW, ELLSWORTH PC (Guilford), *The handbook of positive emotions*. New York : Guilford, 2001, p. 11-27.
96. TCHERKASSOF A, FRIJDA NH. Les émotions: une conception relationnelle. *L'année psychologique*, 2014, vol. 114, n° 3, p 501-535.
97. DANTZER R. *Les émotions*. Paris : Presses Universitaires de France, 2002, 128 p.
98. CLAUDON P, WEBER M. L'émotion. *Devenir*. 2009, vol 21, n° 1, p 61-99.
99. CLAUSER ED. Chapitre 7. Le sentiment subjectif, l'intégration et la représentation centrale consciente des composantes émotionnelles. In : CLAUSER ED (éd) *Traité de psychologie des émotions*. Malakoff: Dunod. 2014. p. 234-268.
100. Encyclopædia Universalis. [référence du 13 juillet 2021]. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/dictionnaire/sensation/>
101. Les Définitions. [référence du 12 juillet 2021]. Disponible sur: <https://lesdefinitions.fr/peur>
102. GOYON S, CHARLET A. Ocytocine, douleur et émotions. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 2018, vol 19, n° 6, p 258-264.
103. SMORTIM M, PONTI H, TANI F. The effect of maternal depression and anxiety on labour and the well-being of the newborn. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. *Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 2019, vol 39, n° 4, p 492-497.
104. DOLTO TOUTCH I F. Dialogue d'artothèmes, questions et réponses sur la sécurité affective et le développement. In : *Dialogue d'artothèmes, questions et réponses*. Toulouse : ERES, 2001, p 51-78.
105. GOODMAN P, MACKAY MC, TAVAKOLI AS. Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 2004, vol 46, n° 2, p 212-219.
106. JANSSEN PA, DESMARAIS SL. Development and psychometric properties of the Early labour Experience Questionnaire (ELEQ). *Midwifery*, 2013, vol 29, n° 3, p 181-189.
107. Maternal satisfaction, development and psychological well-being. *Midwifery*, 2013, vol 29, p 348-357.
108. VAN TEJILINGEN ER, HUNDLEY V, RENNIE A W, GRAHAM W, FITZMAURICE A. Maternity satisfaction studies and their limitations: What is, must still be best. *Birth*. *Birth*, *Calif*, 2003, vol 30, n° 2, p 75-82.
109. VANDEVUSSE LT. The essential forces of labor revisited: 13 forces reported in women's stories. *MEN. The American journal of maternal child nursing*, 1999, vol 24, n° 4, p 176-184.
110. Haute Autorité de Santé. [référence du 25 janvier 2021], https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees

111. NILSSON C. The delivery room : is it a safe place ? A hermeneutic analysis of women's negative birth experiences. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2014, vol 5, n°4, p 199-204.
112. MARCO M. *Caractéristiques des venues non programmées aux urgences gynécologiques et obstétricales du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble : étude rétrospective sur les semaines 13 et 38 de l'année 2011*. Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, Université Joseph Fourier, 2011, 46 p.
113. LAVILLONNIERE J. L'accouchement à la maison : sécuriser l'environnement. In : LAVILLONNIERE J (ERES), *Naître à la maison*. Toulouse : ERES, 2016, p 221-226.
114. MANSEUR Z. Entre projet de départ et soumission : la souffrance de la femme battue. *Pensée Plurielle*, 2004, vol 8, n°2, p 103-118.
115. DEBATS F, DEBATS M, GEURTS M, PRESTAT C. Jour après jour avec des femmes victimes de violences conjugales. *Empan*, 2009, vol 73, n°1, p 57-69.

Annexes

Annexe I : Grille d'entretiens

Idée/image pendant la grossesse :

Image	Lieu Moment (jour, heure) Entourage Modalité Besoins imaginés (couleur, odeur, son, musique) Emotions, sensations, pensées, désirs imaginés
Construction/élaboration	Récits famille, amis Livres, PNP (consignes médicales), films, séries, documentaires, internet Evolution
Moment	AG où début projection Evénement déclencheur de projection

Mise en travail spontané :

Faits	Lieu Moment (mois, jour, heure) Entourage (influence des décisions, soutien) Modalité, durée Actions
Émotions	Besoins Sentiments Emotions Sensations Pensées (souvenir, concret, projection) Utilité préparation/projection

Satisfaction attente versus réalité :

- Déroulement
- Entourage
- Environnement
- Souvenir le plus marquant

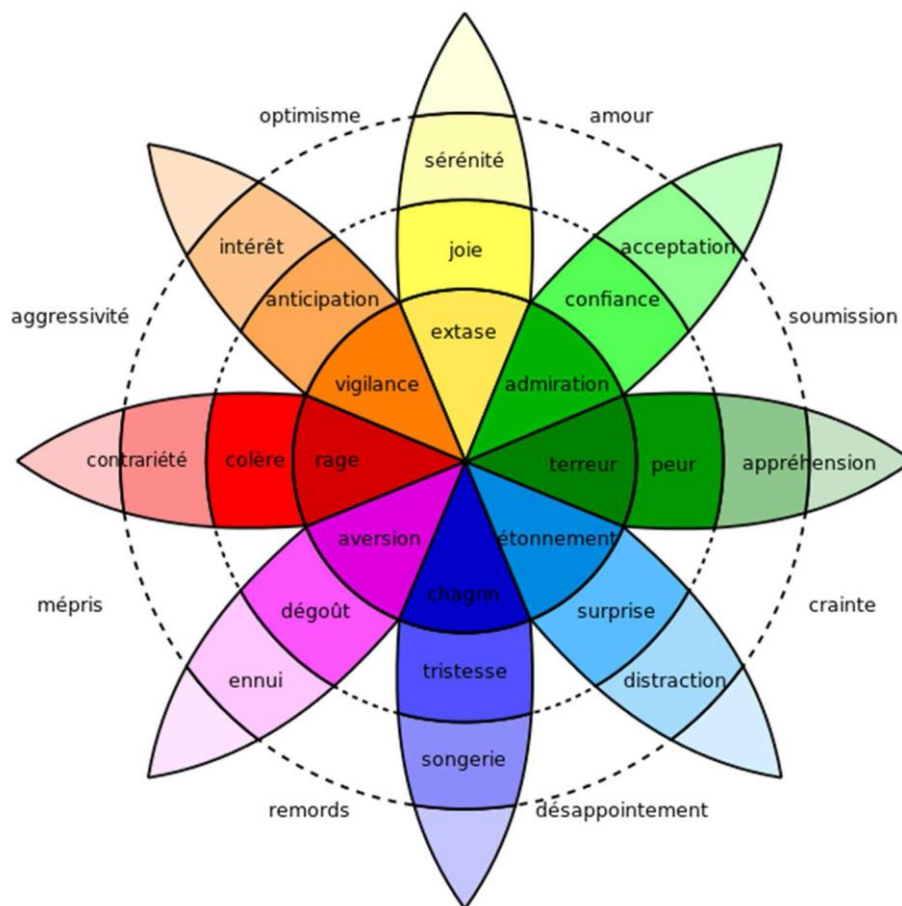


Figure 14 : Rosace des émotions (source : <https://uxmind.eu/2015/04/09/evaluer-les-emotions/>)

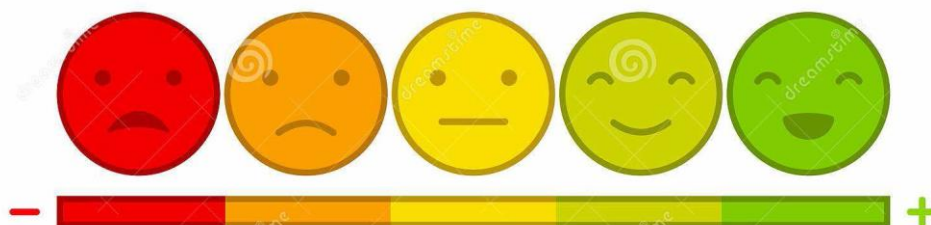
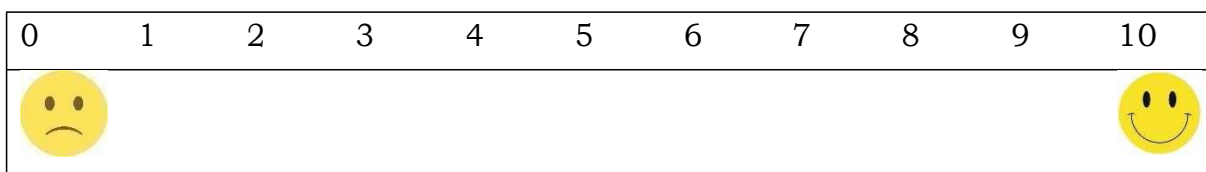
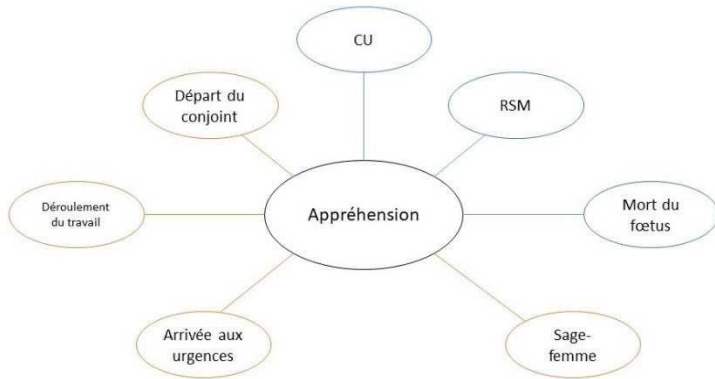
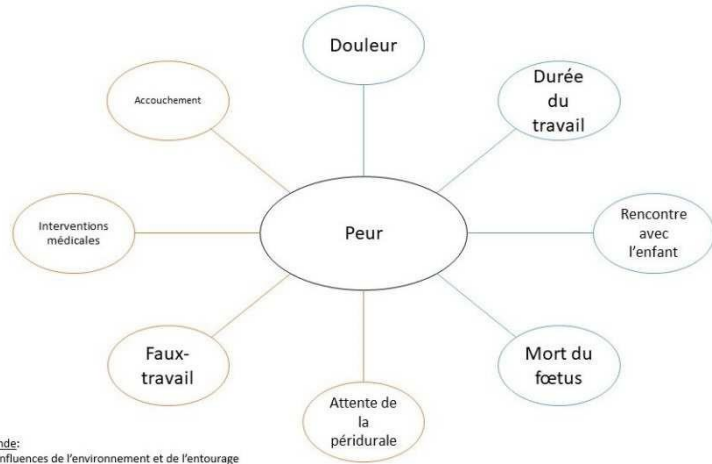


Figure 15 : Échelles de satisfaction

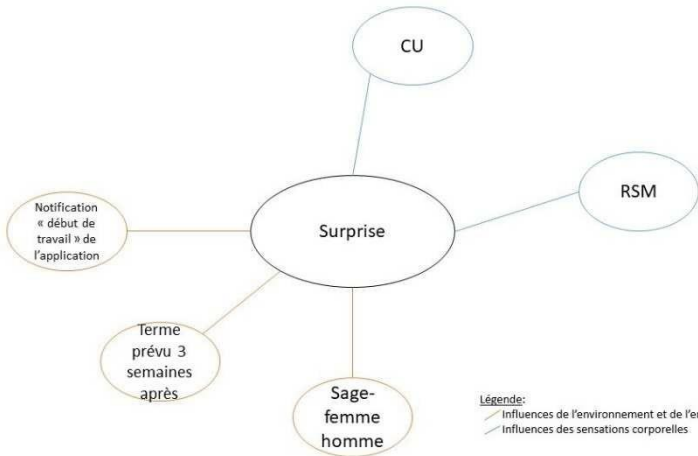
Annexe II : Influences mixtes sur certaines émotions



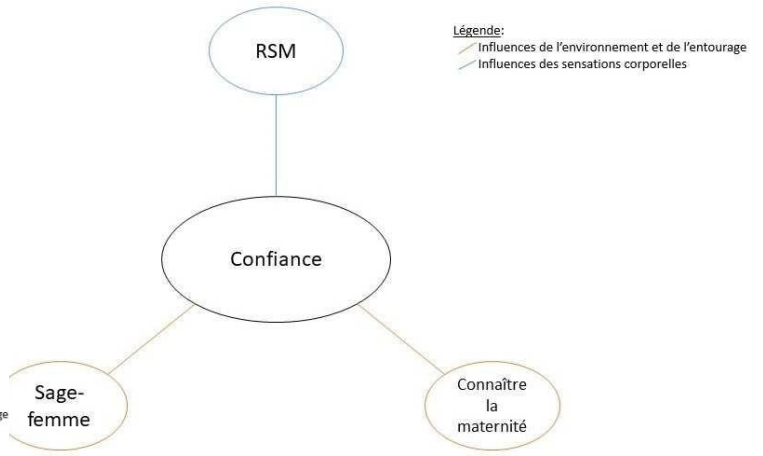
Légende:
 / Influences de l'environnement et de l'entourage
 / Influences des sensations corporelles



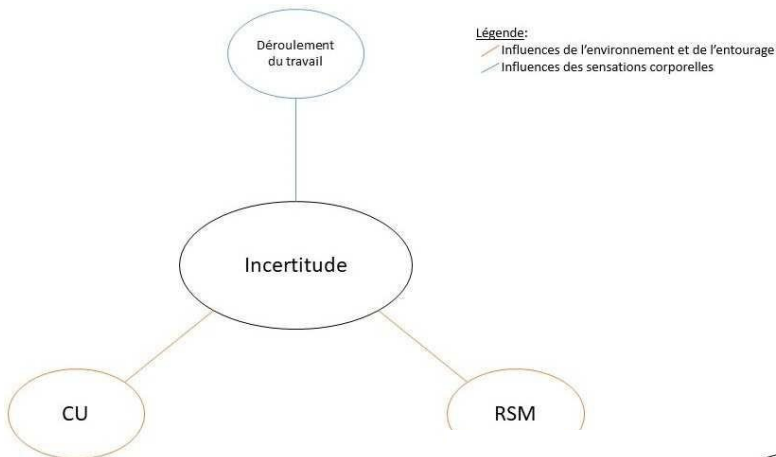
Légende:
 / Influences de l'environnement et de l'entourage
 / Influences des sensations corporelles



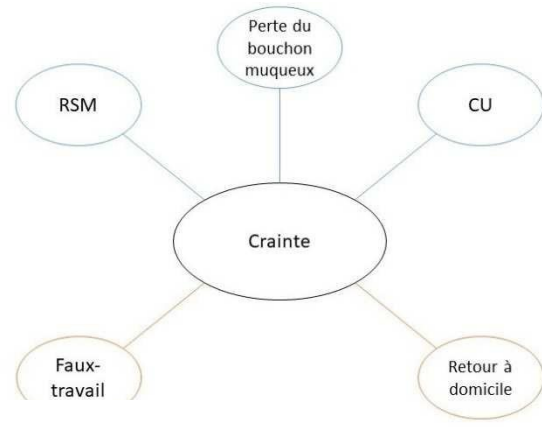
Légende:
 / Influences de l'environnement et de l'entourage
 / Influences des sensations corporelles



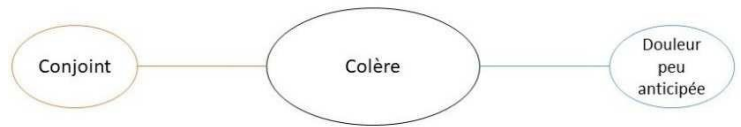
Légende:
 / Influences de l'environnement et de l'entourage
 / Influences des sensations corporelles



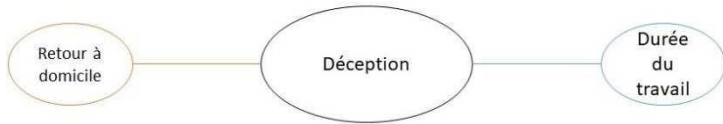
Légende:
 / Influences de l'environnement et de l'entourage
 / Influences des sensations corporelles



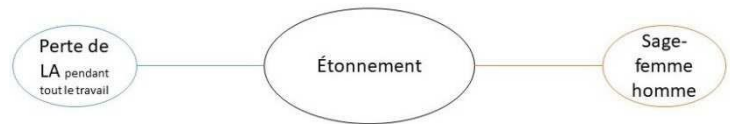
Légende:
 / Influences de l'environnement et de l'entourage
 / Influences des sensations corporelles



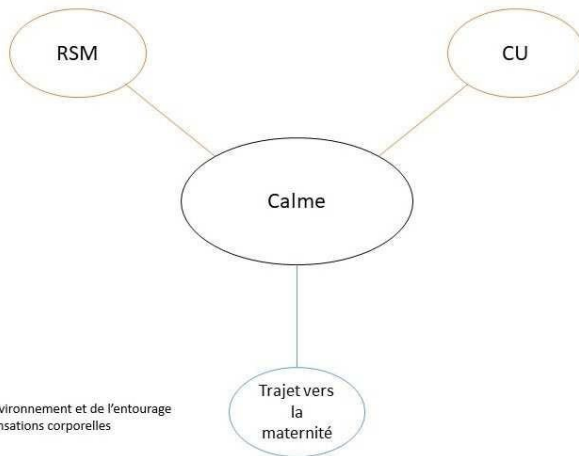
Légende:
 / Influences de l'environnement et de l'entourage
 / Influences des sensations corporelles



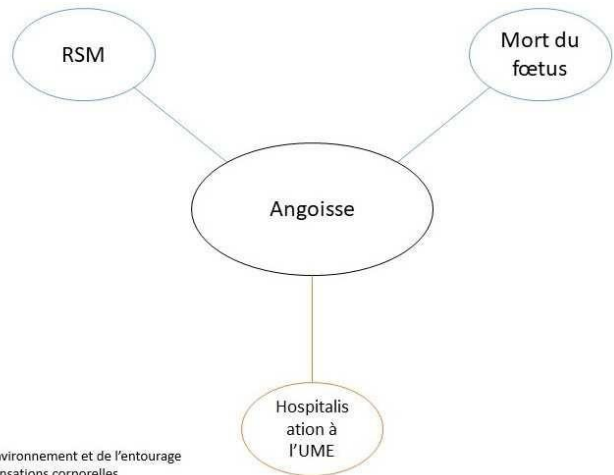
Légende:
 / Influences de l'environnement et de l'entourage
 / Influences des sensations corporelles



Légende:
 / Influences de l'environnement et de l'entourage
 / Influences des sensations corporelles



Légende:
 / Influences de l'environnement et de l'entourage
 / Influences des sensations corporelles



Légende:
 / Influences de l'environnement et de l'entourage
 / Influences des sensations corporelles

La satisfaction des primipares de leur mise en travail spontané

D'après les données scientifiques actuelles, la mise en travail spontané est un événement physiologique qui conclut une grossesse. De nombreux phénomènes hormonaux materno-fœtaux associés à des composantes physiques s'imbriquent pour déclencher les contractions utérines ou la rupture spontanée des membranes. En cours de grossesse, les primipares recherchent des informations sur le déroulement du travail. Les données qu'elles recueillent leur permettent de se projeter de façon plus concrète et d'imaginer ce que sera leur propre mise en travail. Nous avons interrogé quinze femmes sur le souvenir et donc la satisfaction qu'elles gardent de leur mise en travail spontané ; et sur l'influence de l'entourage et de l'environnement sur leur satisfaction. L'étude menée est qualitative, prospective, unicentrique. Les données recueillies montrent que les différences entre les projections construites pendant la grossesse et le déroulement de la mise en travail spontané n'influencent pas la satisfaction des primipares. Elles semblent ressentir de l'appréhension et de la peur au moment de leur mise en travail spontané. La majorité d'entre elles se déclare pourtant satisfaite de leur mise en travail spontané.

Mots-clés : maïeutique, mise en travail spontané, émotions, satisfaction.

Primiparous satisfaction of their spontaneous onset of labor

According to current scientific data, the spontaneous onset of labor is a pregnancy physiological event. Uterine contractions or spontaneous rupture of membranes are due to a lot of hormonal phenomena from mother and foetus associated with some physical components. During pregnancy, primiparous use to look for informations about labor. They imagine how their one would be in practice. We asked fifteen women about their satisfaction at the beginning of their labor and how it is influenced by the place they are and the people they are with. Our study is a unicentric prospective qualitative study by interviews. The differences between pictures built during pregnancy and labor unfolding do not influence their satisfaction. They seem to feel fear and apprehension at the spontaneous onset of labor. The majority of them declare they are satisfied with their onset of labor.

Keywords : midwifery, spontaneous onset of labor, feelings, satisfaction.