



HAL
open science

La représentation de l'accouchement chez les primipares

Éléonore Couderc

► **To cite this version:**

Éléonore Couderc. La représentation de l'accouchement chez les primipares. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03414491

HAL Id: dumas-03414491

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03414491>

Submitted on 4 Nov 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.



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES
DE CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ DE CLERMONT-AUVERGNE

**La représentation de l'accouchement chez les
primipares**

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

COUDERC Éléonore

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2021



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES
DE CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT-AUVERGNE

**La représentation de l'accouchement chez les
primipares**

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

COUDERC Éléonore

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2021

Remerciements

A ma directrice de mémoire, Aurélie MEJEAN-LAPAIRE pour ses précieux conseils, sa patience et sa disponibilité,

A toutes les sages-femmes qui m'ont formée, qui m'ont conseillée, qui ont participé à la sage-femme que je deviens, et tout particulièrement à Claire Beaugeon, Gabrielle Lonjon, Murielle Roche et Vincent Colange grâce à qui j'en suis ici aujourd'hui,

Aux femmes ayant participées à cette étude, pour leurs témoignages vrais et enrichissants,

A ma famille, pour leur soutien inconditionnel au cours de toutes ces années d'études, dans les bons comme dans les mauvais moments,

A ma mère, sans qui ce mémoire n'aurait pas pu voir le jour

A tous mes amours, ils se reconnaîtront

A mes étoiles, tout là-haut, mais pas si loin

A mes copines, Alisée, Clémence, Laura, Léa, Lucie, Maëlle, Margaux, Mathilde et Rozenn

Abréviations

ACTH : adénocorticotrophine hypophysaire

ALR : analgésie locorégionale

CNGOF : collège national des gynécologues et obstétriciens français

CNSF : Collège National des Sages-Femmes de France

CU : contraction utérine

RCF : rythme cardiaque foetal

DASRIA : déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés

EPP : entretien prénatal précoce

FC : fréquence cardiaque

FIGO : International Federation of Gynecology and Obstetrics

FR : fréquence respiratoire

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

MEOPA : mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote

PNP : préparation à la naissance et à la parentalité

RCF : rythme cardiaque foetal

RL : ringer lactate

SA : semaines d'aménorrhée

SPO2 : taux de saturation en oxygène dans le sang

VVP : voie veineuse périphérique

TA : tension artérielle

TV : toucher vaginal

SOMMAIRE

INTRODUCTION

REVUE DE LA LITTÉRATURE

I. La représentation sociale de l'accouchement.....	3
II. La peur de l'accouchement	4
III. Se préparer à l'accouchement	4
1. La préparation à la naissance et à la parentalité aujourd'hui	4
2. Les objectifs de la préparation à la naissance et à la parentalité.....	6
IV. La prise en charge d'un accouchement normal.....	7
1. L'environnement de la naissance aujourd'hui en France.....	7
2. Les alternatives à l'accouchement en maternité en France.....	10
3. L'entrée en travail	11
4. Le déroulement d'un accouchement normal.....	12
5. La douleur et sa prise en charge.....	16

POPULATION ET MÉTHODE

I. Population	19
II. Méthode.....	19

RÉSULTATS

I. Description générale de l'étude.....	23
II. Présentation des femmes interrogées	23
III. Ce qu'elles imaginaient et ce qu'elles ont vécu	24

DISCUSSION

I. Bilan de ce travail de recherche	37
II. Précisions quant à l'analyse des résultats.....	39
III. Projet d'action	42

CONCLUSION.....	46
-----------------	----

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

Introduction

L'accouchement chez les nullipares est un événement mystérieux qui suscite beaucoup d'interrogations. De tout temps, les femmes enceintes de leur premier enfant se projettent dans leur future maternité et imaginent le déroulement de leur travail, de leur accouchement et de la rencontre avec l'enfant qu'elles portent. Mais comment se représenter un événement que l'on n'a jamais vécu ? Comment se rapprocher de la réalité quand il s'agit d'une étape si intense et imprévisible ?

La représentation est souvent basée sur des témoignages de proches ou sur des vécus personnels, mais en France il existe un dispositif permettant de se rapprocher de la réalité et de se préparer à l'accouchement : la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) (1).

Cette étude a pour but d'étudier les représentations de l'accouchement chez les primipares en les comparant au vécu de ce dernier. Elle évaluera également comment les séances de PNP peuvent diminuer l'écart entre leurs représentations et la réalité et quels sont ses apports, en terme de préparation à l'accouchement pour la femme et le couple.

De plus, nous savons déjà que certains éléments favorisent le bon vécu de l'accouchement (2-5). D'autres, au contraire, comme une mauvaise expérience de l'accouchement engendrent des répercussions à long terme pour les femmes : manque de confiance en elles, en leurs compétences, et remise en question de leur place de femmes tant à travers les aspects physiques, psychiques que familiaux. On peut s'interroger sur ces différents éléments et notre étude s'appuiera justement sur ceux présents dans la littérature et ceux recueillis lors des entretiens.

Pour ce faire, ce travail présente tout d'abord une revue de la littérature qui abordera la représentation sociale, la peur de l'accouchement, comment s'y préparer ainsi que la prise en charge d'un accouchement normal en France. Une seconde partie présentera l'étude menée et les résultats obtenus. Ces derniers seront ensuite analysés et discutés au regard de la littérature afin de mettre en avant les concordances et discordances entre les représentations initiales des futures primipares et le vécu de l'accouchement, et d'évaluer l'impact des séances de PNP sur le vécu de l'accouchement.

Revue de la littérature

I. La représentation sociale de l'accouchement

Une représentation correspond à « *une image, figure, symbole, signe, qui représente un phénomène, une idée* » (6).

Nos propres représentations sont nourries par l'environnement dans lequel nous sommes, ce qui en fait des représentations sociales et collectives. Selon Albric, « *la représentation sociale est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe, reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique* » (7) .

De façon plus pratique, la représentation fait partie intégrante du mode de fonctionnement humain, elle nous constitue. Chaque réflexion ou action que nous menons sur ce qui nous entoure en découle.

Nous allons ici parler de la représentation de l'accouchement. Un événement tellement universel et intrinsèque qu'il nous touche tous, car nous en sommes tous issus. L'inconnu peut faire peur et stimuler l'imagination. Mais sur quoi l'imagination est-elle basée ?

Lorsque l'on imagine un accouchement, certaines idées viennent en tête. Dans de nombreux films par exemple, on peut voir cette image de rupture de la poche des eaux qui indique un accouchement imminent, ou alors un moment, souvent rapide et déchirant de douleur et de cris.

Quelles sont les réelles sources de ces représentations ? À travers le temps, les discours de l'entourage, internet, la littérature et les médias par exemple, forment des représentations dans les esprits. La plupart des représentations sur l'accouchement se construisent sur l'expérience de ceux qui les content et sur l'interprétation qu'en font les auditeurs.

Et pourtant chaque accouchement est différent. Comment se fier à des données subjectives, et les transformer en images mentales qui nous sont propres ?

Les représentations sont donc universelles et dépendent d'un grand nombre de facteurs, d'où l'intérêt de mieux les appréhender.

Ces représentations peuvent mêler l'excitation, l'impatience mais aussi l'appréhension et la peur (8–12).

II. La peur de l'accouchement

La peur est un système d'alarme face à un danger. De façon ancestrale, lorsqu'une femme est en travail et qu'elle perçoit un danger, elle a peur et sécrète des hormones telles que l'adrénaline. Ces hormones de stress lui permettent de faire cesser les contractions, de fuir et de se mettre à l'abri pour accoucher en sauvant sa propre vie ainsi que celle de son bébé (9).

Il existe différents types de peurs, les peurs innées et les peurs acquises. Lorsque l'on s'approche du vide, on a automatiquement peur de tomber même si cela ne nous est jamais arrivé. Il s'agit d'une peur innée. Si on s'est déjà fait mordre par un chien, on a peur que cela recommence. C'est une peur acquise (10).

L'expérience de la grossesse et de l'accouchement suscite souvent des peurs et appréhensions chez les futurs parents (1,8,11,12). Il paraît donc indispensable de préparer les femmes et les couples à cet événement.

Il existe depuis quelques années un accompagnement pour notamment les aider à dépasser leurs peurs et pour les préparer à l'accouchement : la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (13).

III. Se préparer à l'accouchement

La préparation à la naissance a toujours été basée sur la gestion de la douleur car les accouchements se déroulaient de façon naturelle. Pour ce faire, les moyens ont évolué, de la Reine Victoria au XIX^{ème} siècle qui a bénéficié de chloroforme, en passant par l'hypnose utilisée par le Dr Charcot en 1880, jusqu'à « l'accouchement sans douleur » institutionnalisé par le Dr Lamaze dans les années 1950 (14).

Aujourd'hui avec l'apparition de l'analgésie péridurale, la préparation à la naissance ne se limite plus à l'aspect physique désagréable de l'enfantement mais bien à une préparation à la naissance et à la parentalité (15).

1. La préparation à la naissance et à la parentalité aujourd'hui

Actuellement, huit séances de préparation à la naissance de 45 minutes minimum sont prises en charge à 100% par l'Assurance Maternité (1).

La première, réalisée généralement vers le 4^{ème} mois de grossesse, correspond à l'Entretien Périnatal Précoce (EPP). Il permet le dépistage précoce des difficultés médico-psycho-sociales. Il s'agit d'un temps d'écoute et d'échanges, ce n'est pas une consultation. Il fait partie depuis le 1^{er} mai 2020, des rendez-vous de suivi de grossesse obligatoires (16,17).

Pour évaluer ce que la femme sait, ne sait pas ou imagine et dans le but d'optimiser sa prise en charge le jour de l'accouchement, il est important d'aborder les points suivants lors de l'EPP (16) :

- qui est la femme enceinte, le couple ?
- ce que la femme vit et a vécu
- ce qu'elle ressent
- ce qu'elle sait
- ce qu'elle fait
- ce qu'elle croit
- se sent-elle menacée et par quoi ?
- ce dont elle a envie
- ce qu'elle veut connaître et apprendre
- ce qu'elle souhaite, accepte et veut faire pour mener à bien sa grossesse et accueillir l'enfant dans les meilleures conditions

Cet entretien permet aussi l'identification des principaux facteurs de vulnérabilité pouvant influencer le vécu de l'accouchement :

- une caractéristique « *principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacée du fait de circonstance physique, psychologique ou sociologique* » ;
- problème de type relationnel, en particulier dans le couple : avec comme conséquence l'isolement et un sentiment d'insécurité par absence de soutien de l'entourage ;
- la violence domestique, conjugale ;
- le stress ;
- l'anxiété ;
- la précarité ;
- le risque social

L'identification de ces facteurs de vulnérabilité permet l'adaptation de la prise en charge des séances suivantes dans le but de permettre un meilleur vécu de l'accouchement pour chaque femme.

Cet entretien prénatal permet, en complément du suivi médical de la grossesse, d'apprendre à connaître la femme et le couple, afin de savoir comment les accompagner au mieux dans le développement de leur parentalité, et leur projet de naissance.

Les sept autres séances sont constituées d'un programme structuré proposé en individuel ou en groupe par un médecin ou, le plus souvent, par une sage-femme (15). Leur contenu est adapté aux stades de la grossesse et sélectionné selon les besoins individuels recueillis au cours de l'EPP.

Des techniques éducatives favorisant la participation et l'interactivité des participants sont utilisées (1,11,18).

En cas de PNP classique, les séances sont constituées d'une partie théorique, pour informer, transmettre le savoir, autonomiser et responsabiliser les futurs parents et d'une partie pratique (postures à adopter en début et en fin de travail, respiration abdominale, entraînement à la poussée...).

Différents thèmes sont abordés pour préparer les femmes à l'enfantement, comme notamment la représentation de l'accouchement et de la salle de naissance, les actes médicaux réalisés au cours du travail ou les méthodes de soulagement de la douleur (15).

2. Les objectifs de la préparation à la naissance et à la parentalité

Les objectifs généraux de la PNP en lien avec la préparation à l'accouchement sont les suivants (1) :

- « *Accompagner la femme ou le couple dans ses choix et décisions concernant [...] l'accouchement* » ;
- « *Renforcer la confiance en soi chez la femme ou la couple face à [...] l'accouchement* »

La préparation à la naissance possède de nombreuses missions qui se penchent spécifiquement sur les objectifs et compétences à développer par les femmes durant l'accouchement (Annexe I).

Les femmes sont ainsi amenées à développer des compétences d'expression, par rapport à leurs attentes et leurs besoins. Elles sont également amenées à comprendre les modalités de prise en charge pendant l'accouchement et à prendre des décisions concernant par exemple la personne qui les accompagnera pour l'accouchement (13).

Pour ce qui est de la partie pratique, elle permet aux femmes de mieux appréhender les changements physiques de la grossesse. Lors des séances de PNP, les sages-femmes développent et soutiennent l'apprentissage des techniques de travail corporel (18).

La PNP permet donc à priori aux femmes d'imaginer l'environnement de la salle de naissance et d'avoir une idée assez claire de ce qu'il va se passer durant la surveillance du travail, de l'accouchement, et du post-partum immédiat. Le but des séances de PNP qui traitent du travail est que les femmes puissent arriver sereines, confiantes et accompagnées, le jour de leur accouchement.

Pour préparer au mieux les femmes pour le jour de leur accouchement, il est important d'évoquer les différents aspects de la prise en charge d'un accouchement normal au sein d'une salle de naissance.

IV. La prise en charge d'un accouchement normal

Il s'agit de décrire l'environnement de la naissance aujourd'hui en France, l'entrée en travail, son déroulement, l'accouchement en lui-même, ainsi que la douleur et sa prise en charge.

1. L'environnement de la naissance aujourd'hui en France

Au début des années 1970, pour des raisons de sécurité et de maîtrise des dépenses de santé, les maternités rurales et petites cliniques privées sont contraintes de fermer au profit des grands centres urbains. Ils deviennent le lieu de référence pour accoucher en France.

Le décret du 9 octobre 1998 du plan de périnatalité classe les maternités en trois types en fonction du niveau de soin donné aux nouveau-nés (19) :

- type I avec une unité d'obstétrique pour les accouchements à bas risque ;

- type II avec une unité d'obstétrique et de néonatalogie, permettant notamment la prise en charge des prématurés ;
- type III avec une unité d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale

En 2016, 97,4% des accouchements ayant lieu en France se passent à la maternité (20). L'offre de soin quant au lieu d'accouchement diminue en raison de la fermeture des petites maternités.

Pour permettre de mieux se représenter une salle de naissance dans une maternité, en voici l'équipement et les professionnels présents de manière générale en France aujourd'hui.

1.1 L'équipement d'une salle de naissance

Il est difficile de se représenter une salle d'accouchement lorsqu'on n'en a jamais visité une. Les photos et descriptions participent à ces représentations, voici donc une liste non exhaustive des éléments et des personnels hospitaliers d'une salle de naissance.

- Pour le personnel soignant
 - lavabo,
 - matériel médical (matériel de prélèvement sanguin, de perfusion, de sondage urinaire, pince à amniotomie, etc.),
 - antiseptiques,
 - médicaments (solutés, antispasmodiques, tocolytiques, anesthésiques, etc.),
 - lumière scialytique (Annexe II),
 - poubelle de tri sélectif pour les déchets, pour les déchets d'activité de soin à risque infectieux et assimilés (DASRIA) (Annexe II)
- Pour la prise en charge de la femme
 - linge pour la parturiente (serviettes, draps, blouses...),
 - lit médical (démontable sur la partie inférieure) (Annexe II),
 - pied à perfusion,
 - appareil de monitoring de la patiente (FR, FC, SPO2, TA, CU) (voir exemple en annexe II),

- appareil de monitoring fœtal (RCF),
- dispositif fournissant une arrivée d'oxygène pour la parturiente,
- ballon, coussin d'allaitement (dans certaines salles de naissances)

- Pour la prise en charge du nouveau-né

- table de réanimation néonatale (sonde d'aspiration, appareil de monitoring du nouveau-né, masque à oxygène, etc.)

- Pour l'accompagnant

- un fauteuil (Annexe II)

Dans certaines maternités, il existe des salles appelées natures ou physiologiques qui peuvent comporter une baignoire, un ballon, des tapis, des suspensions en tissus/lianes pour s'étirer, se balancer, etc. Il est parfois possible d'y accoucher, selon les maternités, auquel cas, une table d'accouchement est présente (Annexe III).

1.2 Le personnel d'une salle de naissance

Lors du suivi du travail, une femme rencontrera différents professionnels de santé en fonction des besoins.

La sage-femme assure le suivi médical du travail, ainsi que l'accouchement et le post partum immédiat (cf page 12), et prend en charge le nouveau-né en cas d'accouchement par voie basse ou par césarienne (21). La sage-femme est souvent accompagnée d'une auxiliaire de puériculture qui s'occupe respectivement des soins de la mère et/ou du nouveau-né. Ce binôme change à chaque garde.

Le médecin gynécologue obstétricien de garde (interne et/ou sénior) intervient si la situation le nécessite (besoin d'un avis, dystocie dynamique persistante, anomalie du rythme cardiaque fœtal, etc.).

Le médecin anesthésiste-réanimateur de garde est appelé notamment en cas d'analgésie locorégionale ou de passage au bloc opératoire. Il est assisté par l'infirmier anesthésiste lors de la pose et de la surveillance de l'analgésie locorégionale, ou au bloc opératoire.

Éventuellement, un stagiaire peut être présent (étudiant sage-femme, infirmier, etc.) pour observer et/ou participer aux gestes techniques et aux soins avec l'accord de la patiente.

Le personnel porte des blouses, parfois de couleurs différentes pour les distinguer. Lors de gestes techniques (toucher vaginal, rupture de la poche des eaux, accouchement, réfection périnéale, etc.) ou de la pose de l'analgésie locorégionale, un équipement supplémentaire est nécessaire (variable selon les types de gestes) : port d'un masque chirurgical (systématique actuellement en raison du contexte sanitaire), d'une charlotte, de gants stériles, d'une tenue stérile, d'un tablier...

Il est aussi possible en France, d'accoucher dans d'autres lieux qu'à la maternité.

2. Les alternatives à l'accouchement en maternité en France

Il existe aujourd'hui d'autres lieux en France où les femmes peuvent accoucher, notamment en plateau technique, en maisons de naissance ou même à domicile.

Les femmes qui ont le projet d'accoucher dans une maternité peuvent avoir construit leurs représentations de l'accouchement à partir d'informations concernant ces autres lieux.

- L'accouchement en plateau technique

Le plateau technique obstétrical correspond à la mise à disposition par une maternité, des locaux, des moyens matériels et humains nécessaires à une sage-femme libérale pour assurer le suivi du travail et l'accouchement et le post-partum immédiat de ses patientes.

L'équipement est celui d'une salle de naissance, en revanche, l'idée est souvent d'accoucher sans analgésie locorégionale, sans l'ensemble du personnel de la maternité sauf si la situation obstétricale ou néonatale nécessite leur intervention. La femme et le couple vivront cet accouchement uniquement entourés de la sage-femme qui a suivi la grossesse (22).

- L'accouchement en maisons de naissance

« Les maisons de naissance sont des structures autonomes qui, sous la responsabilité exclusive de sages-femmes, accueillent les femmes enceintes dans une approche personnalisée du suivi de grossesse jusqu'à leur accouchement, dès lors que celles-ci sont désireuses d'avoir un accouchement physiologique, moins médicalisé et qu'elles ne présentent aucun facteur de risque connu » (23).

Depuis 2015, huit maisons de naissance font partie de l'offre de soins en France (24). Les maisons de naissance permettent aux femmes d'accoucher dans un environnement qui les aide à se sentir comme à la maison et en confiance, afin de respecter le processus physiologique de la naissance, sans analgésie locorégionale par exemple.

- L'accouchement à domicile

Il s'agit d'une pratique minoritaire en France (25). La femme accouche dans son environnement quotidien, accompagnée d'une sage-femme libérale uniquement.

Pour permettre de mieux se représenter son accouchement, il est important de connaître la physiologie de ce dernier. La sage-femme va donc expliquer lors des séances de PNP comment se passe le déroulement du travail, depuis le début, en évoquant les différents stades, ainsi que leur surveillance et le post-partum immédiat.

3. L'entrée en travail

Le déterminisme du travail correspond à la mise en travail spontanée d'une femme enceinte. Il se manifeste le plus souvent par les contractions régulières et douloureuses ayant un impact sur la dilatation cervicale, accompagnées ou non par la rupture de la poche des eaux (qui pourra donc être spontanée ou artificielle par la suite). La douleur des contractions utérines est généralement l'indicateur sensoriel du début du travail. En dehors d'un déclenchement artificiel du travail, cette étape ne se produit généralement pas sur le lieu de l'accouchement.

Le rôle des hormones maternelles et fœtales est fondamental dans le déclenchement et le déroulement du travail d'accouchement.

La progestérone est une hormone stéroïdienne sécrétée par le placenta. En fin de grossesse, on assiste à une diminution de sa production ce qui permet la libération d'ocytocine et donc le début du travail d'accouchement (9).

L'ocytocine naturelle est principalement excrétée par l'hypophyse postérieure. Cette hormone favorise l'attachement entre la mère et le nouveau-né, et contribue au sentiment de confiance. Toute situation agréable nous permet d'en sécréter. Pendant le travail, sa sécrétion augmente. Cette hormone joue un rôle sur l'efficacité des contractions utérines et sur la qualité de la détente maternelle. Il s'agit du moteur de l'accouchement. Sa sécrétion est très importante tout de suite après l'accouchement et permet d'éviter les hémorragies du post partum. En revanche, elle est inhibée par le stress (notamment par l'adrénaline).

Les prostaglandines sont notamment sécrétées par l'utérus. Elles jouent un rôle clé dans la mise en route du travail d'accouchement de par leurs propriétés ocytociques. La sécrétion d'ocytocine permet aux prostaglandines de jouer un rôle de potentialisation.

Les endorphines sont libérées par l'hypothalamus et l'hypophyse. Elles permettent l'optimisation de la détente entre les contractions utérines ainsi que la diminution de la douleur entraînée par ces dernières. Leur sécrétion est accompagnée par celle d'ocytocine.

L'adrénaline est majoritairement sécrétée par le système nerveux central qui va être libérée en cas de stress. Elle va avoir deux actions bien distinctes lors du travail et de l'accouchement. D'une part, elle peut stimuler les contractions utérines et les réflexes de Ferguson permettant l'expulsion du fœtus en fin de travail et d'autre part elle peut ralentir ou arrêter le travail en inhibant la sécrétion d'ocytocine (9).

Il s'agit d'un cocktail hormonal inédit qui imprègne la parturiente et qui induit un ressenti physique et émotionnel particulier, propre à ce temps du travail et d'accouchement.

4. Le déroulement d'un accouchement normal

Il est important que les femmes aient conscience que le travail d'accouchement comprend différents stades.

4.1 Premier stade du travail

Le premier stade du travail correspond aux premières contractions douloureuses et se termine lorsque le col utérin est entièrement dilaté. Il comprend une phase de latence, jusqu'à 5-6 cm de dilatation, plus ou moins accompagnée de contractions régulières. Il est suivi d'une phase active de dilatation du col utérin, jusqu'à la dilatation complète de ce dernier. Différents éléments sont surveillés durant le premier stade du travail chez la patiente comme sa fréquence cardiaque, sa tension artérielle et sa température, ainsi que la fréquence de ses mictions spontanées toutes les quatre heures. Est surveillée également l'avancée du travail, c'est à dire la fréquence des contractions utérines toutes les 30 minutes et durant dix minutes au cours de la phase active ainsi que la modification du col utérin avec des touchers vaginaux proposés toutes les deux à quatre heures ou sur demande de la patiente. Le rythme cardiaque du fœtus est enregistré en continu (à l'aide de capteurs sur l'abdomen de la parturiente) ou écouté toutes les 15 minutes au cours de la phase active pendant une contraction et au cours de la minute qui la suit lors d'un accouchement normal (26). Il existe des classifications pour interpréter le rythme cardiaque fœtal telles que celles du FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) et du CNGOF (Collège National des Obstétriciens Français) (26,27).

Il faut savoir que la durée de ce premier stade est très variable en fonction des femmes, cette phase de latence peut durer longtemps, il n'y a pas de temps limite. En phase active du travail, la vitesse de dilatation du col utérin est considérée comme anormale si elle est inférieure à 1cm/4h entre 5 et 7 cm ou inférieure à 1cm/2h au-delà de 7cm de dilatation.

Il est proposé une intervention médicale telle que la rupture des membranes appelée amniotomie en première intention ou une administration d'oxytocine si les membranes sont déjà rompues dans le cas où la dynamique cervicale ne respecterait pas ces normes.

La sage-femme peut aussi être amenée à administrer des antibiotiques appelée antibioprofylaxie au cours du travail si le prélèvement vaginal effectué entre 35 et 38 semaines d'aménorrhée est positif au streptocoque B, ou sur signes d'appel d'infection intra-utérine (fièvre maternelle, tachycardie fœtale) (28).

En cas d'accouchement programmé, un test RT-PCR Covid-19 sera systématiquement proposé et est fortement recommandé. A l'arrivée à la maternité, dans

tous les cas, des questions portant sur les symptômes évoquant une potentielle infection à la Covid-19 seront également posées à la femme ainsi qu'à son accompagnant (29).

4.2 Deuxième stade du travail

Le deuxième stade du travail débute lorsque le col utérin est complètement dilaté et se termine lorsque l'enfant est né. Il est divisé en deux phases : le stade de descente (phase passive, durant laquelle les contractions utérines font progresser la descente du fœtus dans la filière génitale) et la phase d'expulsion (phase active) commençant au début des efforts expulsifs, guidés par la sage-femme. Les paramètres de surveillance sont les mêmes que durant le premier stade mais la fréquence de surveillance est plus rapprochée. La sage-femme doit proposer un toucher vaginal toutes les heures et doit régulièrement interroger la patiente sur l'intensité de la douleur à l'aide d'une échelle numérique simple (26).

Lors de ce deuxième stade, les interventions médicamenteuses et techniques possibles sont les suivantes : la rupture artificielle des membranes, l'administration d'oxytocine, une rotation manuelle de la tête fœtale (en cas de présentation dystocique), le sondage vésical évacuateur, l'incitation ou la direction des efforts expulsifs, l'épisiotomie, l'extraction instrumentale et la césarienne, etc... En fonction des protocoles propres à chaque maternité, du contexte clinique et du professionnel de santé qui sera présent, la deuxième phase du travail peut durer plus ou moins longtemps.

Lors de l'expulsion, la présentation fœtale devra progresser dans le bassin à l'aide de deux moteurs : les contractions utérines et les efforts expulsifs maternels. Différents types de poussée existent : la poussée dirigée (Les femmes sont encouragées à prendre une profonde inspiration au début de la contraction puis à la retenir et à pousser tout au long de cette contraction, en plusieurs fois généralement), et la poussée retardée (qui consiste à laisser la patiente pousser lorsqu'elle le sent) (30). Ces deux types de poussée peuvent être réalisées en soufflant ou en bloquant. La durée totale des efforts expulsifs est variable mais contrôlée. La sage-femme peut guider les efforts expulsifs et maintenir la progression de la tête fœtale ainsi que le périnée maternel dans le but de le protéger d'éventuelles déchirures. Une fois que le plus grand diamètre de la tête fœtale est expulsé, la sage-femme va demander à la patiente d'arrêter de pousser et peut « moucher le périnée », c'est-à-dire terminer la sortie de la tête à l'aide de ses mains. Puis, elle guide la patiente pour l'accouchement du reste du corps.

4.3 Troisième stade du travail

Pour finir, le troisième stade du travail correspond à la période entre la naissance de l'enfant et la délivrance, c'est-à-dire l'expulsion du placenta (26). Le placenta est un organe humain transitoire qui permet le développement du fœtus à travers des échanges vasculaires (31), il est expulsé quelques minutes après la naissance du nouveau-né. Il possède une face maternelle et une face fœtale.

Il est recommandé d'administrer systématiquement une dose de 5 à 10 unités d'oxytocine en intraveineux ou intramusculaire pour la prévention des hémorragies du post-partum après un accouchement par voie basse (26).

Il est recommandé de réaliser un clamage tardif du cordon ombilical en l'absence de nécessité de réanimation néonatale (26).

Il peut être proposé à l'accompagnant de le réaliser s'il le souhaite en absence de circulaire serré (enroulement du cordon autour de la tête fœtale).

4.4 Post-partum immédiat

Les paramètres vitaux du nouveau-né sont évalués dès la naissance par la sage-femme. Elle va apprécier sa coloration, sa respiration, sa réactivité, sa fréquence cardiaque, ses cris ainsi que son tonus. À l'aide de ces éléments, elle pourra évaluer un score d'adaptation du nouveau-né à la vie extra utérine nommé score d'Apgar.

La patiente et son nouveau-né, si tout va bien, restent deux heures en salle de naissance. La sage-femme et l'auxiliaire de puériculture vont surveiller la mère et son enfant toutes les 15 minutes la première heure, et les données recueillies sont consignées par le soignant qui les a effectuées, le plus souvent la sage-femme. Il n'y a pas de précision sur l'intervalle de surveillance au cours de la deuxième heure. S'il y a besoin d'une réfection périnéale, la sage-femme ou le médecin la réalise au cours de ces deux heures, immédiatement après la délivrance placentaire.

La sage-femme va donc vérifier pendant les deux heures qui suivent la naissance les constantes maternelles (pouls, tension, température), la contractilité utérine, ainsi que la quantité des pertes sanguines. Chez le nouveau-né, sont surveillés sa coloration, sa respiration, son tonus, sa température, et son adaptation à la vie extra-utérine.

Les mesures du nouveau-né (taille, poids, périmètre crânien, diamètre bipariétal et périmètre thoracique) sont réalisées sur la table de réanimation pédiatrique, idéalement dans la salle de naissance, par la sage-femme ou l'auxiliaire de puériculture.

Un examen clinique du nouveau-né est réalisé dans la salle de naissance, au cours des premières heures de vie par la sage-femme. Lors de cet examen, l'aspiration de l'oropharynx et des narines, le dépistage de l'atrésie des choanes, et la désinfection oculaire ne sont pas recommandés en l'absence de signes cliniques évocateurs (26).

Il est recommandé de ne pas séparer le couple mère-enfant, de veiller au bon dégagement du nez du nouveau-né, et de favoriser l'allaitement maternel (26).

4.5 Situations moins courantes

Il existe des recommandations publiées essentiellement par la HAS, le CNGOF et le CNSF (Collège National des Sages-Femmes de France) à propos de la prise en charge des parturientes et des modalités de surveillance fœtale pendant le travail (32), la prévention et protection périnéale en obstétrique (33), la dystocie des épaules (34), l'épisiotomie (35), etc. qui permettent de prendre en charge de façon optimale le suivi du travail et de l'accouchement en fonction des situations rencontrées (36). Ces recommandations peuvent être exposées aux femmes enceintes lors des séances de PNP en fonction des questions posées ou du thème de la séance.

On associe souvent le travail d'accouchement à la douleur. Il est important d'en comprendre le mécanisme et de faut savoir qu'il existe à la maternité des solutions pour la gérer.

5. La douleur et sa prise en charge

Selon l'IASP (International Association for Study of Pain), « *la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes* » (37).

D'après la loi Kouchner du 4 mars 2002, son évaluation et sa prise en charge constituent un droit fondamental de toute personne (38).

Contrairement aux autres douleurs qui ont un rôle protecteur face au danger, celle de l'accouchement avertit la femme du début du travail d'accouchement et permet la

libération des hormones mises en jeu lors de cette phase. Il s'agit d'une prévention à la fois physique et psychologique.

La douleur est un phénomène complexe, et d'autant plus celle de l'accouchement. On décrit quatre composantes :

- nociceptive, assurant l'intégrité corporelle : au cours de l'accouchement il s'agit des douleurs liées à l'étirement du col, des ligaments, des structures et des tissus au cours du premier stade du travail, puis de l'étirement du plancher pelvien et du périnée au cours du deuxième stade (39) ;
- sensori-discriminative : qui correspond à la capacité d'analyser la nature de la douleur, la localisation, l'intensité et la durée du stimulus ;
- motivo-affective : il s'agit de la composante psychologique et émotionnelle influencée par les émotions, les valeurs et l'expérience de la femme ;
- cognitivo-comportementale, influencée par les facteurs culturels, affectifs, motivationnels, sociaux et cognitifs

Ces composantes sont inter corrélées et rendent l'expression et le ressenti de la douleur propre à chacun.

Certaines femmes peuvent vivre un travail intense (composante sensori-discriminative) sans souffrir (composante motivo-affective), tandis que certaines peuvent vivre un travail non intense à l'aide de l'analgésie péridurale mais en souffrant quand même. C'est le cas par exemple d'une femme qui ne souhaitait pas d'APD, mais qui finalement serait contrainte à en bénéficier. Elle pourrait alors vivre cette situation comme un échec (40).

Lors de la prise en charge des parturientes douloureuses, toutes ces composantes sont à prendre en considération.

Compte tenu de la douleur systématique du travail et de l'accouchement, plusieurs moyens sont actuellement recommandés par la HAS (26) pour aider les femmes à gérer les contractions utérines et permettre ainsi un meilleur vécu de l'accouchement.

Il existe différents moyens de prendre en charge les douleurs liées au travail et à l'accouchement, dont la plus connue reste l'ALR (analgésie locorégionale, analgésie péridurale, rachianesthésie ou péri-rachi combinée). Elle s'inscrit dans la prise en charge d'un accouchement normal.

Le moment de sa mise en place durant le travail est déterminé par l'intensité de la douleur et par le contexte clinique obstétrical mais aucune dilatation cervicale minimale n'est requise (26).

Il est recommandé de réaliser une ALR « faibles doses » pour limiter le bloc sensitivomoteur, c'est-à-dire pour que la patiente puisse continuer de mobiliser ses membres inférieurs. L'ALR faiblement dosée n'a pas d'effet sur la durée du travail obstétrical et n'augmente pas le risque d'extraction instrumentale ni de césarienne (26).

L'ALR peut être dite PCEA (Patient Controlled Epidural Analgesia), lorsqu'une pompe à bolus est présente avec le boîtier de péridurale. La patiente pourra donc contrôler l'ajout de bolus antalgique dans son cathéter en fonction de ses ressentis. Une surcharge en produit anesthésique n'est pas possible car sa délivrance est régulée par une pompe.

Il existe tout de même des effets indésirables liés à cette technique tels que l'hypotension artérielle, des céphalées, et une compression nerveuse (26). La sage-femme et l'infirmier anesthésiste réalisent donc une surveillance rigoureuse des paramètres suivants : rythme cardiaque fœtal, contractions utérines, fréquence cardiaque et respiratoire maternelle à l'aide d'électrodes thoraciques ainsi que surveillance de la tension artérielle maternelle avec un tensiomètre électronique de bras.

L'ALR inhibe l'envie d'uriner, la sage-femme réalise donc des sondages urinaires évacuateurs pendant le travail dans le but d'éviter une rétention aiguë d'urines.

L'interruption de l'ALR a lieu après l'expulsion du fœtus, si aucun autre geste médical n'est nécessaire et le cathéter est retiré à l'issue des deux heures de surveillance après l'accouchement.

Les effets de la péridurale mettent quelques heures à se dissiper.

Les alternatives médicamenteuses à l'analgésie locorégionale sont le MEOPA (Mélange Équimolaires Oxygène Protoxyde d'Azote), qui consiste en l'inhalation d'un mélange gazeux (connu sous le nom de gaz hilarant), les opiacés (nalbuphine et tramadol) ou encore le bloc honteux ou para cervical. Ces techniques ne sont pas utilisées en première intention mais plutôt s'il existe des contre-indications à l'ALR, car elles présentent des effets secondaires maternels et surtout néonataux (26,41).

Après cette revue de littérature, nous allons maintenant décrire la population et la méthode employées pour notre étude.

Population et méthode

I. Population

Les critères d'inclusion à l'étude étaient :

- être une femme francophone ;
- être une primipare avec un accouchement datant de moins de trois mois d'un enfant unique né par voie basse spontanée, à terme, après une grossesse à bas risque (Annexe IV) (26) et après un travail spontané (à membranes rompues ou non) ;
- avoir réalisé toutes les séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité classique ;
- être membre d'un groupe Facebook® préalablement sélectionné par l'enquêtrice (groupe destiné à de futurs parents et/ou jeunes parents)

Il n'y a pas de critère d'exclusion autre que ne pas remplir les critères d'inclusion.

Au total, 20 femmes se sont portées volontaires et 10 n'ont pas pu participer à l'étude car elles ne remplissaient finalement pas les critères.

II. Méthode

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive et interprétative.

2. Rappel des objectifs

L'objectif principal de cette étude était de comparer le vécu de l'accouchement de primipares aux représentations initiales qu'elles avaient de l'accouchement.

Les objectifs secondaires étaient :

- de savoir si les facteurs qui influencent leurs représentations étaient bien ceux décrits dans la littérature
- et de déterminer les apports de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité en termes de préparation globale à l'accouchement (déroulement du travail, équipe obstétricale, équipement médical de la salle de naissance, etc.)

3. Le mode de recueil des données

Le recueil des données a été guidé par une grille d'entretien (Annexe VIII : grille d'entretien initiale), il s'agissait donc d'entretiens semi-directifs.

4. Le déroulement de l'étude

Compte tenu du contexte sanitaire, le recrutement n'a pas pu se faire comme prévu initialement (via un cabinet de sages-femmes libérales). Les participantes ont ainsi toutes été recrutées par le réseau social Facebook®.

La proposition de participation à mon étude a été publiée sur 11 groupes privés (après accord de l'administrateur permettant leur intégration) et publics majoritairement en rapport avec la grossesse, l'accouchement et la parentalité ou destinés à de futurs parents (Annexe VI). Seuls deux groupes privés ont finalement permis le recrutement, (« Les parents adeptes du portage physio », et « Accoucher sans péri, c'est possible ! »).

Les intéressées prenaient directement contact avec l'enquêtrice en commentant la publication qui annonçait le recrutement de participantes à cette enquête. Puis par message privé, les femmes me contactaient lorsqu'elles correspondaient aux critères et qu'elles étaient d'accord pour participer à l'étude. Lors de la prise de contact, une lettre d'information à propos de l'étude leur a été transmise (Annexe VII), et un rendez-vous a été planifié. Les entretiens se sont réalisés selon la disponibilité des femmes et ont été réalisés par la même enquêtrice.

Les entretiens semi-directifs ont eu lieu via Messenger en n'utilisant que la fonction audio, de septembre 2020 à novembre 2020. La grille d'entretien a légèrement évolué au fil des entretiens (Annexe IX : grille finale). La durée initiale des entretiens était estimée à une vingtaine de minutes, finalement ils ont duré entre 25 et 45 minutes, avec une moyenne de 32 minutes. Au total, cinq heures et 23 minutes d'entretien ont été recueillies. Les entretiens ont pris fin lorsque l'émergence de nouvelles données a cessé, soit à saturation des données, après le 10^{ème} entretien.

Après chaque entretien, les échanges ont été retranscrits sur un document dactylographié de traitement de texte, en garantissant l'anonymat des participantes.

5. Le mode d'analyse des données

A partir des verbatim retranscrits, une analyse thématique a été réalisée. Chaque entretien a été analysé, individuellement, à partir des thèmes dégagés en amont de la grille d'entretien. Puis de nouveaux thèmes ont émergé lors de l'analyse des verbatim.

Une grille d'analyse du contenu a été utilisée comme premier outil d'analyse. Lors de l'analyse des entretiens, l'aspect tonal et lexical a également été pris en compte.

Après ce premier recueil, a été réalisé un tableau comparant les représentations et le vécu. De ce tableau sont ressortis les points communs et les différences entre les différents discours.

L'analyse avait pour but d'analyser l'apparition et la manière d'aborder les différents thèmes sur l'ensemble des entretiens.

6. Les aspects éthiques et réglementaires

6.1 Avis de comités consultatifs

Pour la réalisation de ces entretiens, une déclaration auprès du délégué à la protection des données a été réalisée. L'étude n'a débuté qu'une fois son accord obtenu (Annexe X).

6.2 Information et consentement

Lors de la prise de contact avec les femmes, une lettre d'information leur a été transmise (Annexe VII). Leur consentement oral a été recueilli au début de chaque entretien.

6.3 Anonymat

Durant cette étude, la confidentialité des données enregistrées et retranscrites a été respectée. L'anonymat des données s'est réalisé à l'aide de prénoms fictifs se rapprochant des prénoms initiaux de par leur consonance commune.

Au vu de l'avancé de nos travaux, nous allons maintenant présenter les résultats de notre étude.

Résultats

I. Description générale de l'étude

Dix entretiens ont été réalisés entre septembre et novembre 2020. Leur durée est comprise entre 25 et 45 minutes, avec une durée moyenne de 32 minutes. Toutes les participantes ont été recrutées par l'intermédiaire du réseau social Facebook®.

II. Présentation des femmes interrogées

Les participantes sont âgées de 26 à 34 ans et vivent toutes en couple. Huit d'entre elles vivent en milieu urbain et deux en milieu rural. Les caractéristiques socio-professionnelles ainsi que l'âge des femmes interrogées sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des femmes interrogées

Ordre des entretiens	Prénoms fictifs	Âge	Catégorie professionnelle
Entretien 1	Mélie	30 ans	Sans profession
Entretien 2	Lauriane	27 ans	Éducatrice spécialisée
Entretien 3	Marie	29 ans	Chef de projets en informatique
Entretien 4	Émilie	28 ans	Assistante administrative
Entretien 5	Charlotte	31 ans	Ostéopathe
Entretien 6	Coralie	31 ans	Auxiliaire de puériculture
Entretien 7	Coline	32 ans	Auxiliaire de puériculture
Entretien 8	Sandy	29 ans	Sans profession
Entretien 9	Anne-Claire	26 ans	Vendeuse
Entretien 10	Amy	34 ans	Circassienne

L'âge moyen est de 29,7 ans.

III. Ce qu'elles imaginaient et ce qu'elles ont vécu

1. Le Pré-travail

La notion de pré-travail n'a que très peu été abordée par les femmes. Lorsqu'on leur demande la représentation qu'elles avaient de l'accouchement, ce n'est pas cette étape dont elles parlent spontanément. Seule Coline a évoqué ce terme : « *J'étais au courant qu'il y avait le pré-travail, qu'au bout d'un moment ça allait s'intensifier au niveau des douleurs, que les contractions allaient être de plus en plus importantes* ».

1.1 La Durée du travail

Les femmes désireuses d'accouchements naturels, souhaitaient comme Émilie, Coline et Sandy « *faire le maximum du travail à la maison* ».

Toutes avaient notion des signes qui devaient les amener à venir à la maternité de par les témoignages de leurs proches et les séances de préparation à la naissance. La rupture de la poche des eaux étant l'un d'entre eux, seules deux femmes sur les dix interrogées l'ont expérimentée. La première est allée directement à la maternité pour vérifier s'il s'agissait bien de liquide amniotique. Mélodie n'a pas eu spontanément la même réaction : « *je me suis dit merde bêtement c'est quoi c'est de l'urine, c'est du liquide ?[...]Mais qu'est-ce que j'ai fait ? J'ai pris mon doigt j'ai mis mon doigt dedans j'ai senti, j'ai goûté bon ben non c'est pas de la pisse on l'appelle et on y va* ».

Les autres se sont rendues à la maternité suite à des contractions régulières et douloureuses.

Toutes imaginaient un « *accouchement long pour un premier bébé* ». Pour Émilie le travail durait plutôt 12 heures, alors que Marie pensait « *une vingtaine d'heures* », Charlotte, elle imaginait une durée entre 12 et 24 heures et Sandy pensait que cela pouvait durer jusqu'à 48 heures.

Trois d'entre elles ont accouché plus vite que ce qu'elles imaginaient et sont arrivées à la maternité avec un travail plus avancé que ce qu'elles imaginaient. Coralie confie « *pour un premier, en fait, on nous dit : "Ne vous presser pas de venir à la mater ça va être long !" C'est ça qui nous a perturbé !* ». Elle recommande de « *ne pas se fier aux témoignages* » quant à la durée du travail d'accouchement car « *sages-femmes et des*

médecins disent pour un premier : “Ne venez pas trop tôt !”», mais elle a bien cru « accoucher à la maison ».

1.2 Ressenti émotionnel

Lorsque l'on demande aux femmes comment elles se sentent émotionnellement par rapport à leur accouchement, très peu décrivent des émotions négatives à première vue.

La plupart ont hâte, sont excitées à l'idée de rencontrer leur enfant, comme Mélodie, Coline et Marie qui sont détendues, et dans l'attente comme Lauriane et Émilie, ou même impatiente comme Sandy. Seule Anne-Claire décrit plusieurs peurs comme celle de ne pas être écoutée par l'équipe médicale, la peur de l'hôpital, la peur de l'épisiotomie et la peur de ne pas y arriver. On retrouve tout de même en général une ambivalence de sentiments chez ces femmes qui alternent entre la hâte et l'appréhension à l'approche de cet événement inconnu.

Pour faire face à ces sensations désagréables et à leurs angoisses, elles ont employé diverses ressources. La plupart d'entre elles estiment indispensable le soutien du conjoint et/ou de l'équipe soignante, que ce soutien soit exprimé par des mots, par une présence, des caresses ou même un regard. Coralie estime qu'il est important *« de ne pas gérer seule mais avec le papa »*, et qu'il l'a *« supporté physiquement et psychologiquement »*. Mélodie reconnaît *« Sans lui j'étais pas dans la bonne position. Il m'a fait remettre le bassin comme il faut, il a mis sa main derrière mon dos. J'aurais été seule, j'aurais oublié quasiment tout »*. Elle ajoute vis-à-vis de l'équipe médicale, qu'elle aurait aimé un soutien physique de sa part : *« caresser la tête, des choses comme ça, peut être que ça aurait aidé encore plus »*, *« quelqu'un qui nous fait des petites caresses sur la tête, c'est con mais ça aide vachement »*, *« par le physique on sent qu'on est pas toute seule et qu'on n'est pas juste sur une table en train de pousser comme une tarée »*. Marie pense que *« la communication avec les yeux est super importante »*.

On retrouve aussi, des outils enseignés tout au long de leur préparation à la naissance et à la parentalité. Des notions d'anatomie et de mécanique obstétricale permettent selon Marie de comprendre *« pourquoi ça se passait ainsi l'accouchement, les douleurs, et ben ça m'a beaucoup relaxée »*, et que *« notre corps il est fait pour ça, on sait faire »*. Elle reconnaît que les notions abordées lors des séances ont été utiles *« pour m'apaiser j'avais besoin de maîtriser un peu le sujet que ce ne soit plus l'inconnu total »*.

De donner un sens à ses efforts, respirer et intégrer son bébé au travail d'accouchement a beaucoup aidé Mélodie qui dit : *« je savais que j'allais aller vers l'inconnu mais que ça allait passer et que c'était pour du bon », « tout ce qui est respiration, au moment des contractions, pour bien penser à respirer pour le petit aussi, pour bien l'oxygéner parce qu'à chaque contraction il perd de l'oxygène »*. Finalement, cette préparation *« ça a été très important »* pour elle.

Pour Coline, c'est une démarche psychologique de ce moment-là qui lui a permis de réussir : *« dans ma tête, j'ai vraiment eu un cheminement en me disant en fait c'est pas de la douleur c'est de la puissance. C'est ma féminité qui va ressortir c'est mon instinct animal. Enfin, je suis vraiment partie dans ce sens, en me disant : bah qu'est-ce que je peux faire ? Comment je peux me préparer pour accepter tout ce travail et cette douleur qui finalement n'en sera pas une ? C'est vraiment de la puissance. C'est ma force qui va ressortir »*.

2. Le Suivi du travail

2.1 Les Sensations physiques de la parturiente

Au cours de leur grossesse, la quasi-totalité des femmes interrogées avaient essayé d'imaginer les sensations physiques ressenties lors des contractions. Elles étaient perçues comme *« douloureuses »*, et les femmes essayaient de les associer à une sensation physique qu'elles avaient déjà ressentie au cours de leur vie. Mélodie s'attendait à *« un peu ressentir comme des douleurs de règles très fortes, mélange de douleurs de règles et de gastro »*. Charlotte, elle aussi pensait que ce serait *« plus intense que des règles »*, alors que Coralie imaginait plutôt une intensité comparable aux coliques hépatiques qu'elle avait ressenties auparavant. Pour Coline, il s'agissait plutôt de la douleur de la pose d'un stérilet au cuivre, car d'après sa gynécologue, *« c'est des contractions, c'est comme quand votre utérus il veut sortir un enfant »*. Amy ne se projetait, elle, pas du tout sur la notion de douleur, elle dit : *« c'était un peu un grand flou et puis je n'avais pas forcément envie de me projeter dans là-dedans...C'était plus : on verra bien comment ça va se passer ! »*.

Finalement, pour Mélodie *« c'était pire »* que ce qu'elle avait imaginé. Émilie pensait que *« ce serait douloureux mais pas à ce point-là »*. Sandy rejoint leur témoignage en disant : *« je pensais beaucoup souffrir mais pas autant »*, Charlotte décrit cette sensation

comme « 1 000 à 10 000 fois plus intense que des règles ». Pour Coline, « ce n'était pas de la douleur, mais de la puissance » et Marie n'a « plus envie d'utiliser les mots douloureux ou quoi mais c'était intense ».

Quatre d'entre elles ont été très surprises par la localisation de ces sensations physiques. Elles imaginaient les ressentir dans le ventre. Lauriane décrit une sensation que « dans les fesses, les fesses, les fesses...Je ne sentais ni sur le ventre, ni sur le sexe ». Tout comme Coralie et Amy, Charlotte quant à elle n'a ressenti « que finalement les douleurs très postérieures très basses, dans l'anus. Euh ça je ne les imaginais pas par contre ».

Un autre aspect a beaucoup surpris ces femmes, il s'agit du contraste entre la sensation ressentie au cours de la contraction et le moment où celle-ci s'arrête. Mélodie, Charlotte, Anne-Claire et Amy n'imaginaient pas être complètement soulagées entre les contractions utérines. Mélodie avoue : « Ça m'a assez impressionnée ! Je pensais un peu avoir mal en continu mais en fait c'est vraiment des pics ».

2.2 Le ressenti émotionnel de la femme en travail

Les femmes ne se sont pas exprimées quant à leur ressenti émotionnel au cours du travail. Seules Lauriane et Marie avaient l'impression d'avoir « une épée de Damoclès au-dessus de la tête », comme s'il pouvait se passer quelque chose à tout moment.

2.3 Les étapes du travail

Elles avaient presque toutes la notion des étapes du travail, soit de par leur profession, comme pour Coralie et Coline qui sont auxiliaires de puériculture, soit grâce à la préparation à la naissance et à la parentalité. L'étape de la descente du fœtus dans le bassin n'était pas quelque chose de connu ni d'évoqué par les femmes. Pour ce qui est de la délivrance, Mélodie et Marie pensaient que l'équipe médicale « allait sortir le placenta ». Mélodie estime tout de même que « c'est dur à se représenter quand on n'a jamais passé ces étapes-là ».

2.4 L'environnement de la salle de naissance

Quand on leur demande comment elles imaginaient une salle de naissance, certaines des femmes interrogées décrivent ce lieu comme « *froid, sobre et fonctionnel* » comme Émilie et Marie, « *plein de bip bip, de tuyaux, très stérile comme on voit, je sais pas, peut-être à la télévision* », « *très médicalisé* » pour Marie. Mélodie elle, imaginait cette pièce comme un « *bloc opératoire* ». Émilie pensait que la table d'accouchement serait « *dure* ».

Pour Charlotte, Sandy et Coralie qui se projetaient dans un accouchement moins médicalisé, on retrouve la représentation de la salle physiologique plus que de la salle de naissance, avec « *des ballons, un sofa, et une baignoire* ».

Pour « *aider à se projeter* », Charlotte et Amy ont assisté à une visite virtuelle de la maternité dans laquelle elles allaient accoucher et Lauriane et Sandy ont pu voir des photos des salles de naissance.

Finalement Mélodie n'avait pas l'impression en y allant qu'on « *allait l'ouvrir* » et Marie estime qu'ils « *essayent quand même de travailler sur les salles de naissance pour essayer de créer un cocon* ». L'intensité désagréable de la lumière a été évoquée par Coralie et Coline. Cette dernière reconnaît : « *je me sentais agressée par la lumière* ».

Leurs représentations initiales de la salle de naissance se rapprochent de ce qu'elles imaginent d'un hôpital. Elles ne décrivent pas spécifiquement la composition des salles (partie maman, partie bébé...).

La plupart du temps, elles imaginaient une ambiance « *calme et intime* » en salle de naissance. Finalement pour Charlotte, « *c'était plus convivial que calme* ».

On se rend compte que l'environnement de la salle de naissance et sa composition ne sont pas beaucoup abordés au cours des séances de préparation à la naissance.

2.5 Les professionnels de la salle de naissance

Toutes les femmes interrogées avaient une idée des professions qu'elles allaient croiser à la maternité. Pour Lauriane et Amy, il n'y aurait que des sages-femmes. Charlotte n'imaginait pas non plus rencontrer d'auxiliaires de puériculture. Les femmes souhaitant accoucher sans péridurale ne souhaitaient pas voir l'anesthésiste et donc ne l'ont pas évoqué pas dans leur discours. Anne-Claire pensait rencontrer des aides-

soignantes et Marie des infirmières mais elle ne sait pas finalement s'il y en avait car les personnes présentes «*ne se présentaient pas à chaque fois* ».

2.6 La Surveillance médicale et les gestes techniques

Toutes les femmes interrogées savaient qu'une voie veineuse périphérique allait être posée. Lauriane et Mélodie ne se sont pas demandées pendant leur grossesse quels gestes techniques allaient être réalisés mais auraient aimé savoir. Coralie savait que le rythme cardiaque de son bébé et que les contractions allaient être enregistrées à l'aide d'un monitoring. Sandy savait qu'en ayant l'analgésie péridurale, elle bénéficierait de sondages urinaires évacuateurs contrairement à Marie qui n'en avait pas notion. La fréquence des touchers vaginaux dépendait de leur dilatation cervicale à l'arrivée ainsi que de la prise en charge de leur douleur (quand elles n'avaient pas la péridurale, les touchers vaginaux étaient moins fréquents).

Sur les 10 femmes interrogées, six d'entre elles ont eu recours à l'analgésie péridurale. Deux se sont exprimées sur ce point, pour Mélodie, c'était «*impressionnant* » et pour Amy qui ne souhaitait pas l'avoir, elle dit «*je ne me l'étais pas du tout imaginée...On en avait parlé avec la sage-femme pendant la préparation mais j'ai vraiment obstrué entre guillemet cette étape-là...pour essayer de ne pas y penser... pour arriver au bout du sans péri. Donc je n'y avais pas du tout pensé* ».

Ces notions ont, la plupart du temps étaient abordées lors des séances de préparation à la naissance.

3. L'accouchement

3.1 Les sensations physiques de la parturiente

Il existe une différence notable concernant les sensations physiques au cours de l'accouchement entre les femmes ayant eu la péridurale et les autres.

Marie, qui a bénéficié de l'analgésie péridurale témoigne : «*comme j'avais la péridurale je ne sentais pas grand-chose* ». Malgré cette absence de douleur, Mélodie a tout de même senti des sensations au cours des efforts expulsifs, elle dit : «*c'est ça qui est bizarre, c'est que j'ai pas senti mon fils sortir [...] mais j'ai senti ma crotte* ».

Les femmes qui ont accouché sans péridurale étaient souvent bien renseignées sur les étapes de l'accouchement, notamment sur les notions de phase de désespérance et de cercle de feu. Coline, Coralie et Charlotte ont ressenti également ces sensations physiques très intenses. Coralie décrit : *« J'avais vraiment l'impression d'être écartelée au moment de la poussée, ça fait mal »*. Coline ajoute : *« pour l'engagement et les poussées, c'est une sensation très postérieure dans l'anus et d'avoir la sensation du bassin qui se disloque »*. Charlotte décrit à son tour : *« le cercle de feu, je m'y attendais, je l'avais lu. Je pouvais m'y attendre mais je ne m'attendais pas à autant d'intensité sur le cercle de feu. Et à autant de soulagement une fois que la tête est passée », « même le cercle de feu, quand j'ai senti que ça brûlait, bah je savais que la tête de bébé arrivait »*. Coline ajoute *« Mon corps était en état de choc entre guillemets. J'étais surprise de ne plus contrôler les mouvements de mes jambes. Le corps, on peut faire des choses sans savoir qu'on est capable de le faire.. », « je savais qu'à un certain moment il y allait avoir la phase de désespérance où j'allais avoir envie de mourir ou de la péridurale », « j'étais incapable de gérer quoi que ce soit à ce moment-là. C'était un état de conscience modifié »*.

Les femmes ne se sont pas exprimées sur la durée des efforts expulsifs.

La plupart d'entre elles comme Marie, Coline et Sandy avaient peur des potentielles déchirures périnéales.

Coline pensait aussi *« perdre énormément de sang »*.

3.2 Le ressenti émotionnel de la femme au moment de la poussée

Mélodie décrit l'intensité émotionnelle de ce moment : *« J'ai eu une perte de conscience à la fin de l'accouchement donc il y a une petite partie que j'ai un peu zappé à ce niveau-là. Mais bon je pense que c'est les émotions »*.

3.3 Les gestes techniques

Coralie décrit avoir été dérangée car *« la sage-femme pendant la poussée avait ses doigts en permanence au niveau de mon vagin »*.

Trois d'entre elles appréhendaient les extractions instrumentales. Dont Mélodie : *« j'avais peur par contre qu'on soit obligé d'utiliser des forceps ou une ventouse »* et Marie qui appréhendait les déchirures périnéales ou les épisiotomies : *« j'avais très peur d'avoir une déchirure ou une épisio »*. Trois autres ne souhaitaient pas d'interventions

médicales lors de la poussée mais comprenaient la réalisation de ces actes si nécessaire. Les quatre autres ne se sont pas prononcées sur la question. Les extractions instrumentales et la possibilité d'avoir une césarienne n'ont pas été abordées lors des séances de préparation à la naissance des personnes interrogées.

3.4 La Rencontre entre la mère et le nouveau-né

Mélo die raconte : *« j'ai ressenti des sentiments dont j'ignorais même l'existence », « quand c'est la première fois on ne peut pas du tout s'imaginer ce que ça va être »*. On note tout de même une différence entre les patientes ayant accouché sans péridurale, qui décrivent que le lien d'attachement est immédiat, et nous parlent d'une rencontre plus physique et fusionnelle. Coline décrit le besoin qu'elle ressentait à ce moment-là : *« que je l'attrape très vite, pour que je le vois, je le sente. Il y a quand même un petit temps où on se dit wow en fait c'est mon bébé, ça sort de moi...et c'est beau »*, et celles ayant accouché avec la péridurale comme Marie ou Émilie : *« comme j'étais un peu sous le choc j'ai pas complètement réalisé que c'était mon bébé en fait. J'étais là bah c'est très bien mais est-ce que vous pouvez juste me laisser dormir en fait. Alors que j'imaginai que ça allait être le coup de foudre au premier instant en fait [...] j'imaginai que ce serait beaucoup plus magique que ce que ça a été », « je m'attendais à être submergée de bonheur et en fait pas du tout, j'étais juste soulagée. Une fois que c'était fini, j'ai pleuré, tellement j'étais soulagée que ce soit terminé. Et en fait on m'a posé ma fille sur moi. Alors j'étais contente qu'elle soit là, mais j'ai pas pensé à elle en premier »*. Lauriane ajoute *« je ne me dis pas non plus j'ai vécu quelque chose de dingue euh...d'incroyable. Alors que quand on se prépare on nous dit qu'on va vivre quelque chose d'exceptionnel qui nous marquera toute notre vie ! »*.

4. Le post-partum immédiat

Les femmes ne se sont pas exprimées sur la notion de post-partum immédiat. Leurs discours se sont arrêtés à la rencontre avec leur enfant.

5. Les autres résultats de l'étude

5.1 L'image forte de l'expérience d'accouchement de leur propre mère

Mélo die imaginait que son accouchement se passerait comme celui de sa mère « moi j'ai vu ma mère accoucher aussi et ça c'était passé comme ça, tout simplement. Alors elle a commencé à ressentir des contractions et puis il a fallu plusieurs heures avant qu'on démarre donc c'est vrai que je pensais que ça allait se passer comme ça ».

Charlotte évoque le vécu de l'accouchement de sa mère mais ne savait pas si le sien serait similaire : « ma mère c'était sans douleur en revanche des discours des autres c'est douloureux, donc j'avais du mal à me situer ».

Anne-Claire ne parle pas de l'accouchement de sa mère, mais la période de la grossesse l'a amenée à lui demander des conseils : « je me suis renseignée surtout auprès de ma maman ».

5.2 Ce qui explique aussi les représentations initiales de l'accouchement des femmes interrogées

La représentation de l'accouchement dans les films a influencé la vision de ce dernier pour Mélo die : « on se base bêtement sur ce qu'on voit dans les films c'est à dire que la femme elle pousse comme une tarée elle hurle [...] le côté sanglant, le côté hurlements », et pour Marie : « dans les films, déjà, elles perdent tout le temps les eaux et puis c'est tout de suite le bébé arrive et [...] Dans les films, c'est toujours dans l'urgence ».

La plupart des femmes ont des retours des accouchements de leurs proches, de leurs amies et des femmes de leur famille (sœur, mère, tante). En général, leurs discours sont rassurants mais les témoignages que Marie a entendus l'ont effrayée : « on a toujours des amies, des tatas qui racontent tout ce qui peut nous angoisser quoi, elles ont vécu toutes le pire », « quand elles racontent leur propres expériences, je ne sais pas, ça doit être tellement plus croustillant de raconter tout ce qu'il s'est mal passé, comme si ça les rendait plus courageuses. Comme si elles avaient un certain mérite à avoir accouché euh avec une épiso ».

Coralie et Coline étant auxiliaires de puériculture avaient déjà beaucoup de notions sur l'accouchement de par leur métier.

En plus de la préparation à la naissance, certaines ont de leur côté ont fait des recherches en s'appuyant sur différents supports :

- des livres comme « *J'accouche bientôt, que faire de la douleur* » de Maïtie Trelaün (9), « *Accoucher en confiance avec la méthode Bonapace* », des ouvrages d'Ina May Gaskin, ou même la bande dessinée « *La naissance en BD* » de Lucile Gomez ;
- les réseaux sociaux : sur des groupes Facebook® tels que « *Accoucher sans péridurale c'est possible !* » les ont beaucoup aidées ;
- des émissions telles que la *Maison des Maternelles* ou *Baby-Boom* ;
- des vidéos sur YouTube® expliquant comment se masser le périnée ;
- une application téléphonique : *WeMom*®

5.3 La PNP, une opportunité pour sortir des représentations et se préparer à l'accouchement

Les femmes interrogées ont toutes effectué les séances de préparation à la naissance mais pas forcément dans les mêmes conditions, au vu du contexte sanitaire actuel. Ci-après, un tableau résumant les modalités de dispensation de leurs séances.

Tableau 2 : modalités des cours de PNP

Prénoms fictifs	Sage-femme pour la PNP	Organisation des séances de PNP
Mérodie	Sage-femme libérale	Quasiment toutes les séances en visio avec 3 autres couples, une seule séance en présentiel
Lauriane	Sage-femme libérale	Toutes les séances en visio avec plusieurs couples
Marie	Sage-femme libérale	Séances en visio avec 6 autres mamans puis en présentiel en individuel
Émilie	Sage-femme libérale	Toutes les séances en présentiel en individuel
Charlotte	Sage-femme libérale	Toutes les séances en présentiel en individuel
Coralie	Sage-femme libérale PNP à la maternité annulée	Toutes les séances en présentiel en individuel
Coline	Sage-femme libérale	Première séance de présentation en visio en individuel et les autres en présentiel avec 2 autres couples
Sandy	Sage-femme libérale	Toutes les séances avec 3 autres couples
Anne-Claire	Sage-femme libérale	Toutes les séances en présentiel en individuel
Amy	Sage-femme libérale	Toutes les séances en présentiel en individuel

Elles n'ont pas toutes vécu leur préparation de la même façon.

Quatre d'entre elles estiment que ces séances ont été très utiles. Mélodie décrit que ces moments donnent du sens au travail d'accouchement car *« ça aide je pense à comprendre pourquoi il faut faire le max d'efforts possible pour faciliter la venue au monde l'enfant quoi. C'est l'accompagner pas l'expulser en dehors de notre ventre »*. Pour Marie, la préparation à la naissance a complètement changé sa vision de l'accouchement, et elle en est très satisfaite : *« j'étais plus confiante parce je savais à peu près comment ça allait se dérouler une fois qu'on m'avait expliqué et heureusement qu'il y avait ces séances de préparation »*. Anne-Claire avait beaucoup de peurs et d'interrogations concernant de cette étape de la grossesse, et pense que ces moments de discussion l'ont *« beaucoup aidée à se rassurer »*. Coline a beaucoup aimé la préparation à la naissance classique et l'a associé à des séances d'haptonomie et de sophrologie.

Pour six d'entre elles, il reste des éléments à améliorer. Émilie estime que *« sur le déroulé, on n'apprend pas grand-chose mais sur la manière de le vivre et tout ça on apprend pas mal »*. Anne-Claire explique : *« j'aurais aimé être plus guidée, j'aurais aimé qu'elle (la sage-femme) me parle plus d'elle-même »*. Amy aurait *« bien aimé que ça aille un peu plus loin »*. Sandy a trouvé la préparation *« nulle »*, elle ajoute : *« j'ai pas forcément appris de choses pendant les cours de PNP, j'étais déjà suffisamment renseignée [...] non ce n'était pas forcément très intéressant quoi [...] il aurait fallu que j'ai une prépa ciblée pour le sans péri déjà »*. Lauriane avait déjà beaucoup de notions concernant l'accouchement et estime ne *« pas avoir appris grand-chose de nouveau »*. Quant à Coralie, elle est plus nuancée et dit *« en termes de connaissances sur l'accouchement, cela ne m'a pas apporté grand-chose mais le fait de les faire à deux les cours, c'est ça qui a aidé à la réussite d'un accouchement sans péri quoi... »*

5.4 Les conseils que donneraient les femmes interrogées aux nullipares

A la fin de chaque entretien, il a été demandé aux femmes interrogées ce qu'elles diraient à une autre femme qui serait sur le point d'accoucher de son premier enfant, et chacune, se basant sur son expérience, s'est exprimée et a formulé des conseils.

Mélodie pense qu'il ne faut pas se baser sur la vision de l'accouchement apportée par les films : *« ce qui est important de dire à une femme, c'est que ce qu'on voit dans les films ou à la télé, c'est juste pour le cinéma et qu'en vrai ça ne se passe pas comme ça »*.

C'est plus comme une grosse séance de sport, une compétition, un effort (rires), voilà comme si on allait passer les J.O en fait c'est un peu comme un préparation sportive » et elle déconseille *« aux femmes de se référer juste au vécu des autres personnes »*.

Lauriane conseille d'être dans l'acceptation : *« d'être détendue, d'accepter les douleurs et puis que voilà que tout se passe bien, c'est très compliqué de donner des conseils parce que chaque personne est vraiment différente et vit les choses différemment »*.

Marie estime que la communication est la clé : *« vraiment bien discuter avec sa sage-femme et de ne pas hésiter à lui poser toutes les questions, n'importe lesquelles, d'insister sur des concepts qu'on aurait pas compris, ou des outils dont on aurait besoin vraiment de discuter avec quelqu'un sur toutes les angoisses qu'on a, de parler de poser toutes les questions, car c'est vraiment grâce à ça qu'on arrive à se relaxer, à se déstresser. Il ne faut pas rester avec ses doutes »* et qu'il faut *« prendre soin de soi »*.

Émilie a été déçue par son accouchement et conseille donc *« de pas trop imaginer que son accouchement sera idéal »*.

Coralie souhaite du *« courage (rires) »* aux futures mamans, elle recommande de *« se masser le périnée »*, elle dit que *« ce n'est pas un moment agréable à passer, mais ça se fait »*.

Charlotte et Coline estiment qu'il *« faut vraiment se faire confiance »*. Charlotte ajoute qu'il faut *« essayer d'être vraiment le plus possible dans sa bulle, emmener des petites choses à soi en fait...petite lumière, taies d'oreiller et écouter son corps en fait, c'est le corps qui parle »*.

Sandy pense qu'il *« faut qu'elle s'écoute, mais surtout qu'elle force les sages-femmes à la maternité à discuter »*.

Anne-Claire est honnête : *« je lui dirai au niveau de la douleur la vérité, c'est très douloureux mais c'est quelque chose à avoir avant de rencontrer son premier enfant »*.

Et, pour finir Amy estime qu'il faut *« croire en elle et en son bébé et puis peut être essayer de visualiser le bébé qui descend et comment il se positionne »*.

Tous ces témoignages riches nous ont permis d'éclairer la question initiale. Il s'agit maintenant de discuter les résultats.

Discussion

I. Bilan de ce travail de recherche

1. Force de l'étude

La réalisation d'entretiens semi-directifs représente une force pour notre étude, ce mode de recueil de données a permis de laisser s'exprimer librement les femmes, sans les interrompre. L'entretien téléphonique a apparemment été favorable à la libre expression des participantes, d'autant plus qu'elles savaient que leurs propos seraient anonymisés. Cela a certainement facilité leur prise de parole sur des sujets personnels et intimes.

Avec une approche quantitative et un questionnaire, nous ne serions sûrement pas allés si loin dans l'exploration du phénomène étudié.

Les entretiens téléphoniques ont été réalisés à un moment choisi par les femmes. Cela leur a permis de s'organiser pour être totalement disponibles au moment de l'entretien, et cela a donné lieu à un véritable échange permettant un recueil de données pertinent.

La diversité des femmes interrogées sur le plan social est un autre point fort de l'étude. La recherche qualitative n'ayant pas pour but d'homogénéiser les résultats à la population générale, cette diversité a notamment permis d'apporter une richesse dans les résultats.

Les femmes interrogées ont accouché dans différentes maternités. D'où un vécu de l'accouchement forcément différent et un point très intéressant à analyser au regard des spécificités du lieu d'accouchement.

2. Limites de l'étude

Les limites de l'étude sont dues en partie au contexte sanitaire actuel. Initialement, il avait été prévu de rencontrer les femmes deux fois en face à face. Une fois avant leur accouchement, à quelques semaines du terme, et la seconde dans les trois jours suivant leur accouchement. Cela aurait permis de mieux différencier la représentation initiale qu'elles avaient de leur accouchement (car il n'avait pas encore eu lieu), avec leur vécu de ce dernier. De les voir plusieurs fois et en face à face aurait permis de créer une relation de confiance à plus long terme, et aurait peut-être permis aux femmes de s'exprimer davantage.

Par ailleurs, il existe un biais de sélection lié à la difficulté de recruter les participantes selon une méthode jusqu'à lors peu utilisée par les étudiantes sages-femmes. L'intégralité

des femmes recrutées faisaient partie de groupes Facebook® concernant la naissance et la parentalité. La publication de demande de participation à l'étude a été publiée sur de nombreux groupes dans le but d'obtenir un échantillon varié de personnes et de témoignages. Finalement, seuls deux groupes ont permis le recrutement. Ces groupes rassemblaient notamment des femmes ayant des projets d'accouchement sans péridurale, ce qui sort donc de la prise en charge classique des parturientes. Elles étaient donc pour certaines, engagées dans le milieu de la parentalité et donc informées sur le déroulement de l'accouchement.

Enfin, le manque d'expérience de l'investigatrice représente un point faible de l'étude. Il s'agissait de la première étude réalisée par cette investigatrice, c'est pourquoi les premiers entretiens n'ont pas apporté autant d'informations que les derniers, et la grille d'entretien a évolué au cours de l'étude.

3. Atteinte des objectifs

Les entretiens réalisés nous ont permis d'atteindre les objectifs de notre étude. Son objectif principal était de comparer la représentation que les femmes interrogées avaient de l'accouchement avant d'accoucher au vécu de ce dernier. Chacune avait des représentations construites à partir de témoignages de leurs proches, de sensations physiques qu'elles avaient pu expérimenter auparavant, d'informations qu'elles avaient eues en préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) ou bien de recherches personnelles. Quand on le compare à leur vécu, la plupart estime qu'il est difficile de se représenter son accouchement tant qu'il n'a pas eu lieu.

Le premier objectif secondaire était de savoir si les facteurs qui influencent leur vécu étaient les mêmes que ceux décrits dans la littérature. En effet, la plupart des facteurs sont communs et les autres n'ont pas forcément été évoqué par les femmes.

Le deuxième objectif secondaire était d'évaluer les apports de la PNP sur le vécu de l'accouchement. La plupart du temps, les femmes estiment que cette préparation est nécessaire mais elles apportent des éléments qui pourraient l'améliorer.

II. Précisions quant à l'analyse des résultats

1. Facteurs influençant le vécu des femmes

L'étude « Experience of labor in 1111 women » (2), n'a pas trouvé de différence significative du vécu des femmes de leur accouchement quant à leur âge, ethnie ou éducation. Dans notre étude, l'échantillon n'est pas assez large pour se prononcer sur des facteurs là.

Le fait d'être jeune, sans profession, fumeuse et isolée influencerait le vécu de l'accouchement de façon négative (3). Dans notre étude, l'échantillon n'est pas assez large pour se prononcer sur des facteurs là.

Les articles ayant étudié les facteurs influençant le bon vécu de l'accouchement chez les femmes (2-5) sont unanimes : ils relatent tous le fait que le soutien, le respect et l'écoute d'un proche et de l'équipe médical favorisent le bon vécu de ce moment. Dans notre étude, nombreuses sont les femmes qui le confirme.

L'étude Suédoise « A negative birth experience » (3), ajoute que l'attention portée à la femme enceinte au moment de son accouchement, les encouragements ainsi que la valorisation de ses compétences jouent aussi un rôle dans son vécu positif, ce qui est confirmé par les témoignages de notre étude.

Au contraire, le manque de soutien, de présence ou de temps de la part des gens présents en salle de naissance constituent des facteurs entraînant un mauvais vécu de l'accouchement, que ce soit dans la littérature ou bien dans les témoignages de Mélodie, Sandy et Coralie dans notre étude.

Deux articles (2,3) décrivent qu'un travail long ne participe pas à un bon vécu de son accouchement. Dans notre étude, il s'agissait uniquement de primipares, qui étaient la plupart du temps préparées à avoir un travail long, ce n'est donc pas un critère qui ressort. Par contre, lorsqu'elles l'imaginaient long et que ce ne fût pas le cas, cela les a perturbées.

L'étude « Factors influencing positive birth experience of first time mothers » (42) relate le fait que de croire en son corps, et de se faire confiance aide à donner naissance sereinement. En effet il s'agit de l'une des recommandations que Charlotte et Coline de notre étude conseilleraient aux des futures mères sur le point d'accoucher.

Les complications médicales inattendues (déclenchement, accélération du travail extraction instrumentale, césarienne en urgence) ainsi que la douleur sont aussi des facteurs qui influencent le mauvais vécu des femmes (2-4). Dans notre étude, les femmes

appréhendaient la survenue de ces complications, mais lorsqu'elles étaient bien informées des actes réalisés et de leur but, cela n'a pas altéré leur vécu. Pour ce qui est de la gestion de la douleur, cela dépendait de leur état émotionnel du moment, de leur souhait d'opter pour d'analgésie péridurale ou non et de sa réalisation ou non. La perception et la gestion de la douleur sont tout à fait variables d'une personne à l'autre.

D'ailleurs, le fait de savoir, d'avoir des explications sur ce qu'il se passe (2), et de se sentir incluses dans les décisions prises (4,5,43), favorisent l'expérience positive de ce moment, dans les articles étudiés ainsi que dans les témoignages recueillis.

De plus, la Préparation à la Naissance et à la Parentalité favorise le bon vécu (3), ce qui est confirmé par les discours des femmes dans notre étude.

2. Rôle de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité

Si on reprend les objectifs de la Haute Autorité de Santé concernant la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (13) et qu'on les met en lien avec les témoignages recueillis au cours de notre étude, on note des concordances et des discordances.

L'entretien prénatal précoce n'a pas été abordé lors des entretiens. Il aurait été intéressant de questionner les femmes sur l'EPP pour voir si la PNP aurait répondu à ce que la femme/le couple avait dit lors de cet entretien, en fonction de leurs attentes par rapport à cette préparation.

L'accompagnement de la femme et/ou du couple dans leurs choix et leurs décisions concernant l'accouchement est majoritairement réalisé durant la PNP, puisque toutes avaient une idée de la façon dont elles voulaient accoucher. Que ce soit à travers la rédaction d'un projet de naissance sur papier ou bien sur les réseaux sociaux à travers des groupes sur Facebook® par exemple. Elles ont aussi développé grâce à la PNP des compétences d'expression par rapport à ces attentes. En effet, elles posaient des questions à la sage-femme réalisant leurs séances de préparation. Certes, c'était parfois plus compliqué pour certaines de s'exprimer au personnel de salle de naissance car elles les connaissaient moins. Une relation de confiance paraît importante pour se confier sur ses doutes et interrogations, d'où l'intérêt de l'accompagnement global à la naissance (44).

Les méthodes de prise en charge de la douleur ont été expliquées lors des séances de Préparation à la Naissance, ce qui permettait une réflexion à plus long terme sur leur souhait de les utiliser ou non.

Toutes les femmes avaient une image en tête de la salle d'accouchement, mais pas forcément précise, peut-être ce point serait-il à aborder plus en détail.

Les actes médicaux réalisés en salle de naissance au cours du travail, de l'accouchement et du post-partum immédiat étaient connus pour la plupart et quand ils ne l'étaient pas, cela n'a pas posé problème, quand ils étaient expliqués au préalable sur le moment.

Le contexte sanitaire actuel n'a pas permis à toutes les femmes appartenant à l'étude de pouvoir réaliser leurs séances en présentiel. Il s'agit souvent d'un regret, surtout pour les séances « pratiques », telle que celle sur la poussée. En effet, depuis le 20 mars 2020, les sages-femmes peuvent réaliser des actes de téléconsultation (45), notamment dans le cadre de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité. D'après l'expérience des femmes interrogées, rien ne vaut des séances en présentiel, pour « *créer du lien* », et « *établir une relation de confiance avec la sage-femme* ».

Les apports pratiques ont plus souvent été appréciés que les apports théoriques dont les femmes pouvaient bénéficier en effectuant des recherches personnelles.

Il ressort des témoignages que la personnalisation de ces séances est très importante, d'où l'intérêt des séances individuelles.

Aucune des femmes interrogées ne regrette d'avoir bénéficié de cette préparation à la naissance, pour certaines d'entre elles, c'était même indispensable. On perçoit donc l'importance de la PNP.

3. L'impact de l'analgésie péridurale sur la rencontre entre la mère et le nouveau-né

A travers les différents témoignages recueillis, on note une différence significative quant à la rencontre mère-enfant entre les femmes ayant bénéficié d'une analgésie péridurale et les autres. Leur vécu émotionnel du moment est différent. Cet instant dont tout le monde parle et qu'elles ont attendu pendant neuf mois ne se révèle pas si magique que ce qu'elles avaient imaginé lorsqu'elles ont bénéficié de l'analgésie péridurale. En effet, des études sur les animaux ont permis de mettre en lumière le fait que l'attachement mère-enfant est différent selon la prise en charge de la douleur au moment du travail d'accouchement et de l'expulsion. Par exemple, l'étude « *Peridural Anesthesia Disturbs Maternal Behavior in Primiparus and Multiparus Ewes* » révèle que les brebis ayant accouché avec ce mode d'analgésie abandonnent leurs petits à la naissance (46). Cela ne

veut pas dire qu'il en est de même avec les êtres humains mais cela peut amener à se poser des questions sur l'impact de cette pratique sur le lien mère-enfant à la naissance. L'étude « Physiological regulation of maternal behavior in hieifers : role avec genital stimulation, intracerebral oxytocin release, and ovarian steroids » constate que chez des vaches primipares ayant reçu la péridurale, la production centrale et périphérique d'ocytocine diminue, et cela conduit à une réduction de leur réflexe de léchage de leurs petits dans les trois premières heures suivant leur naissance (47). En effet, l'article « Lasting behavior of obstétrics medication in children» atteste que les mères ayant accouché avec une analgésie péridurale passent moins de temps avec leur enfant dans les suites de couches immédiates (9).

L'analgésie péridurale modifie également la biologie maternelle (action sur l'hyperventilation et le débit cardiaque maternel, sur la tension artérielle, ainsi que sur la température maternelle), elle a un impact sur le déroulement de l'accouchement (allongement du premier stade du travail, augmentation du nombre d'extractions instrumentales, suppression du réflexe de poussée abdominale) ainsi que sur la dilatation cervicale. Elle permet la détente de la mère et donc un assouplissement du col utérin, mais aussi l'augmentation de l'utilisation d'ocytocine de synthèse par diminution de sa production endogène par les produits analgésiques (48) .

Il est donc important de prévenir les femmes de ces modifications de la physiologie. Malgré tout, il reste indispensable d'accompagner les femmes dans leur choix concernant la façon de vivre leur accouchement. Sous analgésie péridurale, on peut se déconnecter de la douleur, mais cela ne veut pas dire se déconnecter de son bébé. La sage-femme doit être particulièrement vigilante à la bonne instauration du lien entre la mère qui a accouché sous analgésie péridurale et son nouveau-né.

III. Projet d'action

De par la durée de chacun des entretiens, on voit que les femmes ont beaucoup de choses à dire concernant leur accouchement. La partie sur le récit de leur accouchement a pris une grande place au sein des entretiens. Il paraît important pour ces femmes d'en parler, de témoigner, et de mettre des mots sur une expérience de vie inédite, qu'elles l'aient bien ou mal vécu. Tout comme il existe un entretien prénatal précoce réalisé au 1^{er} trimestre de la grossesse, il serait utile de réaliser un entretien post-natal pour que les

femmes puissent s'exprimer sur leur ressenti sur ce moment particulier de la vie. Même s'il existe déjà deux séances de suivi postnatal, il s'agit d'un dispositif prévu par la convention 2007 à un tarif dérisoire. En effet, il s'agit de deux séances individuelles à réaliser avant la fin du 2^{ème} mois de vie du bébé cotée SP, soit 18,55€ (49). L'idée serait donc de mettre en place une séance suffisamment longue et mieux rémunérée pour les sages-femmes. Dans les deux mois suivant l'accouchement, les femmes pourraient prendre le temps de s'exprimer sur leur vécu de l'accouchement avec la sage-femme qui a suivi leur grossesse.

Plusieurs femmes ont évoqué que la relation de confiance qu'elles avaient tissé avec la sage-femme qui les avait suivies pendant la grossesse était très importante pour elles et qu'elles auraient aimé la poursuivre en partageant leur accouchement avec elle. Depuis 2015, avec l'existence des Maisons de Naissances, lieux permettant aux femmes ayant une grossesse « à bas risque » de bénéficier de l'accompagnement personnalisé de la même sage-femme pendant leur grossesse et leur accouchement (cf page 11). Il existe aussi les plateaux techniques qui permettent aussi d'accoucher avec la sage-femme qui a suivi la grossesse mais dans une maternité avec laquelle la sage-femme a signé une convention (cf page 11). Mais dans les deux cas la grossesse doit être physiologique.

Dans les études sur lesquelles nous nous sommes appuyées, aucune n'évoque comme critère d'amélioration du vécu des femmes de leur accouchement, le fait d'être accompagnée par une sage-femme que l'on connaît ce jour-là.

D'après ce constat, on peut se poser la question suivante : Est-ce que le fait d'accoucher avec la sage-femme qui a suivi toute la grossesse ne peut pas améliorer le vécu des femmes de l'accouchement et réduire le nombre d'interventions médicales (liées au stress) (50) ?

Les femmes décrivent souvent avoir du mal à se représenter les salles de naissance. Dans le contexte sanitaire actuel, il n'est pas possible de les visiter, par contre il est possible de réaliser des vidéos des maternités. La maternité du Centre Médico-Chirurgical Obstétrique de Strasbourg a elle-même tourné une vidéo d'une salle de naissance (51). Il serait intéressant de filmer les locaux des maternités, et de diffuser les vidéos lors des séances de Préparation à la Naissance, pour permettre aux femmes de mieux se projeter dans ces lieux pour réduire l'écart entre leurs représentations et la réalité.

Les femmes interrogées sont parfois perturbées par le fait de ne pas savoir exactement qui elles rencontrent ou même quels sont les actes médicaux dont elles bénéficient. Dans ce sens et pour appuyer l'objectif de la PNP de développer les compétences d'expression

des femmes, il serait intéressant au cours de ces séances de leur apprendre à questionner le personnel soignant sur leurs rôles, leurs prénoms et même sur les actes réalisés qu'elles ne comprennent pas, pour justifier les gestes techniques, ce qui améliorera sûrement leur vécu du moment.

De façon à ne pas nourrir de fausses représentations que peuvent avoir les femmes, il serait de rigueur de leur expliquer que la représentation de l'accouchement dans les films ne correspond pas à la réalité. Beaucoup de femmes se fient aux témoignages de leurs proches, il serait donc important d'ajouter qu'une expérience n'est pas généralisable. On pourrait donc leur montrer la vidéo d'un vrai accouchement lors des séances de PNP, si les femmes le souhaitent.

De plus, dans les mots employés par le personnel soignant par habitude, certains peuvent perturber les femmes, comme le terme « table d'accouchement » qui suggère un plan dur et inconfortable. On pourrait plutôt employer le terme de lit d'accouchement. L'expression « bosse séro-sanguine » est un terme médical mais peut être impressionnant il faut donc bien l'expliquer aux parents pour ne pas les effrayer. Il est donc important de faire attention à la manière dont on s'exprime en tant que personnel soignant.

Dans la Préparation à la Naissance classique, le contenu et les échanges sont assez théoriques. Pour leur donner un aspect plus ludique, nous pourrions faire participer les couples et se baser sur leurs connaissances et représentations. Nous pourrions créer des petites cartes sur lesquelles apparaîtraient des mots clés en rapport avec l'accouchement. Les couples seraient amenés à s'exprimer sur ce que ces expressions suscitent chez eux. En se basant sur leurs représentations, on apportera des informations qui permettraient de partir de ce qu'ils savent pour essayer de se rapprocher de ce qu'il va se passer réellement. On part de leurs connaissances, et on les complète, de façon à rejoindre aussi leur vision de ce moment.

Les thèmes abordés sur les cartes pourraient être les suivants :

- quand partir à la maternité (contractions régulières et douloureuses, rupture de la poche des eaux)
- les contractions utérines (localisation, soulagement entre chaque)
- APD (pose, sondages, surveillances maternelles et fœtales)
- VVP (voie veineuse périphérique)
- personnel rencontré en salle de naissance (sages-femmes, auxiliaires de puériculture, anesthésiste, gynécologue obstétricien)

- salle de naissance (environnement, mobilier, ambiance...)
- étapes de l'accouchement (durée du travail, dilatation, engagement)
- col/dilatation/TV (toucher vaginal)
- poussée (deux types : en bloquant ou en soufflant)
- extractions instrumentales (forceps, ventouse) et césarienne
- déchirures périnéales et épisiotomie
- délivrance (dirigée, artificielle, révision utérine, quantité de sang perdue)
- post-partum immédiat (durée en salle de naissance après l'accouchement, surveillances maternelles et fœtales)

Dans tous les cas il est important de dire aux couples que l'on ne peut pas savoir à l'avance comment l'accouchement va se dérouler. Et que le ressenti émotionnel dépendra de l'état dans lequel ils seront ce jour-là.

Conclusion

Ce travail de recherche nous permet de confirmer qu'il n'est pas possible de savoir comment va se passer son accouchement, mais cette période de la vie qu'est la grossesse suscite de nombreuses interrogations chez les futures primipares. Se représenter son accouchement fait partie de l'une d'entre elles.

Dix entretiens téléphoniques ont été réalisés avec des femmes ayant accouché normalement de leur premier enfant dans les trois mois précédant l'appel.

Malgré son côté imprévisible, il est possible de se rapprocher un maximum de la réalité de l'accouchement avec différents outils dont la PNP.

Cette étude a mis en avant l'importance et l'utilité de ces séances de préparation. Elle apporte tant des outils théoriques sur la physiologie, l'anatomie, et la mécanique obstétricale que pratiques avec par exemple les séances sur la poussée. Certaines données peuvent aider à la représentation de l'accouchement, notamment des éléments prévisibles comme l'environnement d'une salle de naissance, la prise en charge et la surveillance médicale de la patiente. Ces informations semblent peu abordées lors de ces séances d'après les personnes interrogées dans notre étude.

Mais dans un contexte sanitaire nouveau et anxiogène, les modalités de PNP ont évolué et les couples comme les professionnels ont tout de même dû s'adapter dans le but de recevoir ou prodiguer une préparation complète. En outre, il semble plus que bénéfique de prendre en compte et d'identifier les facteurs de risque d'un mauvais vécu de l'accouchement afin de permettre un accompagnement personnalisé. Ces derniers sont notamment retrouvés au sein de la littérature et de nos entretiens.

Il paraît donc indispensable de s'adapter à la femme et au couple dans le but de se rapprocher le plus possible de leurs besoins.

Il paraît également important de revenir sur ce moment unique de leur vie, de partager et de s'exprimer sur des étapes leur paraissant floues. Un des objectifs de la PNP étant de favoriser les compétences d'expression des femmes et des couples, il serait intéressant de leur permettre de le mettre en pratique à travers la création d'un temps d'échanges en post-partum.

De plus, les participantes à cette étude n'ont été interrogées qu'une fois qu'elles avaient accouché. Il serait intéressant de réaliser deux entretiens : un en fin de grossesse (7-8^{ème} mois), et un en post-partum. Cette temporalité différente permettrait d'identifier de façon plus précise la représentation des futures primipares dont l'expérience ne prendrait pas le pas sur leurs images initiales de l'accouchement.

Références bibliographiques

1. Haute Autorité de Santé (HAS). Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) : recommandations professionnelles [Internet]. has-sante.fr. 2005 [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite
2. Waldenström U. Experience of labor and birth in 1111 women. *J Psychosom Res* [Internet]. 1999 [cité 18 oct 2019];47(5):471-82. Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(99\)00043-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00043-4)
3. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad IJ. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* [Internet]. 2004 [cité 10 oct 2019];31:17-27. Disponible sur: <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x>
4. Simkin P. Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth* [Internet]. 1991 [cité 10 oct 2019];18:203-10. Disponible sur: <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1991.tb00103.x>
5. Simkin P. Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth* [Internet]. 1992 [cité 10 oct 2019];19:64-81. Disponible sur: <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1992.tb00382.x>
6. Larousse É. Définitions : représentation [Internet]. Larousse. [cité 24 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/repr%C3%A9sentation/68483>
7. Jouet le Pors M. La théorie des représentations sociales [Internet]. *cadredesante.com*. 2006 [cité 24 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.cadredesante.com/spip/profession/recherche/La-theorie-des-representations>
8. Gosselin P, Chabot K, Béland M, Goulet-Gervais L, Morin AJS. La peur de l'accouchement chez des nullipares : lien avec la douleur lors de l'accouchement, les symptômes de stress post-traumatique et les symptômes dépressifs post-partum. *Encéphale* [Internet]. 2016 [cité 27 nov 2019];42(2):191-6. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.01.007>
9. Trelaun M. *J'accouche bientôt que faire de la douleur*. Gap: Le Souffle d'Or Eds; 2012.
10. André C. *La psychologie de la peur*. Paris: Odile Jacob; 2005.
11. Leclerc M. Évaluation de la peur de l'accouchement en fin de grossesse : effet de la préparation à la naissance et à la parentalité sur celle-ci [Internet] [Mémoire : sage

femme]. [Clermont-Ferrand]: Université Clermont Auvergne; 2016 [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01539336>

12. Perier S, Gautier J, O'Reilly A, Séjourné N. Le rôle de l'optimisme et de l'anxiété dans la peur de l'accouchement : une étude exploratoire. *J Thérapie Comport Cogn* [Internet]. 2016 [cité 27 nov 2019];26(4):170-9. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2016.06.001>

13. HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) : recommandations professionnelles [Internet]. *has-sante.fr*. 2012 [cité 22 oct 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite

14. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, Lavergne SD, Hamlin S, Scheffler M. Histoire de l'accouchement en Occident : évolution des connaissances, techniques, croyances, rites et pratiques professionnelles au travers des âges. *Devenir* [Internet]. 2018 [cité 21 févr 2019];30(4):399-417. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/dev.184.0399>

15. Université Médical Virtuelle Francophone (UMVF). Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. *campus.cerimes.fr*. 2011 [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/pnp/site/html/cours.pdf>

16. Assurance Maladie. L'entretien prénatal précoce, un accompagnement désormais obligatoire pour les futurs parents | [Internet]. *ameli.fr*. 2020 [cité 27 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/puy-de-dome/exercice-coordonne/actualites/lentretien-prenatal-precoce-un-accompagnement-desormais-obligatoire-pour-les-futurs-parents>

17. Légifrance. Article L2122-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. *legifrance.gouv.fr*. 2021 [cité 5 avr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041398008/

18. Maria B. À propos des recommandations pour la pratique clinique de la Haute Autorité de Santé : préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) (novembre 2005). *Gynecol Obstet Fertil* [Internet]. 2006 [cité 21 nov 2019];34(6):539. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2006.05.001>

19. Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets). *JOFR* n°98-900 (1998).

20. Neyrand G. L'évolution des lieux de naissance. Soins Pédiatrie Puériculture [Internet]. 2018 [cité 13 avr 2020];39(301):13-5. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.spp.2018.01.004>
21. Ordre des sages-femmes. Code de déontologie des sages-femmes [Internet]. 2012 [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-19-juillet-2012.pdf>
22. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). Ouverture des plateaux techniques d'accouchement aux sages-femmes libérales [Internet]. CNOSF. 2019 [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/ouverture-des-plateaux-techniques-daccouchement-aux-sages-femmes-liberales/>
23. Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). Les maisons de naissance [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-naissance>
24. Collège National des Sages-femmes de France (CNSF). Maisons de naissance : l'expérience est concluante ! [Internet]. CNSF. 2020 [cité 27 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.cnsf.asso.fr/maisons-de-naissance-l'experience-est-concluante/>
25. Fillaut T, Hontebeyrie J. Accoucher à domicile : de l'obligation à l'option. Rev Prat [Internet]. 2013 [cité 14 avr 2020];63(9):1326-9. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/archive/accoucher-domicile-de-lobligation-loption>
26. HAS. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales : méthode, recommandations pour la pratique clinique [Internet]. has-sante.fr. 2017 [cité 6 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf
27. Martin A. Rythme cardiaque fœtal pendant le travail [Internet]. cngof. 2008 [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PRESENT/pres_2008/MARTIN/martin.pdf
28. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Prévention anténatale du risque infectieux bactérien [Internet]. has-sante.fr. 2001 [cité 27 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/prevention_antenatale_du_risque_infectieux_bacterien_-_rec.pdf

29. HAS. Grossesse : Votre suivi pendant l'épidémie de Covid-19 [Internet]. has-sante.fr. 2020 [cité 27 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3187133/fr/grossesse-votre-suivi-pendant-l-epidemie-de-covid-19
30. Cochrane France. Les méthodes de poussée dans la deuxième phase de l'accouchement [Internet]. Cochrane. 2017. Disponible sur: https://www.cochrane.org/fr/CD009124/PREG_les-methodes-de-poussee-dans-la-deuxieme-phase-de-laccouchement
31. Tsatsaris V, Malassiné A, Fournier T, Handshuh K, Schaaps J-P, Foidart J-M, et al. Placenta Humain. EMC Gynécologie [Internet]. 2020 [cité 6 juill 2020];5-005-A-10:1-23. Disponible sur: <https://www.em-premium.com/article/38646>
32. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français: Réunion du 28 janvier 2005 à Lille. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod [Internet]. 2007 [cité 19 avr 2020];34(5):513. Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/S0368-2315\(05\)82867-4](https://doi.org/10.1016/S0368-2315(05)82867-4)
33. CNGOF. Prévention et protection périnéale en obstétrique [Internet]. cngof. 2018 [cité 18 avr 2020]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF_RPC_2018-PPPO.pdf&i=21003
34. CNGOF. Dystocie des épaules [Internet]. cngof. 2015 [cité 18 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015%252F2015-RPC-DYSTOCIE-EPAULES.pdf&i=21928>
35. CNGOF. L'épisiotomie. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2005;34(5):513.
36. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. cngof. 2020 [cité 27 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique?folder=RPC%2BCOLLEGE>
37. DGOS. La douleur [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 5 avr 2020]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>
38. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF n°54 (2002).
39. Risch N, Pointeau F, Poquet N. Nociception. Kinésithérapie Rev [Internet]. 2017 [cité 5 avr 2020];17(186):5-15. Disponible sur:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2017.02.130>

40. Bonapace J, Gagné G-P, Chaillet N, Gagnon R, Hébert E, Buckley S. N° 355- Fondements physiologiques de la douleur pendant le travail et l'accouchement: approche de soulagement basée sur les données probantes. *J Obstet Gynaecol Can* [Internet]. 2018 [cité 3 avr 2020];40(2):246-66. Disponible sur: [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(17\)31142-8/abstract](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(17)31142-8/abstract)
41. Bruyère M, Mercier FJ. Alternatives à l'analgésie péridurale au cours du travail. *Ann Fr Anesth Réanimation* [Internet]. 2005 [cité 6 déc 2019];24(11):1375-82. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2005.07.072>
42. Nilsson L, Thorsell T, Hertfelt Wahn E, Ekström-Bergström A. Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers. *Nurs Res Pract* [Internet]. 2013 [cité 10 oct 2019];2013:1-6. Disponible sur: <https://doi.org/10.1155/2013/349124>
43. Nilsson L, Thorsell T, Hertfelt Wahn E, Ekström A. Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers [Internet]. *Nursing research and practice*. 2013 [cité 18 oct 2019]. Disponible sur: <https://doi.org/10.1155/2013/349124>
44. Comme A La Maison (CALM). L'Accompagnement Global à la Naissance (AGN) en maison de naissance [Internet]. CALM. 2021 [cité 27 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.mdncalm.org/lacompagnement-global-a-la-naissance-agn/>
45. Ordre des sages-femmes. Les sages-femmes peuvent réaliser des actes de téléconsultation [Internet]. *ordre-sages-femmes.fr*. 2020 [cité 5 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/les-sages-femmes-peuvent-realiser-des-actes-de-teleconsultation/>
46. Krehbiel D, Poindron P, Lévy F, Prud'Homme MJ. Peridural anesthesia disturbs maternal behavior in primiparous and multiparous parturient ewes. *Physiol Behav* [Internet]. 1986 [cité 5 mars 2021];40(4):463-72. Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/0031-9384\(87\)90031-X](https://doi.org/10.1016/0031-9384(87)90031-X)
47. Williams GL, Gazal OS, Leshin LS, Stanko RL, Anderson LL. Physiological Regulation of Maternal Behavior in Heifers: Roles of Genital Stimulation, Intracerebral Oxytocin Release, and Ovarian Steroids. *Biol Reprod* [Internet]. 2001 [cité 5 mars 2021];65(1):295-300. Disponible sur: <https://doi.org/10.1095/biolreprod65.1.295>
48. Seccia Boulanger A. Message d'une sage-femme, pour une naissance libre, les peurs de la grossesse et de l'accouchement. Alès: Seccia Ariane; 2008.
49. Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF). Cotations en NGAP [Internet]. 2018 [cité 28 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.onssf.org/etre->

sage-femme/cotation-des-actes-sages-femmes-ngap/

50. Stauffer-Orbrecht F, Koenig I, Le Goualher V. Sécurité et qualité des accouchements assistés à domicile : analyse des données de l'année 2019 [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.apaad.fr/wp-content/uploads/2020/11/RAPPORT-2020-CONSOLIDE.pdf>
51. Hopitaux Universitaires de Strasbourg. Visite de la maternité du CMCO [Internet]. Hopitaux Universitaires de Strasbourg. 2021 [cité 5 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.chru-strasbourg.fr/poles/Gynecologie-obstetrique/Maternite>
52. Haute Autorité de Santé (HAS). Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement [Internet]. has-sante.fr. 2009 [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_935540/fr/grossesses-a-risque-orientation-des-femmes-enceintes-entre-les-maternites-en-vue-de-l-accouchement

Annexes

Annexe I : Tableau I : Objectifs de la PNP en rapport avec l'accouchement

Compétences	Objectifs spécifiques
1. La femme doit « <i>Faire connaître ses besoins, définir des buts en collaboration avec le professionnel de santé</i> »	La sage-femme doit amener la femme à « <i>Exprimer ses besoins, ses connaissances, en particulier son projet de naissance, [...] ses attentes, ses émotions, ses préoccupations, ses besoins d'information et d'apprentissage</i> »
2. La femme doit « <i>Comprendre, s'expliquer [...] l'accouchement</i> »	<ul style="list-style-type: none"> • Il est important pour les femmes de « <i>Comprendre le déroulement de [...] l'accouchement, des interventions au cours du travail (soulagement de la douleur, extraction instrumentale, césarienne), des suites de l'accouchement</i> » • [...]
3. On aide les femmes à « <i>Faire face, décider</i> »	<ul style="list-style-type: none"> • « <i>Décider d'être accompagnée durant l'accouchement par une personne de son entourage</i> » • [...]

Annexe II : Salle de Naissance de la Maternité xx



Annexe III : Salle physiologique de la Maternité xx



Annexe IV : Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement (52)

Selon la Haute Autorité de Santé, l'identification des niveaux de risque au cours d'une grossesse permet d'adapter la prise en charge des situations à risque de complications maternelles et fœtales.

Les situations à risque identifiées sont les suivantes :

- Allo-immunisation fœto-maternelle
- Diabète gestationnel
- Diabètes de type 1 et 2 préexistant
- Grossesse multiples
- Haut risque d'accouchement prématuré à membranes intactes
- Haut risque d'hémorragie du post partum
- Hypertension artérielle
- Hypertension artérielle gravidique
- Obésité
- Pré-éclampsie
- Rupture prématurée des membranes avant 24 semaines d'aménorrhée
- Suspicion de retard de croissance intra-utérin

Annexe V : Demande de participation publiée sur les groupes

Facebook ®

Bonjour, je suis étudiante en 5^{ème} année à l'école de sage-femme de xx. Dans le but d'obtenir mon diplôme d'état je réalise un mémoire sur la représentation de l'accouchement. Je suis donc à la recherche de femmes ayant accouché pour la première fois il y a un mois maximum et souhaitant partager avec moi son expérience de l'accouchement. Il faut que votre grossesse se soit globalement bien passée, que vous n'ayez pas eu de césarienne, ni de forceps ou de ventouse et que vous ayez suivi toutes les séances prévues de préparation à la naissance et à la parentalité. Vous pouvez me contacter sur mon adresse mail xx pour plus d'information. Au plaisir de discuter avec vous,

Eléonore Couderc

Annexe VI : Noms des groupes Facebook® sur lesquels ont été publiés
la demande de participation à l'étude

- Aides et questions – Grossesse, maternité et enfance (groupe privé)
- (Futurs) parents (groupe privé)
- Ma grossesse et mon accouchement (groupe privé)
- Grossesse, maternité, conseils (groupe privé)
- Grossesse et maternité (groupe privé)
- Accoucher sans péridurale, c'est possible ! (groupe privé)
- Parents et futurs parents (groupe privé)
- Les parents adeptes du portage physio (groupe privé)
- Futurs et jeunes parents (groupe public)
- Grossesse, accouchement, post-partum : les tabous (groupe privé)
- Naissance plaisir (groupe privé)

Annexe VII : Lettre d'information concernant l'étude délivrée aux participantes

LETTRE D'INFORMATION

LA REPRÉSENTATION DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES PRIMIPARES

COUDERC Eléonore, étudiante sage-femme à xx,
Sous la direction de xx, sage-femme enseignante à l'école de xx
Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à nous contacter par mail *****.

Madame,

Vous avez été invitée à participer à une étude appelée « La représentation de l'accouchement chez les nullipares ».

Une étude sur la représentation de l'accouchement chez les nullipares (c'est-à-dire chez les femmes qui ont jamais accouché) est engagée au sein de l'Ecole de sages-femmes de xx. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de ***** , sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de xx.

L'étude sera constituée d'un entretien d'une trentaine de minutes. Il sera réalisé en post partum par visio conférence. L'objectif principal de cette étude est de confronter votre expérience de l'accouchement à ce que vous aviez imaginé.

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

Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGDP) entré en vigueur le 25 mai 2018 de la Loi Informatique et Libertés n°2018-493 promulguée le 20 juin 2018, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration auprès du Délégué à la Protection des Données (DPD) de l'établissement.

Votre participation à cette étude est libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Conformément au RGPD et à la récente loi Informatique et Libertés du 20 juin 2018, vous avez le droit d'avoir la communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à Eléonore COUDERC, école de sages-femmes de xx.

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires : COUDERC Eléonore, étudiante sage-femme, xx.

Pour toute question relative à la protection de vos données personnelles : vous pouvez contacter le délégué à la protection des données, xx.

Merci de l'intérêt que vous porterez à mon étude, dans l'espoir de vous rencontrer prochainement,

Eléonore Couderc

Annexe VIII : Grille d'entretien initiale

I- La représentation

- Comment imaginiez-vous votre accouchement ?
- Environnement d'une salle de naissance (lieux, personnel soignant, ambiance mobilier)
- Sensations physiques (changement, transformation, contractions utérines)
- Ressenti émotionnelle (peur, appréhension, bonheur, fatigue, douleur)
- Médicalisation (actes médicaux, analgésie péridurale, voie veineuse périphérique, sondages urinaires, extractions instrumentales, rasage, toilettes, touchers vaginaux)
- Étapes (phase latente, active, dilatation, descente, efforts expulsifs, expulsion, délivrance, Post Partum immédiat)
- Émotions positives/négatives

II- Origines

- Famille
- Amis
- TV
- Internet
- Littérature

III- PNP

- Expérience personnelle de la PNP (type de PNP, individuel ou en groupe, nombre de séances)

- Les apports en lien avec l'accouchement uniquement (informations sur de début de travail, le suivi, l'expulsion, visite d'une SDN, exercices respiratoires, posturaux..)

IV- Retour sur expérience

- Description de l'accouchement
- Aspect psychologique
- Concordance représentation/expérience
- Ce qui vous a le plus surpris, à quoi vous ne vous attendiez pas ?
- Point positifs/négatifs par rapport à ce qu'il s'est passé en SDN
- Points à améliorer pour être mieux préparée à l'accouchement en maternité (PNP, consultations)
- Avez-vous l'impression que les séances de PNP ont réduit l'écart entre les représentations que vous aviez et les réalités de l'accouchement ?

Annexe IX : Grille d'entretien finale

I- La représentation

- Comment imaginiez-vous votre accouchement ?
- Environnement d'une salle de naissance (lieux, personnel soignant, ambiance mobilier)
- Sensations physiques (changement, transformation, contractions utérines)
- Ressenti émotionnelle (peur, appréhension, bonheur, fatigue, douleur)
- Médicalisation (actes médicaux, analgésie péridurale, voie veineuse périphérique, sondages urinaires, extractions instrumentales, rasage, toilettes, touchers vaginaux)
- Étapes (phase latente, active, dilatation, descente, efforts expulsifs, expulsion, délivrance, Post Partum immédiat)
- Émotions positives/négatives
- Rencontre avec son enfant
- Phase de désespérance

II- Origines

- Famille
- Amis
- TV
- Internet
- Littérature
- Qu'avez-vous retenu de ces sources d'information ?

III- PNP

- Expérience personnelle de la PNP (type de PNP, individuel ou en groupe, nombre de séances)
- Les apports en lien avec l'accouchement uniquement (informations sur le début de travail, le suivi, l'expulsion, visite d'une SDN, exercices respiratoires, posturaux..)

IV- Retour sur expérience

- Description de l'accouchement
- Aspect psychologique
- Concordance représentation/expérience
- Ce qui vous a le plus surpris, à quoi vous ne vous attendiez pas ?
- Points positifs/négatifs par rapport à ce qu'il s'est passé en SDN
- Points à améliorer pour être mieux préparée à l'accouchement en maternité (PNP, consultations) -avez-vous l'impression que les séances de PNP ont réduit l'écart entre les représentations que vous aviez et les réalités de l'accouchement ?
- Que diriez-vous à une femme qui va accoucher de son premier enfant dans quelques jours pour l'aider à se préparer ?

**Annexe X : Résumé des recherches, études ou évaluations à des fins
d'enregistrement dans le répertoire Informatique & Libertés**

Intitulé de l'étude	LA REPRÉSENTATION DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES PRIMIPARES
Organisme responsable de traitement**	
Responsable de traitement	Nom, Prénom : COUDERC Eléonore
	Fonction : étudiante sage-femme
	E-mail : xx
Organisme responsable de mise en œuvre*** (si différent)	
Responsable de la mise en œuvre (si différent)	Nom, Prénom :
	Fonction :
	E-mail :
Objectifs principal et secondaires	<p>L'objectif principal de l'étude est :</p> <p>Comparer le vécu de l'accouchement chez les primipares aux représentations qu'elles en avaient.</p> <p>Les objectifs secondaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Savoir si les facteurs qui influencent le vécu des femmes sont les mêmes que ceux décrits dans la littérature -Quels sont les apports de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) ?

<p>Étude Interne ou MR utilisée ou Enquête Anonyme</p>	<p>Étude Interne MR-004 Enquête Anonyme</p>
<p>Sources de données utilisées (choix multiples)</p>	<p>Dossiers médicaux :</p> <p>Enquête / Cohorte / Registre n'incluant pas des données du SNDS</p> <p>Enquête / Cohorte / Registre incluant des données du SNDS</p> <p>Autres données (précisez...)</p>
<p>Population concernée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Critères d'inclusions -femmes comprenant le français -primipares qui viennent d'accoucher d'un enfant unique, à terme, après une grossesse à bas risque selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé -primipares ayant réalisé toutes les séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité classique -primipares ayant réalisé une mise en travail spontané à membranes intactes -primipares ayant accouché par voie basse spontanée sans extraction instrumentale -absence de pathologie maternelle et fœtale au moment du recrutement (cardiopathies, troubles psychiatriques, pathologies altérant les représentations initiales de l'accouchement)

	<p>-femmes ayant accouché il y a moins d'un mois</p> <ul style="list-style-type: none"> • Critères d'exclusions <p>- femme qui n'est pas équipée d'un ordinateur avec internet et webcam</p> <ul style="list-style-type: none"> - femme ayant accouché il y a plus de 30 jours au moment de l'entretien. <p>-mort néonatale suite à cet accouchement</p>
Historique utilisé	<p>Aucun historique utilisé.</p> <p>Étude qualitative de type descriptive et interprétative réalisée à partir d'entretiens individuels semi-dirigés via un appel téléphonique.</p> <p>Les résultats ont été analysés par une analyse thématique de contenu.</p>
Contexte de l'étude	<p>Permettre aux femmes de se sentir mieux préparer pour cet étape importante de la vie que représente l'accouchement</p>
Méthodologie	<p>Contact de la population par mail et réseaux sociaux principalement en incluant une lettre d'information.</p> <p>Choix d'une dizaine de participants à l'étude.</p> <p>Recueil du consentement de chaque participant.</p> <p>Entretiens individuels semi-directifs à l'aide d'une grille d'entretien réalisés par appel et ou appel en visio.</p> <p>Les éléments sont recueillis de manière anonyme.</p> <p>Analyse thématique des données.</p> <p>Enregistrements archivés dans un fichier sécurisé uniquement accessible par l'enquêtrice.</p> <p>Destruction des données à la fin de l'étude.</p>

Justification du caractère d'intérêt public de l'étude	Étude pour un mémoire de fin d'études dans le cadre de l'école de Sages-femmes du CHU de xx
Durée de conservation des données	Les données seront détruites après l'étude et la soutenance du mémoire.
Calendrier de l'étude et planning prévisionnel de communication des résultats	<p>Septembre 2020 : réalisation des entretiens.</p> <p>Octobre-novembre 2020 : retranscription des entretiens.</p> <p>Novembre 2020-avril 2021 : analyse des données.</p> <p>Avril-mai 2021 : remise du mémoire.</p> <p>Juin 2021 : soutenance du mémoire.</p>

* Conformément à l'article 34-2 du décret n° 2005-1309 du 20 octobre 2005 modifié pris pour l'application de la loi Informatique et Libertés.

Cette obligation est également rappelée dans les méthodologies de référence.

** Responsable de traitement = la personne physique ou morale qui, seule ou conjointement avec d'autres, est responsable d'une recherche, étude ou évaluation n'impliquant pas la personne humaine, en assure la gestion, vérifie que son financement est prévu et qui détermine les finalités et les moyens des traitements nécessaires à celle-ci

*** Responsable de mise en œuvre = la personne désignée par le responsable de traitement, et agissant sous sa responsabilité, veillant à la sécurité des informations et de leur traitement, ainsi qu'au respect de la finalité de celui-ci

Résumé

Introduction : L'accouchement est un moment particulier de la vie, tant au niveau physique qu'émotionnel. Chaque femme, et notamment les futures primipares, se représentent ce moment unique.

Objectifs : Comparer les représentations que des primipares avaient de leur accouchement avec leur vécu de ce dernier.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative, de type descriptive et interprétative. Dix entretiens semi-directifs ont été réalisés chez des primipares ayant accouché dans les trois mois précédents les entretiens.

Résultats et discussion : Les femmes interrogées avaient déjà une idée du déroulement d'un accouchement en se renseignant via différentes sources (récits de proches, internet, lectures...). Mais certains éléments plus techniques et plus personnalisés permettent un meilleur vécu de l'accouchement et sont apportés par la Préparation à la Naissance et à la Parentalité.

Conclusion : Chaque accouchement est unique et imprévisible, c'est pour cela qu'il n'est pas possible de se le représenter de façon précise. Par contre, pour favoriser son bon vécu et se rapprocher au maximum de la réalité de la prise en charge, il existe un outil de choix : La Préparation à la Naissance et à la Parentalité. Ces huit séances ont pour but d'identifier les facteurs de risque de vulnérabilité des femmes et des couples pour se rapprocher de leurs besoins et évaluer leurs connaissances initiales afin de réduire l'écart entre leurs représentations et l'accouchement à venir.

Mots clés : représentation, accouchement normal, préparation à la naissance et à la parentalité, peur, douleur, vécu.

Background : Giving birth for the first time is a very specific physical and psychological moment. Every future first time mother is asking herself questions about this particular event of life.

Objectives : Comparing childbirth's women representation with their experience of this moment.

Methods : A descriptive and interpretative qualitative study was conducted. Ten first time mothers were interviewed within three months after their delivery.

Findings and discussion : Every interviewed woman had her own idea about the proceeding of their future childbirth. But the birth and parenthood preparation classes bring more technical and personalized elements.

Conclusion : Each delivery is unique and unpredictable, that's why it's impossible to imagine precisely how it will happens. However, to improve this life experience, a great tool exists : birth and parenthood preparation classes. The aim of these eight sessions is to identify the main women's and couple's vulnerability risk factors to get closer of their needs and initials knowing to reduce the differences between their representations and reality.

Key words : representation, physiological childbirth, birth and parenthood preparation classes, fear, pain, experiences.