



HAL
open science

Vécu de la naissance par la femme lorsque la projection écrite a différé de la réalité

Clémence Richer

► **To cite this version:**

Clémence Richer. Vécu de la naissance par la femme lorsque la projection écrite a différé de la réalité. Gynécologie et obstétrique. 2023. dumas-04609244

HAL Id: dumas-04609244

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04609244v1>

Submitted on 12 Jun 2024

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 RENNES

Vécu de la naissance par la femme lorsque
la projection écrite a différé de la réalité

Mémoire présenté par Clémence RICHER

Sous la direction de Stéphanie DUVAL-LAINS, Sage-Femme

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME 2023

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE RENNES

Vécu de la naissance par la femme lorsque la projection écrite a différé de la réalité

Mémoire présenté par Clémence RICHER

Sous la direction de Stéphanie DUVAL-LAINS, Sage-Femme

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME 2023

L'école de sages-femmes n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire : ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur

“Accompagner quelqu'un, c'est se placer ni devant, ni derrière, ni à la place. C'est être à côté”

Joseph Templier

REMERCIEMENTS

À Stéphanie, pour tes connaissances, tes conseils, tes avis et ton soutien durant cette année et demie. Sans tout cela, ce travail n'aurait pas pu aboutir, alors mille fois merci.

À mes plus grands piliers : mes parents, mes sœurs Margaux et Juliette ainsi que mon frère Pierre. Vous le savez, sans votre présence, sans votre soutien inconditionnel au cours de toutes ces années, je n'aurai jamais pu réussir.

À Lucile, depuis toutes ces années. Ta présence, toujours, même de loin.

À Léa, à ton soutien et ta présence à toute épreuve durant ces quatre ans. Tu m'as permis de devenir la sage-femme que je suis.

À Nadège, Angéline, Charlotte, Marie, Enora, Maïna (et Léa !). À nos fous rires, voyages et moments incroyables passés toutes ensemble et tous les autres à venir. Vous êtes des personnes exceptionnelles et vous serez de formidables sages-femmes.

À toute la promotion 2019-2023 pour ces quatre belles années.

Aux treize femmes que j'ai interrogées. Sans vous, ce mémoire n'aurait pas pu voir le jour. Merci pour vos témoignages si précieux.

À Alice, pour ton temps consacré à la relecture de mon mémoire et ta bienveillance.

À mon guidant de mémoire Rémi BÉRANGER pour tes nombreuses relectures et conseils.

GLOSSAIRE

PN : Projet de Naissance

HAS: Haute Autorité de Santé

CIANE: Collectif interassociatif autour de la naissance

PNP: Préparation à la Naissance et à la Parentalité

EPP : Entretien Périnatal Précoce

VPN: Visite Post-Natale

PRADO : Programme de Retour à Domicile

EPNP : Entretien Post-Natal Précoce

CNSF : Collège National des Sages-Femmes

DPP : Dépression du Post-Partum

ESPT : État de Stress Post-Traumatique

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	1
1. Contextualisation	1
2. Le projet de naissance (PN)	3
2.1. Définition	3
2.2. Chiffres liés au PN	4
2.3. Impacts du PN	4
3. Problématique, hypothèses et objectif de l'étude	6
II. POPULATION ET MÉTHODE	8
1. Type d'étude	8
2. Population étudiée	8
2.1. Critères d'inclusion	8
2.2. Mode de recrutement	8
3. Forme et méthode	9
3.1. Guide d'entretien	9
3.2. Déroulement des entretiens	9
III. RÉSULTATS	11
1. Caractéristiques de la population	11
2. La grossesse	12
2.1. Son déroulement et le vécu émotionnel	12
2.2. Suivi de grossesse et préparation à la naissance et à la parentalité	13
2.2.1. Suivi de grossesse	13
2.2.2. Préparation à la naissance et à la parentalité	14
3. Construction du projet de naissance	15
3.1. Pourquoi et comment ont-elles eu l'idée d'élaborer un PN ? A quel moment l'ont-elles écrit ?	15
3.2. Sources utilisées par les femmes de l'étude pour l'élaboration du PN	16
3.3. Le projet de naissance pour les femmes interrogées	16
3.3.1. Leur définition du terme "projet"	16
3.3.2. Leur définition du projet de naissance et leur avis sur son appellation	17
3.3.3. Portée du projet de naissance pour les femmes interrogées	18
4. Le travail et l'accouchement : ce qu'elles avaient imaginé face à la réalité	18
5. Vécu	19
5.1. Leur ressenti lorsqu'un projet quelconque n'aboutit pas	19
5.2. Leur vécu quant à la naissance	20
5.2. Leur ressenti quant à la finalité du projet de naissance	20
5.3. Leur avis sur l'influence du non aboutissement de leur projet de naissance écrit et leur vécu de la naissance	21
5.4. Influence de leur vécu d'accouchement sur une future grossesse	22
5.5. Influence de leur vécu d'accouchement sur le lien mère-enfant et la maternité en général	23

6. Les professionnels de santé face au projet de naissance ainsi que les besoins exprimés par les femmes à chaque étape	24
6.1. Pendant la grossesse	24
6.2. Pendant le travail et l'accouchement	26
6.2.1. Abord du sujet	26
6.2.2. Accueil du projet de naissance	27
6.2.3. Discussion autour du projet de naissance	27
6.2.4. Besoins exprimés par les femmes lors du travail et l'accouchement	28
6.3. Dans le post-partum	29
IV. DISCUSSION	31
1. Forces de l'étude	31
2. Limites de l'étude	31
3. Discussion des résultats à l'aide de la littérature	33
2.1. Influence du PN non réalisé en post-partum	33
2.1.1. Discussion des résultats de notre étude avec l'enquête du CIANE réalisée en 2012	33
2.1.2. Influence des attentes à propos de l'accouchement en anténatal sur la période du post-partum	34
2.1.3. Processus psychique d'idéalisation et influence sur le vécu de la naissance	35
2.1.4. L'abord du vécu de la naissance dans le post-partum lorsque le PN a différé de la réalité	36
2.2. Impact de l'accompagnement du PN en anténatal sur l'après	41
2.2.1. Retentissements du manque d'information en anténatal sur le vécu de la naissance dans le post-partum	41
2.2.3. L'abord du projet de naissance en connivence avec les différentes étapes de gestation psychique	42
2.3. Rôle de la sage-femme en per-natal	46
2.4. Discussion autour de de l'appellation "projet de naissance"	47
V. CONCLUSION	49
VII. BIBLIOGRAPHIE	
VIII. ANNEXES	

I. INTRODUCTION

1. Contextualisation

En France, dans les années 50, plus de la moitié des femmes accouchent à l'hôpital. Dans les années 70, ce taux passe à 94% (1) : l'accouchement à l'hôpital est devenu la norme. Les années 80 sont notamment marquées par le développement de l'utilisation de la péridurale dans les maternités françaises (2) mais également par une prise en charge médicale accrue, avec la généralisation de techniques de dépistage prénatal, déclenchement du travail, perfusion d'ocytociques... (3). Ce phénomène, que l'on appelle la médicalisation de la naissance, est décrit dans les travaux par F.LAURENDEAU, et défini comme « *la prise de contrôle par l'appareil médical sur la définition et le déroulement du processus de la naissance résultant (...) de l'élargissement du pouvoir médical sur la vie sociale* » (4). Il est néanmoins nécessaire de contextualiser la médicalisation de la naissance. Effectivement, elle est issue d'un historique complexe, les techniques de l'accouchement s'étant progressivement transformées ainsi que les lieux d'accouchement. C'est ainsi qu'au cours du XXème siècle, on assiste à la diffusion massive de l'accouchement à l'hôpital. Tout cela se fait à la suite de périodes au cours desquelles la morbi-mortalité maternelle et néonatale était très élevée (5) (6) ; la médicalisation de la naissance a entre-autres permis un recul de la mortalité maternelle et infantile qui était antérieurement très élevée (7).

Dans les années 1990, on assiste au mouvement de concentration des maternités : un groupe de travail du Haut Comité de la santé publique remet un rapport sur "la sécurité à la naissance" expliquant que la sécurité est insuffisante dans les maternités réalisant moins de 500 accouchements par an (9). S'ensuit alors un mouvement de fermeture des "petites maternités", et la concentration des accouchements dans de plus grosses structures, dans lesquelles le nombre de lits en maternité est évalué sur les besoins de la population d'une région. Est alors imposée aux professionnels une certaine gestion des flux de population. La prise en charge des patientes n'échappe alors pas à un deuxième phénomène que l'on nomme la standardisation de la naissance. Odile MONTAZEAU, sage-femme, explique dans son écrit nommé "*L'industrialisation de la naissance*" (10) : "*qu'elles soient publiques ou privées, ces grosses structures imposent aux professionnels la*

gestion des flux de population. Cette gestion entraîne une constante volonté de maîtriser le temps et une modification des pratiques, double maîtrise allant à l'encontre du respect de la physiologie en instrumentalisant la naissance, en gommant toute singularité des femmes”.

En parallèle de la médicalisation et la standardisation de la naissance, un troisième phénomène apparaît, *“l’humanisation des soins en obstétrique”* (4), qui, au moment des travaux de France LAURENDEAU (1983) se manifeste par exemple par la présence du père lors de l’accouchement. Ces phénomènes évoluent et en France dans le début des années 2000, le patient acquiert du point de vue légal une vraie place dans sa santé en général (Loi Kouchner du 4 mars 2002) *“toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu’il lui fournit, les décisions concernant sa santé”* (Art. L. 1111-4) (11). Cette loi a établi un régime autonome de responsabilité et *“a eu pour effet d’uniformiser ce régime entre le droit administratif et le droit civil”* (12).

Dans ce contexte avait eu lieu en 2003 une mission périnatalité. Dans la conclusion se trouvait vingt propositions pour une politique périnatale ; notamment les deux propositions suivantes : *“Permettre à la femme d’élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance”* (proposition 2) et *“Améliorer la place de l’usager dans le système de soins périnataux”* (proposition 12) (13). Concernant cette dernière, il était notifié : *“il est fondamental que les femmes enceintes et leur partenaire aient un rôle actif dans le choix de leur filière de soins, du lieu de leur accouchement et de l’organisation du post-partum [...] ceci devrait permettre un choix éclairé et aboutir à ce que les femmes choisissent en fonction de leur attente”*. La deuxième proposition, en rapport avec la douzième, concernait l’élaboration d’un **projet de naissance** (PN) par la patiente : *“c’est ainsi qu’une information éclairée sur l’offre de soins périnataux sera donnée à la patiente, lui permettant, en toute connaissance de cause, de définir le type de prise en charge qu’elle souhaite, de choisir entre secteur public ou libéral, de se confier au personnel médical qu’elle choisit par affinité. De cette façon, elle pourra établir un véritable «projet de suivi de grossesse et d’accouchement»“*. Ce sera la première notification du projet de naissance en France dans un texte officiel. Le PN sera confirmé en 2005 dans les recommandations de l’HAS (Haute Autorité de Santé) sur la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) dans le cadre du plan de

périnatalité 2005-2007 nommé *“Humanité, proximité, sécurité, qualité”*. Dans ces dernières il est expliqué qu’auparavant, la PNP était centrée sur la prise en charge de la douleur, et qu’elle s’oriente dorénavant vers **un accompagnement global** de la femme et du couple en favorisant leur participation active notamment dans un **projet de naissance** (14). En 2017, la HAS mentionne le projet de naissance dans ses recommandations nommées *“Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales”* et met en avant le rôle primordial de *“l’information des femmes et des couples pour qu’ils réalisent des **choix éclairés**”,* et de *“l’établissement d’une **discussion** avec l’équipe soignante afin de pouvoir prendre en charge les patientes en **globalité** grâce à la connaissance de leurs préférences et de leurs attentes, **notamment exprimées dans un projet de naissance**”* (15). Comme l’explique Sylvie BONNEFONT, sage-femme *“le développement du concept de projet de naissance traduit une évolution sociétale [...] de nombreux patients ont exprimé leur volonté d’être au coeur de leur prise en charge, de comprendre pour participer et adhérer ”* (16).

2. Le projet de naissance (PN)

2.1. Définition

D’après le Comité Inter-Associatif autour de la Naissance (CIANE), les projets de naissance sont *“l’expression, souvent formalisée des souhaits de la femme/des parents concernant les conditions de l’accouchement”* (17). Effectivement, le PN prend généralement la forme d’un document écrit dans lequel la femme/le couple mentionne des désirs, des attentes pour le suivi de grossesse, de l’accouchement, de l’accueil de l’enfant et du séjour à la maternité.

Dans son argumentaire nommé *“Suivi et l’orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées”* et datant de 2007, la HAS propose une définition du projet de naissance sur laquelle nous pouvons nous baser : *“[...] le projet de naissance consiste en un ensemble de **choix** que vont faire les femmes et/ou les couples concernant le suivi médical de la grossesse et la préparation à l’accouchement, les modalités d’accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale (y compris les conditions d’un retour précoce à domicile), et le recours en cas de difficulté. **Il est la conjonction entre leurs aspirations et l’offre***

locale de soins” (18).

2.2. Chiffres liés au PN

D’après une enquête réalisée par le CIANE (19) réalisée en 2012 (nommée “*Respect des souhaits et vécu de l’accouchement*”) le pourcentage de femmes qui ont des souhaits particuliers concernant leur accouchement augmente régulièrement “**36% avant 2005 à 57% en 2011**”. D’après cette enquête, la fréquence des PN augmente conjointement “**7% avant 2005 ; 18% depuis 2009**”. Par ailleurs, le PN fait partie depuis 2021 des critères de la certification des établissements de santé pour la qualité des soins “*les futurs parents discutent d’un projet de naissance avec l’équipe soignante dès le début de la grossesse*” dans le chapitre concernant les patients (20). Dorénavant, le PN fait visiblement partie intégrante du paysage obstétrical.

2.3. Impacts du PN

L’élaboration de ce projet peut permettre aux femmes de se renseigner, de s’informer, de penser à la naissance de leur enfant et d’être actrice de celle-ci. Cela peut amener les femmes et co-parents à se poser des questions à propos de la naissance de leur enfant (21) et de développer ainsi leur connaissance à propos du déroulement d’un accouchement. Et, comme l’explique Michel BRIEX, gynécologue-obstétricien à LIBOURNE, «*que le projet soit rédigé ou non, avoir une réflexion sur ce que l’on veut ou ce que l’on ne veut pas, c’est déjà se projeter dans le futur accouchement et être participant* » (22).

Élaborer ce genre de projet peut aider les femmes à ouvrir la discussion avec le co-parent et à faire ce chemin à deux, ce qui peut ainsi permettre de diminuer leurs peurs ou leurs angoisses. Effectivement, le PN permettrait de diminuer “*l’état de vulnérabilité dans lequel tout être humain se trouve lorsqu’il est confronté à une situation inconnue*” (23).

Une des portées du PN est le **dialogue avec les soignants**, il peut en effet permettre aux femmes et co-parents de communiquer leurs désirs avec les professionnels de santé (24). L’interaction avec ces derniers, plus particulièrement les sages-femmes qui sont présentes à de nombreuses étapes (grossesse, travail,

accouchement, post-partum...), peut les amener à cheminer dans leur réflexion pour élaborer le PN. Celui-ci serait alors un outil élaboré en **collaboration** avec les professionnels de santé tout au long de la grossesse, comme l'explique Fleur MAHET *“le projet de naissance est une véritable **co-construction**, à élaborer patiemment, au fil des rencontres, le temps aidant à cheminer vers une forme acceptable de part et d'autre, ou à trouver des alternatives : réorientation du couple ou de la femme vers une structure ou un professionnel plus adapté à son projet”*. Pourtant, les PN font l'objet de nombreuses incompréhensions de la part des soignants. Effectivement, dans ce contexte d'industrialisation de la naissance, les objectifs du système hospitalier sont souvent en contradiction avec ceux d'un PN individuel. Ceci peut créer des tensions entre les différents acteurs de la naissance (soignants, la femme, le co-parent) *“les tensions découlent de croyances contradictoires sur la naissance, le choix et le contrôle, et l'équilibre des pouvoirs entre les femmes et leurs soignants”* (24). Une étude réalisée en 2002 montrait que quatre facteurs (attentes personnelles, niveau de soutien des soignants, la qualité de la relation soignant-soigné et l'implication dans la prise de décision) ont une forte influence sur le vécu de la naissance pour les femmes (25). J.LOTHIAN expliquait que chacun de ces quatre facteurs pourrait être facilité par un PN (24).

Il a été montré que le vécu de la naissance était le facteur recueillant les plus hauts niveaux de stress perçus quelle que soit la parité dans une étude française datant de 2015 (26). De plus, il a été montré dans une autre étude que le vécu de la naissance pouvait avoir un impact sur la mère mais également sur l'enfant (27).

L'enquête du CIANE (2012) a montré que **le vécu de l'accouchement pouvait être corrélé au respect de ces souhaits par l'équipe soignante** (19). Effectivement, *“90% des femmes dont les souhaits ont été respectés ont très bien ou plutôt bien vécu leur accouchement [...] celles dont les souhaits n'ont pas été respectés ne sont que 43% (plan physique) et 30% (plan psychologique) à partager cette opinion”*. De plus, le sentiment de contrôle perçu par les femmes au cours de leur accouchement, le sentiment d'impuissance sont deux facteurs ayant été retrouvés parmi les événements qui sont majoritairement liés aux troubles psychologiques dans le post-partum (28). D'ailleurs, deux études datant de 2007 et 2020 ont montré qu'un projet de naissance non réalisé semble avoir une influence sur la survenue d'une dépression du post-partum (DPP) (29) (30).

3. Problématique, hypothèses et objectif de l'étude

Au vu de l'impact que semble avoir le PN sur le vécu de la naissance de la femme, nous pourrions, dans le cadre de cette étude, nous poser la question suivante : **en quoi la non-réalisation du projet de naissance écrit peut-elle influencer le vécu de la femme ?**

Les quatre hypothèses suivantes ont alors pu être formulées face à cette question de départ :

- l'accompagnement de la femme par les sages-femmes tout au long de la grossesse pour la préparation du PN écrit peut influencer le vécu de l'accouchement
- le degré de communication entre le personnel soignant et la femme lors du travail et de l'accouchement à propos du PN a une influence importante sur le vécu de l'accouchement
- il est possible que le vécu de la femme qui accouche soit difficile dans le cas où elle a créé une projection précise de son accouchement
- l'accompagnement en post-partum des femmes ayant eu un PN non réalisé peut influencer le vécu de la naissance

Il existe déjà des mémoires qui traitent de l'élaboration du PN par les couples ; d'autres qui étudient le point de vue des sages-femmes sur le sujet. Il est fréquent que les PN ne se réalisent pas, concernerait 37% des femmes de l'échantillon de l'enquête du CIANE (19). La démarche de recherche et d'analyse de cette étude a donc pour objectif **de décrire le ressenti des femmes qui n'ont pas réalisé leur PN.**

Effectivement, dans la mesure où les PN font dorénavant partie du paysage obstétrical et donc de notre travail courant, il serait intéressant pour nous, professionnel(le(s)), d'avoir une idée de ce que les femmes peuvent ressentir lorsque l'issue de la naissance ne correspond pas à ce qu'elles avaient écrit et imaginé. Ceci serait dans la visée de pouvoir les accompagner le mieux possible. Nous nous intéresserons également aux besoins que peuvent ressentir ces

femmes vis-à-vis de l'accompagnement du PN, que ce soit lors de la période anténatale, per-natale ou post-natale.

A donc été effectué dans ce but des entretiens semi-directifs avec treize femmes ayant rédigé un PN ne s'étant, pour elles, pas accompli ou pas complètement.

II. POPULATION ET MÉTHODE

1. Type d'étude

Pour répondre à l'objectif de départ, j'ai opté pour une étude qualitative reposant sur des entretiens semi-directifs menés auprès de femmes ayant réalisé un PN qui n'a pas pu se réaliser comme initialement prévu. Effectivement, ce type d'étude me paraissait la plus appropriée pour analyser le vécu et le ressenti des femmes.

2. Population étudiée

2.1. Critères d'inclusion

L'étude a inclus des femmes ayant accouché entre janvier 2020 et 2022 et ayant écrit un PN qui a différé de la réalité, quelle que soit leur parité. Les femmes ne parlant pas ou ne comprenant pas le français ainsi que les femmes mineures n'ont pas été incluses.

2.2. Mode de recrutement

J'ai recruté la totalité des participantes sur le réseau social Facebook. Tout d'abord, j'ai créé en mai 2022 une page Facebook dédiée à mon mémoire, nommée "*Vécu des femmes dont le projet de naissance écrit ne s'est pas réalisé*". J'y ai posté une publication (Annexe 1), ensuite partagée sur mon compte personnel. Celle-ci a alors été partagée par vingt personnes.

Une semaine après, je me suis rendue compte que je n'avais recruté personne. J'ai donc décidé de poster une publication sur plusieurs groupes Facebook qui comprenaient sûrement des femmes qui correspondent aux critères d'inclusion de l'étude : "*Les petites mamans de Rennes*", "*Accoucher sans péri, c'est possible !*", "*Post-partum et compagnie*". Pour que ma publication puisse être postée sur chacun de ces groupes, j'ai dû proposer un texte où j'expliquais ma

démarche à chacun des modérateurs. Ceux-ci ont par la suite posté ma publication. Puis, entre le mois de mai et le mois d'août, dix-huit femmes m'ont écrit, toujours via ce réseau social. Cinq femmes ont arrêté de me répondre. J'ai donc réalisé en tout treize entretiens jusqu'à arriver à saturation.

Cette méthode de recrutement m'a permis de toucher un grand nombre de femmes et d'obtenir une population très hétérogène.

3. Forme et méthode

3.1. Guide d'entretien

J'ai réalisé mon guide d'entretien (Annexe 2) courant avril 2021, à l'aide de ma directrice de mémoire, Stéphanie DUVAL-LAINS (sage-femme à La Sagesse, filière physiologique Parenthéi), ma première guidante, Madame GUERMEUR (ancienne sage-femme directrice de l'école de sage-femme de RENNES) puis Monsieur BERANGER (maître de conférences en maïeutique et sage-femme clinicien au CHU de RENNES) , ainsi que Karine CHAUVIN (sociologue en santé publique).

On y retrouve cinq thèmes principaux :

- Informations générales de l'enquêtée
- Grossesse: déroulement, vécu émotionnel, suivi
- Déroulement du travail, de l'accouchement, du post-partum immédiat
- Vécu, attentes et besoins
- Construction du projet de naissance

3.2. Déroulement des entretiens

Le premier entretien a été réalisé le 18 mai 2022 et le dernier le 20 août 2022. Onze entretiens ont été réalisés par visioconférence et deux entretiens par téléphone. En effet, les femmes recrutées habitaient trop loin de RENNES pour réaliser les entretiens en présentiel. Ceux-ci ont duré entre vingt minutes et une heure dix, donc en moyenne quarante-cinq minutes. Ils ont été enregistrés après

recueil de l'accord oral de l'enquêtée, afin de pouvoir les retranscrire et se sont déroulés à partir du guide d'entretien puis ont été retranscrits mot pour mot et anonymisés. J'ai choisi de renommer chacune des femmes afin de conserver leur anonymat.

A la fin de chaque entretien, j'ai proposé aux femmes de me transmettre leur projet de naissance afin de les analyser, et j'ai pu en recueillir sept, certaines l'ayant perdu ou ne l'ayant pas gardé après leur accouchement.

III. RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population

Tableau n° 1 : caractéristiques de la population d'étude

	Âge	Profession	Nombre d'enfants	Situation affective	Année de l'accouchement pour l'étude
Caroline	34 ans	Office manager	1	En couple	2020
Solène	39 ans	Professeure des écoles	2	En couple	2021
Clara	31 ans	Infirmière	1	En couple	2021
Marion	27 ans	Ressources humaines	1	En couple	2020
Léa	30 ans	Ressources humaines	1	En couple	2021
Aline	26 ans	Libraire	1	En couple	2021
Lise	28 ans	Infirmière	1	En couple	2021
Laure	30 ans	Avocate	1	En couple	2020
Estelle	31 ans	Vendeuse	2	En couple	2020
Claire	21 ans	Assistante maternelle	1	Célibataire	2021
Margot	32 ans	Responsable agence d'aide à domicile	1	En couple	2021
Juliette	33 ans	Médecin	2	En couple	2020
Lucile	26 ans	Orthophoniste	1	En couple	2022

Comme nous pouvons le voir dans le tableau n°1 récapitulant les caractéristiques de la population de cette étude, les femmes interrogées avaient un âge compris entre 21 et 39 ans, la moyenne d'âge était donc de 30 ans environ.

Au moment de l'étude, toutes étaient françaises et avaient une activité professionnelle ; je remarque qu'elles étaient variées, et que quatre d'entre-elles travaillaient dans le domaine de la santé. Nous pouvons donc en conclure que les femmes interrogées avaient une situation professionnelle stable.

Dix d'entre-elles étaient primipares, les trois autres étaient des deuxièmes pares. Elles ont toutes accouché entre 2020 et 2022, cela faisait en effet partie de mes critères d'inclusion. Nous pouvons remarquer que la majorité a accouché en 2021. En ce qui concerne les deuxièmes pares, il faut noter que Solène et Estelle me parlaient de leur deuxième accouchement et que Juliette me parlait de son premier accouchement.

Au moment de l'étude, toutes étaient en couple, sauf Claire, la plus jeune d'entre-elles.

2. La grossesse

2.1. Son déroulement et le vécu émotionnel

Toutes ont eu une grossesse de déroulement physiologique, à part Caroline qui me disait avoir eu un diabète gestationnel (équilibré sous-régime) et une pré-éclampsie tardive. Huit d'entre elles m'ont spontanément répondu que leurs grossesses s'étaient bien déroulées.

Solène, Claire et Lise disaient avoir eu un début de grossesse assez compliqué à cause des symptômes sympathiques liés à la grossesse : *“les premiers mois ont été très compliqués parce que j'avais des nausées, les odeurs c'était impossible”* (Solène).

Ensuite, sur le plan du vécu émotionnel, les réponses sont différentes, quelques femmes disaient avoir très bien vécu leur grossesse : *“être enceinte c'est un bonheur, moi j'adore ça”* (Solène) ; *“j'ai un vécu parfait !”* (Estelle).

D'autres femmes racontaient avoir été anxieuses pendant leurs grossesses, pour des raisons différentes. Par exemple, Lucile me disait avoir eu une grossesse traumatisante sur le plan émotionnel, étant en dernière année d'études et Margot, qui est médecin généraliste, racontait : *“au vu de ma profession, j'avais quand même quelques petites angoisses puisque lorsque quelque chose ne va pas, on pense souvent au pire”*.

2.2. Suivi de grossesse et préparation à la naissance et à la parentalité

2.2.1. Suivi de grossesse

Pour le suivi correspondant aux consultations obstétricales mensuelles, les treize femmes ont répondu à la question suivante : *“quel(s) professionnel(s) de santé (sage-femme, gynécologue-obstétricien, médecin généraliste) vous a accompagné au cours de votre grossesse ?”*.

Les résultats sont présentés dans un tableau (Annexe 3). Ainsi, neuf d'entre-elles ont été suivies par des sages-femmes libérales tout au long de leur grossesse. Certaines ont fait ce choix par rapport à leur projet de naissance initial. En effet, Margot et Léa avaient choisi d'être suivies par des sages-femmes accompagnant les accouchements dans le cadre du plateau technique. Lucile m'a précisé avoir choisi une sage-femme libérale accompagnant les naissances à domicile. Deux d'entre-elles (Aline et Laure) m'ont précisé la raison pour laquelle elles avaient fait le choix d'être suivies plutôt par une sage-femme qu'un médecin généraliste ou un gynécologue-obstétricien du fait de leur passé médical : *“je suis partie sur un suivi sans gynécologue parce que j'ai une histoire avec un gynécologue un peu sombre”* (Aline) ; *“il m'est arrivé des trucs dans ma vie assez graves où la médecine a échoué pour expliquer et poser un diagnostic, j'en ai donc retiré une certaine défiance, c'est pour cela que je souhaitais être suivie par une sage-femme et non un gynécologue”* (Laure).

Estelle et Clara ont toutes les deux été suivies seulement par un gynécologue-obstétricien. Solène et Marion ont été suivies à la fois par une sage-femme et un gynécologue obstétricien ; Solène ayant déménagé en fin de grossesse et Marion ayant choisi, pour la deuxième partie de sa grossesse, de continuer son suivi en filière physiologique.

Nous pouvons alors en conclure que pour leur suivi de grossesse mensuel, la plupart des femmes de mon étude ont été suivies par des sages-femmes libérales et que pour certaines d'entre-elles, ce choix était lié à leur projet de

naissance ou alors à leur passé médical.

2.2.2. Préparation à la naissance et à la parentalité

En ce qui concerne la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), deux des treize femmes de mon étude (Estelle et Laure) disaient ne pas avoir participé à des séances de PNP, pour des raisons différentes. Estelle, qui attendait son deuxième enfant, n'en ressentait pas le besoin car elle avait déjà participé à des séances lors de sa première grossesse. Laure, qui était enceinte en période de pandémie de la Covid 19 pouvait participer à des séances mais celles-ci étaient proposées en visio, et cela ne la motivait visiblement pas.

Toutes les autres ont participé à de la PNP, certaines ont fait des séances théoriques, d'autres de la sophrologie, ou de l'hypnose.

Claire m'a précisé qu'elle avait participé à des séances *“dans l'optique d'accoucher le plus physiologiquement possible, sans péridurale”*.

Lucile me disait qu'elle se renseignait à côté des séances de PNP qu'elle réalisait avec sa sage-femme *“je lisais pas mal de trucs à côté, et les témoignages dans le livre d'Ina May Gaskin m'avaient beaucoup aidée, tout comme les solutions pour gérer la douleur”*. Elle me racontait avoir été anxieuse par rapport aux informations que sa sage-femme lui donnait et ce qu'elle lisait en dehors : *“les cours de préparation avec la sage-femme me faisaient un peu peur, parce qu'elle insistait beaucoup sur le fait que je pourrais avoir mal, alors que dans ce que je lisais c'était écrit qu'on avait pas forcément mal en accouchant”*.

Marion m'a précisé ce qui lui avait manqué lors des séances *“on avait pas tellement vu comment gérer sans péridurale donc cela m'a un peu manqué j'avoue”*. Lise a beaucoup apprécié la PNP faite par sa sage-femme libérale *“cela nous a beaucoup plu puisque nous avons parlé physiologie”*, elle avait en effet eu l'occasion de participer à des séances individuelles *“parce que justement on avait ce projet de naissance physiologique qui ne collait pas forcément au projet des autres mamans que notre sage-femme suivait à ce moment là”*.

3. Construction du projet de naissance

3.1. Pourquoi et comment ont-elles eu l'idée d'élaborer un PN ? A quel moment l'ont-elles écrit ?

Tout d'abord, il m'était intéressant de savoir pourquoi avaient-elles écrit un projet de naissance. Globalement, les femmes me répondaient de façon semblable. Pour elles, le projet de naissance était manifestement une façon de se rassurer, de contrôler la situation, et un support de communication entre elles et l'équipe soignante. Quelques enquêtées me disaient avoir été rassurées d'avoir ce support qui, pour elles, leur permettait de reprendre le contrôle sur leur accouchement. Certaines justifiaient l'élaboration d'un PN de par leur personnalité.

“Je me suis dit que j'allais en faire un parce que pendant l'accouchement je voulais rester dans ma bulle et ne pas avoir de réponses à donner [...] avec un projet de naissance en théorie on fait en sorte qu'on ait le moins de questions à nous poser” - Aline

“J'aime beaucoup planifier les choses donc je pense qu'au fond de moi, ça devait me rassurer” - Estelle / “L'écrire me rassurait” - Marion

“Mon projet de naissance c'était un peu l'idée de reprendre le contrôle sur ce qui est susceptible de se passer [...] je pense que le fait d'en écrire un est un peu lié à ma personnalité contrôlante [...] j'avais cette peur, phobique, de l'épisiotomie” - Laure

Comment ont-elles eu l'idée d'élaborer un PN? Trois d'entre-elles (Claire, Caroline, Clara) disaient avoir eu l'information grâce à une sage-femme : Claire a eu l'information en séance de PNP, Caroline lors de l'EPP (Entretien Pré-Natal Précoce), Clara lors des dernières consultations dans la maternité où elle avait choisi d'accoucher. Nombreuses sont celles qui disaient avoir eu l'idée de faire un PN grâce aux réseaux sociaux, notamment Facebook, ou bien grâce à des lectures : *“au moment où je me suis renseignée sur l'accouchement, je suis tombée très vite*

sur des groupes facebook avec des mamans qui avaient des projets de naissance physiologiques” (Lise).

En ce qui concerne le moment auquel elles ont écrit leur PN, douze d’entre-elles disaient l’avoir écrit lors du troisième trimestre de grossesse, lorsqu’elles se renseignaient sur l’accouchement. Solène, deuxième pare, disait l’avoir écrit dès le cinquième mois de grossesse, et justifiait cela par le fait qu’il était rassurant pour elle de l’écrire tôt au vu de sa première grossesse qu’elle qualifiait de “*compliquée*”.

Visiblement, toutes les femmes de mon étude ont écrit leur projet de naissance en deuxième moitié de grossesse, moment où elles réfléchissaient sur leur accouchement.

3.2. Sources utilisées par les femmes de l’étude pour l’élaboration du PN

Un tableau récapitulatif des sources qu’elles disaient avoir utilisé pour ce faire est présent en annexe (Annexe 4). Nous pouvons alors remarquer que dix d’entre-elles ont utilisé internet et les réseaux sociaux pour construire leur projet de naissance. Visiblement, seulement deux interrogées (Claire et Margot) ont utilisé les informations données par des professionnels de santé (dans le cas de ces deux femmes ces derniers étaient des sages-femmes libérales) comme source pour l’élaboration du PN.

3.3. Le projet de naissance pour les femmes interrogées

3.3.1. Leur définition du terme “projet”

Le détail de leurs définitions du terme “projet” se trouve en annexe (Annexe 5). Je peux remarquer que la notion de **souhait**, de **réalisation**, d’**aboutissement** revient en majorité. Certaines précisait qu’elles étaient conscientes qu’un projet n’était pas toujours réalisable.

3.3.2. Leur définition du projet de naissance et leur avis sur son appellation

Le détail de leurs réponses se trouve en annexe (Annexe 6). Je remarque que la notion de **souhait** revient également.

Globalement, les enquêtées définissaient le PN comme l'expression de leurs **souhaits** et ce qu'elles imaginaient pour leur accouchement. Certaines parlaient d'**idéal**.

Ensuite, j'avais demandé à chaque femme si elles trouvaient que l'appellation "projet de naissance" adaptée. **Neuf femmes sur treize approuvaient le terme** : *"un projet ce n'est pas quelque chose qui aboutit donc c'est bien je trouve"* (Estelle) ; *"c'est adapté, un projet c'est comme un concept donc c'est très vaste, ce terme laisse pas mal de portes ouvertes aux mamans donc moi je le laisserai comme ça"* (Clara).

Juliette, qui était d'accord avec ce terme, apportait une nuance *"enfin un projet c'est ce qu'on voudrait qui se réalise [...] dans ce sens-là le mot projet peut être mal interprété"*.

Justement, Lucile et Laure, qui font partie des quatre femmes qui n'approuvaient pas le terme, étaient du même avis que Juliette : *"même si le personnel respecte le projet, l'accouchement peut ne pas se passer comme on l'a imaginé"* (Lucile) ; *"le terme induit en erreur [...] ce n'est pas adapté puisque lorsqu'on parle d'un projet cela implique un contrôle, par exemple un projet d'achat, de se marier"* (Laure).

Laure et Margot disaient que **cette appellation pourrait avoir une influence sur le vécu** : *"je pense que cela pourrait avoir une incidence sur les vécus, ça fait notice ikéa [...] il y a trop d'imprévus et d'inconnu dans un accouchement, surtout lorsque c'est un premier bébé"* (Margot).

Les femmes qui trouvaient le terme "projet de naissance" inadapté m'avaient suggéré d'autres idées d'appellation :

- liste de souhaits

- souhaits de naissance
- désirs de naissance
- espoirs de naissance

Lise apportait cependant une nuance sur une l'idée d'un changement d'appellation : *“le problème c'est que si on parle de souhaits je pense que les équipes prendront encore moins la chose au sérieux [...] parler de projet formalise plus le processus”*.

3.3.3. Portée du projet de naissance pour les femmes interrogées

Deux femmes (Estelle et Marion) ont exprimé que le fait d'écrire un PN pouvait rajouter une pression : *“je pense sincèrement que cela peut rajouter une pression puisqu'on veut tellement aboutir le projet qu'on aimerait que ça se passe comme ça, et quand ce n'est pas le cas, c'est stressant”* (Estelle).

Les autres enquêtées ont plutôt exprimé **la portée rassurante** qu'avait eu le PN sur elles : *“cela m'a rassurée parce que je me suis dit que grâce à ça, les sages-femmes seraient au courant de ce que je souhaite ou non, et pourraient me soutenir même lorsqu'il serait impossible de parler à cause des contractions”* (Claire) ; *“c'est quand même quelque chose qui est rassurant, cela permet de se préparer et de se renseigner”* (Aline).

4. Le travail et l'accouchement : ce qu'elles avaient imaginé face à la réalité

Les treize femmes interrogées ont accouché en structure hospitalière. Les projets de naissance élaborés par sept d'entre elles se trouvent en Annexe 7 : Solène (annexe 7.1), Aline (annexe 7.2), Léa (annexe 7.3), Claire (annexe 7.4), Lucile (Annexe 7.5), Caroline (annexe 7.6), Lise (annexe 7.7). La description des récits des treize femmes concernant le travail et l'accouchement se trouve en annexe (Annexe 8).

Devant les témoignages de ces treize femmes, nous pouvons remarquer que pour la plupart d'entre-elles, les circonstances obstétricales ont été la cause de la non-réalisation de leur PN.

Neuf d'entre-elles (Aline, Claire, Caroline, Lucile, Marion, Lise, Laure, Juliette et Estelle) ont visiblement mal vécu l'écart entre ce qu'elles avaient imaginé et la réalité. Laure et Lise justifiaient cela par le manque de communication qu'elles ont ressenti entre elles et l'équipe soignante.

Quatre femmes (Solène, Léa, Clara, Margot) ont expliqué que la communication et l'accompagnement de la part de l'équipe soignante avaient influencé leur vécu concernant l'écart entre ce qu'elles avaient imaginé dans leur PN et ce qu'il s'est réellement passé. Ces deux points ont semblé avoir une portée apaisante concernant leur vécu des événements.

5. Vécu

5.1. Leur ressenti lorsqu'un projet quelconque n'aboutit pas

Huit enquêtées expliquaient qu'elles essayaient de voir les choses positivement lorsque ça leur arrivait. Par exemple, Aline expliquait : *“je pense qu'il faut tirer des leçons, qu'elles soient positives ou négatives mais il ne faut pas rester dans le négatif mais essayer de se dire que, certes, cela ne s'est pas passé comme je le souhaitais, mais qu'est-ce que je peux en apprendre et qu'est-ce que je peux modifier à l'avenir pour qu'un projet du même type se réalise”*.

Estelle et Clara disaient avoir des ressentis ambivalents : elles ont au départ un sentiment d'échec puis elles essayent de rebondir.

Par contre, trois femmes ont exprimé avoir un ressenti négatif. Par exemple, Claire disait *“je ressens beaucoup de frustration”*, Lucile disait ressentir également de la frustration ainsi que de la déception et ce sentiment augmente plus le projet est important pour elle.

Les différences de réaction face à cette question montrent que les ressentis diffèrent en fonction de la personnalité et de la manière de penser de chacune.

5.2. Leur vécu quant à la naissance

Sur les treize femmes interrogées, neuf ont visiblement mal vécu la naissance de leur enfant. Trois d'entre-elles (Lucile, Juliette, Laure) ont utilisé le terme "traumatisme". Lucile et Aline disaient d'ailleurs souffrir d'une dépression post-partum depuis cet événement et Juliette d'un stress post-traumatique diagnostiqué ayant été diagnostiqué par un psychologue : *"j'avais des cauchemars, je ne dormais plus, j'étais en hyper-vigilance tout le temps, j'y pensais beaucoup, et les images revenaient..."* (Juliette).

Les quatre autres femmes (Solène, Léa, Clara et Margot) disaient avoir un bon vécu de leur accouchement : *"je l'ai beaucoup mieux vécu que je l'aurai cru. J'ai un bon ressenti puisque l'équipe a été respectueuse toute la journée"* (Léa) ; *"je me dis que mon accouchement était beau comme il était [...] j'ai adoré cela"* (Clara).

5.2. Leur ressenti quant à la finalité du projet de naissance

Les ressentis quant à la finalité du PN divergent selon les femmes, tout comme leurs vécus quant à la naissance de leurs enfants.

Les quatre femmes ayant exprimé avoir un bon vécu quant à la naissance de leur enfant disaient avoir un ressenti plutôt positif de la finalité de leur PN, bien que la réalité ait différé de leurs souhaits initiaux (Léa, Clara et Margot). Léa expliquait qu'elle avait trouvé cela *"dommage"*, mais qu'elle savait qu'elle n'aurait pas pu aboutir son projet d'accouchement physiologique (sans péridurale) et que la péridurale a été pour elle *"une délivrance"*, ce qui lui a permis de bien vivre la naissance de son enfant. Clara racontait avoir eu au départ un ressenti plutôt négatif *"au début j'avais une part de tristesse de ne pas avoir abouti ce projet, car je le voulais vraiment au fond de moi"*, mais exprimait ensuite la *"fierté"* d'avoir *"écouté son corps"*, elle expliquait en effet *"j'ai pu souffler et accueillir mon enfant dans de bonnes conditions grâce à la péridurale"*. Margot, qui avait un projet d'accouchement sans péridurale en plateau technique et qui a eu une césarienne

en urgence, expliquait pourquoi elle avait un bon ressenti après coup : *“au final, si c’était pas mon projet d’accoucher par césarienne, ça a été la délivrance après 60h de travail”*.

Les huit femmes ayant exprimé avoir mal vécu la naissance de leur enfant disaient avoir un ressenti négatif quant à la finalité de leur PN. La plupart utilisaient les termes “échec”, “raté”, “déception” : *“j’aimerais dire que même 1 an après, je n’ai toujours pas digéré, pour moi c’est un échec (Claire) ; “c’est le plus gros échec de ma vie, surtout vu à quel point devenir maman était important pour moi” (Laure).*

Laure et Claire expliquaient que leur ressenti avait été influencé par leurs attentes construites au fil de leur grossesse : *“eh bien mon projet de naissance c’était vraiment le rêve quoi [...] j’aurai aimé que les grandes lignes puissent être réalisées” (Claire) ; “les attentes et la cristallisation des attentes, je ne vais pas dire que c’est ce qui a rendu le truc dur, mais c’est ce qui l’a aggravé” (Laure).*

Solène, qui avait un ressenti plutôt positif expliquait qu’il aurait tout de même pu être différent s’il n’y avait pas eu de projet de naissance *“limite si on écrivait rien on aurait pas de déception quoi, parce qu’on espère des choses...”*.

Ainsi, nous pouvons remarquer l’importance que peut avoir le projet de naissance chez certaines femmes que j’ai interrogées.

Dans cette étude, les femmes ayant bien vécu la naissance de leur enfant ont toutes exprimé avoir un bon ressenti quant à la finalité du PN, et inversement pour celles ayant dit avoir mal vécu l’événement.

Pensent-elles que le non-aboutissement du PN a pu avoir une influence sur leur vécu ?

5.3. Leur avis sur l’influence du non aboutissement de leur projet de naissance écrit et leur vécu de la naissance

Douze femmes sur les treize interrogées disaient que le non-aboutissement de leur PN avait pu influencer leur vécu de la naissance.

Plusieurs enquêtées expliquaient que c'était le fait de s'être projetées sur une naissance idéale qui a pu avoir une influence sur leur vécu : *“on peut trop idéaliser le truc et être hyper déçue derrière, vraiment ! [...] Je pense que si on construit un projet de naissance, derrière on peut vraiment être déçu”* (Solène) ; *“c'est sûr que lorsqu'on imagine quelque chose et que cela ne se passe pas comme imaginé on est toujours un peu déconcertée”* (Aline) ; *“mon projet de naissance c'était vraiment le rêve, j'aurai aimé que les grandes lignes puissent être réalisées”* (Claire).

Léa, la seule à avoir répondu négativement à cette question, me disait qu'elle ne pensait pas que cela avait eu une influence sur son vécu. L'enquêtée expliquait cela par le fait que le seul point de son projet de naissance qui n'avait pas été réalisé le jour de l'accouchement était celui de ne pas avoir de péridurale et que ses autres souhaits avaient été adaptés par l'équipe soignante en fonction.

Au vu de ces résultats, il semblerait que pour ces femmes, le vécu de la naissance ait pu être influencé par la non-réalisation du PN écrit.

5.4. Influence de leur vécu d'accouchement sur une future grossesse

Certaines femmes de mon étude ont spontanément évoqué le fait que leur vécu d'accouchement pourrait avoir **un impact sur une future grossesse**. Deux d'entre-elles me disaient que cela influencerait le choix de la structure pour un futur accouchement : *“vu l'expérience que j'ai eue je ne souhaite pas retourner en maternité, je veux accoucher soit en maison de naissance soit en plateau technique, et l'idéal ce serait un accouchement à domicile mais là où j'habite il n'y a pas cette possibilité”* (Aline) ; *“il y a une partie de moi qui me dit que si j'ai un autre enfant cette partie sera compliquée mais il y a une autre partie de moi qui aimerait un jour réussir cette partie là. [...] Pour une prochaine grossesse, je souhaiterais, par rapport au vécu de mon premier accouchement, accoucher à domicile”* (Claire).

Pour quelques-unes, le fait de ne pas avoir réalisé leur premier projet de naissance ne les freine pas pour en élaborer un autre, mais pourrait influencer la

façon de le construire. Par exemple, Clara voudrait se renseigner davantage pour le construire *“je referai un projet de naissance en me préparant au non-péridurale et en faisant en sorte de lire sur le sujet”*. Lise voudrait élaborer un projet de naissance plus précis *“vu ce qu’il s’est passé on a plus de bagages, je connais mes limites [...] on sera encore plus précis et il y aura moins de marges de négociation”*.

Laure disait être suivie par une psychologue, et qu’elle travaillait avec elle pour un deuxième accouchement *“pour un deuxième enfant, je souhaiterais accoucher par voie basse et j’aimerais que rien ne se passe comme mon premier, et elle essaye de m’apprendre que ça peut se passer comme ça ou pire, et ça j’essaye de l’accepter”*. Justement Laure et tout comme Estelle disaient qu’elles n’élaboreraient sans doute pas un projet de naissance. D’ailleurs Laure disait que cela pourrait influencer ses dires auprès de ses amies si elles étaient enceintes *“je pense que je conseillerai à des amies de se désinvestir de tout ça, d’être renseignées de loin, de ne pas trop mettre la tête dans le guidon”*.

Juliette, qui témoignait de son premier accouchement, racontait qu’elle avait bien mieux vécu son deuxième accouchement. D’une part parce qu’elle disait avoir une meilleure connaissance de ce qu’il pouvait se passer et d’autre part parce qu’elle a visiblement réussi à lâcher prise par rapport à son deuxième PN *“je me suis dit que si cela se réalisait pas ce n’était pas un échec, que ce n’était pas grave et que si cela se fait c’était tant mieux”*.

5.5. Influence de leur vécu d’accouchement sur le lien mère-enfant et la maternité en général

Deux femmes interrogées, Laure et Juliette, ont spontanément évoqué l’influence qu’avait pu avoir leur vécu d’accouchement sur leur maternité et le lien mère-enfant. Le vécu de leur accouchement et du non-aboutissement de leur PN ont, au départ, manifestement impacté négativement leur vision de leur maternité pour toutes les deux et influencé le lien mère-enfant concernant Juliette : *“il y a plein de trucs auxquels j’ai été naturellement douée mais dans ce domaine là, je me dis que je vais être naturellement nulle”* (Laure) ; *“le premier truc qui faisait de moi une maman, l’accouchement, ne s’était pas fait correctement. Aux premiers instants*

il me manquait ça. Avec le recul, je me dis que j'ai eu un petit peu de mal à créer le lien, ça a mis du temps [...] j'ai eu l'impression d'avoir manqué cette première étape" (Juliette).

6. Les professionnels de santé face au projet de naissance ainsi que les besoins exprimés par les femmes à chaque étape

6.1. Pendant la grossesse

Huit femmes sur les treize ont spontanément évoqué leurs derniers rendez-vous à la maternité dans laquelle elles avaient choisi d'accoucher (donc lors de leur huitième ou neuvième mois de grossesse). Visiblement, c'est à ce moment-là qu'elles ont pu parler de leur projet de naissance écrit avec des professionnels de santé.

Deux d'entre-elles (Solène et Clara) avaient abordé le sujet avec un gynécologue-obstétricien : *"j'avais essayé d'en parler aux gynécologues, qui n'étaient pas du tout... réceptifs" (Solène) ; "mon projet de naissance a tout de suite été mis dans mon dossier [...] mon gynécologue est très humain mais très médecin dans sa tête donc les projets de naissance se font avec les sages-femmes" (Clara).*

Six d'entre-elles (Aline, Margot, Léa, Laure, Lise, Estelle) en ont parlé avec des sages-femmes hospitalières : *"la sage-femme a pris le temps de le lire, elle me disait ce qui était bien, ce qui n'était pas réalisable" (Aline) ; "il a bien été accueilli par la sage-femme, on a parlé assez brièvement" (Lise).*

Lise a d'ailleurs abordé le sujet avec un anesthésiste *"et même lorsque j'ai eu rendez-vous avec l'anesthésiste il en avait pris connaissance"*.

Quatre femmes (Lise, Claire, Margot, Aline) en ont parlé lors des consultations de grossesse avec leurs sages-femmes libérales. D'après les enquêtées, celles-ci avaient visiblement des avis constructifs pour l'élaboration du

PN. Par exemple, Claire expliquait : *“elle m’avait dit de faire attention à bien tourner mes phrases dans mon projet de naissance parce qu’il y a des sages-femmes qui se sentent dirigés par rapport à ce que l’on écrit”*.

Toutes les femmes de l’étude ont donc abordé le sujet de leur projet de naissance avec des professionnels de santé pendant leur grossesse, en particulier des sages-femmes. Au total, les professionnels qui ont côtoyé les femmes pendant leur grossesse ont l’air d’avoir eu, pour la majorité, des avis constructifs quand elles leur présentaient leurs projets.

Ensuite, il m’était intéressant de savoir si le sujet du projet de naissance avait été abordé avec elles durant les séances de PNP. Six femmes ont répondu positivement à cette question (Aline, Claire, Lucile, Lise, Margot et Juliette).

Certaines me disaient qu’elles s’étaient personnellement renseignées à côté sur le sujet. Aline me racontait : *“oui, on en a parlé un petit peu mais j’avais plus d’informations de mon côté que ce qu’elle m’a donné”* tout comme Lucile qui, comme dit plus haut, s’était informée en plus des séances de PNP grâce à des lectures personnelles, ou bien Léa qui s’était renseignée avant de débiter sa grossesse *“étant angoissée de l’hôpital, du médical, je m’étais déjà renseignée en amont”* . Aline a d’ailleurs précisé : *“cela ne m’a pas apporté plus que ça d’en parler avec elle, peut-être me rassurer”*. Margot, qui avait le projet d’être accompagnée le jour de l’accouchement par sa sage-femme libérale qui réalisait le plateau technique, racontait *“on a pas fait une séance spéciale projet de naissance, c’était vraiment tout au long de la grossesse, du suivi et des discussions qu’il s’est construit”*.

Léa disait ne pas avoir ressenti le besoin d’aborder ce sujet lors de sa PNP : *“en fait moi avant même d’être enceinte je savais déjà ce que je voulais pour mon accouchement”*.

Visiblement, peu d’entre-elles se sont inspirées de la PNP pour élaborer leur projet de naissance.

Trois femmes de l’étude (Laure, Solène et Aline) ont naturellement évoqué des besoins qu’elles auraient eu lors de la grossesse vis-à-vis des professionnels de santé et leur PN. A la fin de l’entretien, Solène me disait qu’elle trouvait que cela

serait important que les professionnels parlent du projet de naissance pendant la grossesse pour **avertir de ce qui est réalisable ou pas**, discuter avec la femme de ce qu'elle pourrait mettre en plus si elle le souhaite. En conclusion de l'entretien, elle a ajouté *"il faut vraiment le travailler en amont, puisque le jour de l'accouchement la femme peut être moins disponible si elle est douloureuse"*. Puis, elle a expliqué quelles auraient pu être les clés pour que son ressenti soit différent *"je pense qu'il faut que le projet de naissance soit construit avec un professionnel, et qu'il nous dise ce qui est possible et ce qui peut différer selon les situations"*. Aline et Laure auraient visiblement eu le même besoin : *"j'aurai aimé que des personnes dans le médical me disent avant si c'est faisable ou non"* (Aline) ; *"j'aurai eu besoin d'avoir un suivi avec une seule personne pendant toute ma grossesse, qui connaisse ma personnalité, et qui me dise "l'accouchement, c'est pas toi qui gère, ça peut se passer très mal, mais ça ne sera pas de ta faute""* (Laure).

Ces femmes ont donc visiblement mis en avant l'importance de l'information donnée par les professionnels de santé en amont de l'accouchement à propos de l'élaboration du PN et de la possibilité d'un dénouement différent de ce qu'elles auraient imaginé.

6.2. Pendant le travail et l'accouchement

6.2.1. Abord du sujet

Deux d'entre-elles (Claire et Laure) expliquaient que le sujet n'avait pas été abordé du tout, que ce soit par elles-mêmes ou le personnel soignant : *"personne ne m'a interrogée sur le sujet"* (Laure). Solène et Lucile ont abordé disaient avoir abordé en premier le sujet du PN : *"j'ai tout de suite insisté dessus parce que c'est hyper important pour moi"* (Solène).

Trois enquêtées (Aline, Caroline et Clara) ont raconté que c'étaient les sages-femmes qui avaient posé la question du PN en premier : *"je crois que le jour où je suis arrivée pour la fissure, la sage-femme m'a dit d'elle-même "au vu de votre projet de naissance...", donc elle l'avait vu"* (Aline) ; *"alors vu que mon projet écrit était dans mon dossier, la sage-femme qui m'a accueillie m'a dit qu'elle l'avait*

vu et qu'elle avait lu que je ne voulais pas de péridurale et m'a demandé si c'était toujours d'actualité, ce à quoi j'ai répondu que oui autant que possible" (Clara).

6.2.2. Accueil du projet de naissance

Estelle Clara et Lise m'ont dit avoir eu un accueil positif de leur projet de naissance lors de leur arrivée en travail : *"il a été très bien accueilli et était déjà dans mon dossier" (Estelle) ; "mon projet de naissance a eu un bon accueil de la part de l'équipe" (Lise).*

Pour quatre femmes (Solène, Aline, Léa, Lucile) l'accueil de leur projet de naissance s'est révélé être visiblement mitigé voire parfois négatif de la part des sages-femmes.

Lucile et Aline racontaient avoir eu un accueil mitigé de la part d'une des auxiliaire de puériculture pour l'une et de l'anesthésiste pour l'autre : *"ils ont pas trop compris, ils ont dû trouver cela un peu impérieux, j'ai l'impression qu'ils n'ont pas trop apprécié [...] une auxiliaire me parlait très autoritairement, elle m'a d'ailleurs dit « un projet de naissance, c'est bien beau mais on fait comme on peut", donc elle s'est montrée vite opposée à mon projet de naissance et s'est montrée assez désagréable " (Lucile) ; "alors le jour de l'accouchement j'ai ressenti un accueil assez négatif de mon projet de naissance, ça se ressent qu'il y a un manque d'effectif en maternité [...] on m'a fait comprendre qu'en étant déclenchée par ocytocine, ça allait être très douloureux, que je n'allais pas y arriver [...] les anesthésistes sont venus se présenter et je leur ai dit que je ne souhaitais pas de péridurale, ils sont repartis avec un sourire en coin en me disant "à tout à l'heure", je me suis dit que l'équipe ne croyait pas en mon projet" (Aline).*

6.2.3. Discussion autour du projet de naissance

Léa et Juliette disaient qu'elles avaient régulièrement discuté autour de leur projet de naissance avec les sages-femmes présentes le jour de leur accouchement : *"j'en parlais à l'instant T avec eux" (Juliette).*

Quatre femmes (Lucile, Aline, Solène, Marion) exprimaient la rapidité pour la lecture de leur projet de naissance par les sages-femmes : *“il a vite balayé tous mes souhaits sans forcément en prendre compte”* (Aline) ; *“elle a pris le papier et elle l’a lu comme ça, hop, et elle m’a dit “bon ok d’accord on verra”* (Solène) ; *“dans mes souvenirs on en a pas vraiment discuté, je lui ai donné le papier mais il y avait tellement de monde ce soir là que je me suis vite sentie seule”* (Marion).

6.2.4. Besoins exprimés par les femmes lors du travail et l’accouchement

Six d’entre-elles ont exprimé des besoins concernant la phase de travail (Solène, Aline, Claire, Marion, Juliette, Caroline).

Caroline et Claire ont exprimé des besoins similaires, et ont montré l’importance du questionnement de notre part, personnels soignants, de la présence d’un projet de naissance ou non, ce qui facilite les échanges sur le sujet : *“je sais que si on avait pris 5min pour me demander comment je voyais les choses, je leur aurai parlé de mon projet de naissance”* (Claire) ; *“en y réfléchissant, je ne sais pas si ce papier est nécessaire ou si à l’inverse ça ne serait pas au corps médical, quand on arrive pour accoucher, de nous demander “comment vous voyez votre accouchement?” ou “voulez-vous la péridurale ou non?”* (Caroline).

Solène, Aline, Claire et Marion exprimaient des besoins équivalents : de l’écoute, de la réassurance, de l’empathie et une certaine confiance en l’équipe médicale : *“j’aurai eu besoin que l’on m’accompagne plus sur la confiance, que l’on me rassure, qu’on m’écoute, ce que je n’ai pas forcément ressenti [...] j’aurai voulu qu’on me dise : “votre projet, vous allez y arriver, et on va tout faire pour”* (Aline).

Juliette exprimait avoir eu le besoin qu’on lui dise les choses honnêtement concernant les inquiétudes par rapport au rythme cardiaque de son bébé *“j’aurai voulu qu’on me dise s’il y avait des inquiétudes par rapport à mon bébé”*.

6.3. Dans le post-partum

Huit femmes expliquaient que les professionnels de santé étaient revenus avec elles sur leur vécu de la naissance de leur enfant. Certaines racontaient qu'elles avaient pu parler de leur vécu lors de leur séjour en maternité que ce soit avec les sages-femmes, gynécologues-obstétriciens et psychologues. Certaines en ont parlé plus tard dans le post-partum, par exemple lors de la visite post-natale, pendant les visites à domicile avec leurs sages-femmes libérales, ou chez un psychologue. Voici les témoignages de quatre femmes à ce sujet : *“on est venus me demander et notamment la gynéco le lendemain de l'accouchement, ils ont vraiment été tops !”* (Léa) ; *“à la visite post-natale, la gynéco m'a un peu parlé du vécu de l'accouchement”* (Caroline) ; *“le psychologue est passé, on a beaucoup discuté, il a vu que je n'étais pas traumatisée au contraire mais cela a permis de mettre les mots dessus”* (Margot) ; *“en maternité il y a du sous effectif donc elles n'avaient pas beaucoup de temps à nous consacrer [...] j'ai eu la chance de pouvoir en parler à ma sage-femme libérale qui communiquait avec nous même lors de notre séjour à l'hôpital”* (Lise).

Au contraire, cinq femmes m'ont répondu que personne ne leur avait posé la question. Solène par exemple, racontait qu'elle aurait apprécié dire à l'équipe qu'elle avait bien mieux vécu son deuxième accouchement.

Durant les entretiens, certaines femmes ont naturellement exprimé qu'il leur paraissait important d'aborder cette question, quel que soit le dénouement de la naissance, et que ce serait idéal qu'elle soit posée un peu plus tard dans le post-partum plutôt que directement lors du séjour en maternité, par exemple lors de la consultation post-natale afin d'avoir acquis un certain recul. Certaines m'ont également énoncé qu'elles auraient trouvé cela essentiel d'avoir une consultation avec un psychologue après l'accouchement. Voici par exemple les témoignages de trois enquêtées à ce sujet : *“j'étais épuisée donc je n'avais pas de recul et je ne me souvenais pas de tout [...] en fait je sais que j'étais traumatisée mais je n'étais pas en capacité d'analyser ce qu'il s'était passé lors du séjour en maternité ”* (Lucile) ; *“j'aurai apprécié qu'on me pose la question mais pas le jour même parce que je me sentais encore trop dedans, mais 1 mois et demi - 2 mois après”* (Aline) ; *“j'aurai*

apprécié que la sage-femme qui m'a accouchée vienne me voir en maternité et prenne 10min pour voir comment j'ai vécu les choses, s'il y a des points que je n'ai pas compris, ou si j'ai des questions" (Claire).

IV. DISCUSSION

1. Forces de l'étude

Tout d'abord il faut mettre en évidence la taille de l'échantillon (treize femmes) utilisé pour réaliser cette étude de type qualitative. Cela a pu apporter une matière conséquente pour la discussion.

De plus, cette étude a donné la possibilité aux femmes de prendre la parole aux femmes à propos de ce sujet. Le sujet est original et peu abordé dans les études. Grâce à leurs témoignages, nous avons pu réfléchir autour de notre accompagnement en tant que sage-femme dans cette situation qui peut être courante.

Cette étude présente un intérêt pour le versant psychologique du vécu de la naissance, notamment en ce qui concerne la période du post-partum dans la situation où la femme n'a pas abouti son PN.

2. Limites de l'étude

Les treize femmes ont témoigné au moins cinq mois après leur accouchement, et du fait de ce délai, mon étude présente un biais de temporalité ou biais de mesure.

De plus, les entretiens ont tous été réalisés à distance. Ceci a pu avoir une portée ambivalente pour ces femmes : les freiner ou alors les aider à se confier. La grille a pu influencer les réponses de la part des enquêtées, par exemple lors de l'abord de la thématique "vécu, attentes et besoins".

Ensuite, il est important de mettre en avant la notion de filtre de la réalité et la subjectivité des événements : mon étude se base en effet sur des témoignages de femmes ayant leur propre réalité de leur grossesse, accouchement, post-partum.

Le contexte de l'entretien peut aussi être une limite à retenir. En effet, les entretiens se composaient de deux acteurs principaux : l'enquêteur et l'enquêté. Les biais possibles liés à l'enquêteur peuvent être son attitude, son comportement, et son influence sur les réponses et l'analyse de celles-ci. Ceci peut amener à des biais vis-à-vis de l'enquêté, et sa capacité à être à l'aise pour se confier à propos

d'événements comme la naissance de son enfant (émotions, gêne vis-à-vis du sujet et de l'enquêteur). Ces deux acteurs ne doivent pas être pris séparément : ils s'influencent mutuellement lors de l'entretien.

3. Discussion des résultats à l'aide de la littérature

2.1. Influence du PN non réalisé en post-partum

2.1.1. Discussion des résultats de notre étude avec l'enquête du CIANE réalisée en 2012

Dans notre étude, nous avons analysé les témoignages de treize femmes qui étaient à distance de leur accouchement du point de vue temporel. Toutes avaient écrit un projet de naissance pendant la grossesse et toutes rapportaient que celui-ci avait différé de la réalité, conformément aux critères d'inclusion de l'étude.

Neuf des treize femmes interrogées exprimaient avoir mal vécu leur accouchement. Le CIANE a réalisé en 2012 une enquête nommée "*Respect des souhaits et vécu de l'accouchement*", à laquelle environ 5000 femmes ont répondu à l'aide de questionnaires (19). Le plan physique et psychologique du vécu de l'accouchement a été abordé dans l'enquête du CIANE ; notre étude quant à elle s'intéresse au vécu sur le **plan psychologique**.

L'enquête du CIANE rapportait que sur le plan psychologique, 70% des femmes dont les souhaits n'ont pas été respectés l'ont "*très mal ou plutôt mal vécu*". Selon les résultats de notre étude, et en les comparant à ceux de l'étude du CIANE, le vécu de l'accouchement des femmes ayant élaboré un PN semblerait être corrélé au fait de ne pas l'avoir abouti. Effectivement, douze femmes de notre étude disaient que leurs vécus avaient sûrement été influencés par la non-réalisation de leur PN. Une étude canadienne datant de 2013 et nommée "*Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans*" (31) montrait qu'en effet, les femmes pouvaient ressentir de la déception et du mécontentement dans le cas où la mise en oeuvre du PN s'avère impossible ou lorsqu'il n'a pas abouti.

2.1.2. Influence des attentes à propos de l'accouchement en anténatal sur la période du post-partum

D'ailleurs, lorsque le ressenti de la finalité du PN était abordé avec les femmes de notre étude, certaines utilisaient par exemple les termes échec, déception. Pour rappel, Solène expliquait que si les femmes n'écrivaient rien, elles n'auraient pas ce ressenti de déception ultérieur ; Laure était du même avis et déclarait que les attentes qu'elle avait concernant son accouchement et qu'elle avait retranscrites sur son PN avaient aggravé la perception de son vécu. Nous pourrions logiquement être amenés à penser que plus une femme a des attentes à propos de son accouchement, plus elle peut être insatisfaite des événements si cela ne se passe pas comme elle l'avait imaginé ; c'était d'ailleurs une de nos hypothèses.

Deux études anglaises ont étudié l'influence des attentes des femmes à propos de leur accouchement et leur ressenti ultérieur. L'étude nommée "*Expectations, Experiences, and Psychological Outcomes of Childbirth*" a été réalisée prospectivement avec 825 femmes (32). Contrairement aux résultats de notre étude et de ce que nous aurions pu penser, ce travail a montré que des attentes élevées ne s'étaient pas avérées négatives pour les femmes. L'autre étude, nommée "*Expectations, experiences and satisfaction with labour*" (33) a évalué les attentes en pré-natal chez 81 primipares, a montré des résultats semblables à première étude anglaise que nous avons étudiée à ce sujet. Effectivement, l'étude a montré que les attentes émotionnelles positives étaient de puissants prédicteurs d'expériences émotionnelles positives et qu'elles n'étaient pas liées aux attentes émotionnelles négatives. Pourtant, il est important en tant que professionnel de santé de prendre en charge les femmes dans leur singularité, tant il est difficile de faire des généralités à ce sujet. En effet, comme énoncé précédemment, deux femmes de mon étude avaient spontanément évoqué l'influence de leurs attentes sur leur vécu dans le cadre de leur PN.

2.1.3. Processus psychique d'idéalisation et influence sur le vécu de la naissance

Le concept d'idéal a été cité plusieurs fois dans les témoignages de notre étude lors de l'abord du PN. Par exemple, Claire expliquait qu'elle avait idéalisé son projet de naissance. D'ailleurs quelques-unes ont parlé d'idéal lorsqu'elles définissaient le PN. Marion parlait de ce dernier comme étant l'imagination de son accouchement. Il paraît alors important de discuter autour du processus psychique d'idéalisation, en lien avec les résultats de notre étude.

André BEETCHEN, psychiatre et président de l'Association Psychanalytique de France de 2002 à 2004, a travaillé sur le processus d'idéalisation dans son écrit nommé *“L'envers des idéaux, angoisse et destructivité”* (34). L'idéalisation peut être définie comme ce qui *“atteint (ou réunit) toutes les perfections que l'on peut concevoir ou souhaiter”*. L'auteur expliquait que l'on élaborait psychiquement des idéaux car cela nous permettait le *“traitement de l'angoisse et de ses sources, en construisant ce qu'on peut inférer de leur transmission”*. Effectivement, onze femmes de notre étude ont exprimé la portée rassurante qu'avait pu avoir le PN sur elles. Estelle et Marion expliquaient qu'au contraire, l'élaboration d'un PN pouvait rajouter une certaine pression. Estelle expliquait que cela pouvait être lié à l'imagination de l'accouchement et du profond désir de la réalisation du scénario écrit dans son PN. Lorsque la réalité diffère de l'idéalisation, A.BEETCHEN parle d'un *“travail de deuil et de renoncement”*.

Effectivement, selon le dictionnaire de psychologie de Roland DORON et Françoise PAROT (35), le travail du deuil (terme forgé par Freud) désigne le processus d'élaboration psychique s'effectuant normalement dans l'appareil psychique après la perte d'un objet (36). Celui-ci peut justement être un idéal. Et dans le cas où le PN constitue un idéal pour certaines femmes qui l'élaborent, ces explications semblent montrer qu'il peut y avoir travail de deuil à propos de cet accouchement idéal, notamment retranscrit sur les PN lors du post-partum. Ce deuil de l'idéal pourrait avoir une influence sur le vécu de l'accouchement pour ces femmes. De plus, l'écart entre réalité et imaginaire paraît être parfois élevé pour les femmes de notre étude. D'ailleurs, si l'on s'intéresse au sujet de la réalité et de l'imaginaire d'un point de vue psychanalytique, il est montré que la représentation que l'on se fait de la réalité, c'est à dire notre imagination, a un impact qui n'est pas

négligeable et décisif sur les réactions et le comportement de chacun d'entre nous (37). De plus, et d'après Jacques DAYAN, professeur de psychiatrie à RENNES, l'idéalisation sociétale autour de la maternité peut avoir une influence sur les difficultés rencontrées par les femmes pendant la grossesse et en post-partum : *“grossesse et maternité sont souvent des périodes privilégiées de plénitude et de joie. Toutefois, leur idéalisation par la société est susceptible de conduire au déni des difficultés que peut rencontrer toute femme enceinte ou qui vient d'accoucher”* (38). Le vécu de l'accouchement de certaines femmes de notre étude dans le cadre de leur PN non-réalisé a visiblement eu des répercussions sur leur propre vision de la maternité ; Laure disait par exemple qu'elle ressentait être *“naturellement nulle”* dans le domaine de la maternité.

2.1.4. L'abord du vécu de la naissance dans le post-partum lorsque le PN a différé de la réalité

Si l'on s'intéresse à la notion du vécu du point de vue psychanalytique, il paraît important de savoir que le vécu est d'une part **subjectif** et d'autre part influencé par de nombreux facteurs : *“une même expérience peut être vécue de différentes façons selon l'individu concerné”* (39) (40). Effectivement, quatre femmes de cette étude rapportaient avoir un bon vécu de leur accouchement.

En ce sens et en tant que sage-femme, il serait important de tenter d'éloigner notre point de vue subjectif en ce qui concerne le vécu de la naissance de certaines patientes. Dans le cadre de notre étude, un des aprioris que l'on pourrait avoir en tant que professionnel serait celui de penser que la femme a un mauvais vécu de son accouchement puisque son projet de naissance a différé de la réalité. Ceci serait une supposition, mais d'après le troisième accord toltèque (41) *“il est impossible de ne pas faire de suppositions [...] notre mental, rationnel, est construit ainsi [...] de cause à effet : si je fais cela, alors il se passera cela”*.

La clé serait, pour passer outre nos suppositions, et toujours selon ce troisième accord toltèque : *“oser poser des questions”*. Certaines femmes de cette étude avaient effectivement exprimé qu'il leur paraissait essentiel d'aborder le sujet du vécu de l'accouchement durant le post-partum, quel que soit le dénouement de la naissance. Solène disait par exemple qu'elle trouvait cela important de revenir sur ce sujet quels que soient les vécus. L'enquête du CIANE sur le respect des

souhaits lors de la naissance a montré que 71% des femmes n'ayant pas abouti leur PN auraient ressenti le besoin d'échanger sur ce sujet avec les professionnels ayant accompagné leur accouchement. L'enquête avait d'ailleurs montré que ce besoin était moindre lorsque les femmes avaient réalisé les souhaits écrits dans leurs PN. A propos de notre étude, une des enquêtées (Claire) expliquait qu'elle aurait ressenti le besoin d'en rediscuter avec la sage-femme l'ayant accompagnée durant l'accouchement.

Rappelons que les femmes de notre étude ont témoigné à distance de leur accouchement pour nous confier, entre autres, le vécu de leur accouchement. Ce temps à distance des événements paraît important à respecter pour les femmes en post-partum en ce qu'il s'agit de l'expression de leur vécu (42).

Les séjours en maternité en suites de naissance sont courts, en moyenne quatre jours d'après les recommandations de la HAS (43). Lors de ce séjour en maternité, les femmes peuvent être psychologiquement indisponibles pour évoquer la naissance de leur enfant. Il peut être difficile pour nous, sages-femmes, interagissant avec elles dans leurs premiers moments pour elles en tant que mères, du fait des séjours courts, du nombre de patientes que nous avons à charge, et de cette possible indisponibilité psychique vis à vis de cet accouchement, de dépister un mauvais vécu d'accouchement (44).

Plusieurs enquêtées de notre étude avaient d'ailleurs spontanément évoqué le moment à laquel, pour elles, il aurait été idéal d'aborder ce sujet. Lucile qui, par ailleurs, évoquait souffrir d'un traumatisme lié à son accouchement et d'une dépression du post partum expliquait qu'elle n'avait pas assez de recul pour en parler lors de son séjour en maternité de par son incapacité à analyser les événements car trop récents. Aline aurait apprécié qu'on lui pose la question dans un délai de 1 mois et demi/2 mois post-accouchement, pour les mêmes raisons que Lucile.

De par la possible indisponibilité psychique liée à la naissance lors du séjour en maternité et des dires de certaines femmes de notre étude, il semblerait qu'il soit important de respecter cette notion de temporalité psychique pour les femmes en post-partum.

Ultérieurement au séjour en maternité et d'après les recommandations de la HAS nommées "*Sortie de maternité après accouchement : conditions et*

organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés” (2014), en plus du PRADO (programme de retour à domicile après l’hospitalisation) deux séances post-natales peuvent être réalisées par une sage-femme entre le 8ème jour post-accouchement et la visite post-natale (VPN) et prises en charge intégralement dans le cadre de l’assurance maternité (45). Ces deux séances doivent “*comporter des actions de prévention et de suivi éducatif en cas de besoins particuliers décelés pendant toute la grossesse ou reconnus après l’accouchement chez les parents ou chez l’enfant en réponse à des difficultés ou des situations de vulnérabilité qui perdurent ou à des demandes de parents*”. Toujours dans les recommandations de 2014, la HAS proposait la mise en place afin de renforcer le besoin d’accompagnement des femmes en post-partum **un entretien post-natal précoce** (EPNP) qui permettrait aux femmes “*d’exprimer leur vécu, leurs besoins voire leurs difficultés*”, qui serait à réaliser entre le huitième jour et le quinzième jour suivant l’accouchement.

Récemment, de nouvelles recommandations à propos de l’EPNP sont parues lors du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale de 2022 et sont entrées en vigueur le premier juillet 2022. Cet entretien est devenu **une étape obligatoire** du parcours de soins des femmes en post-partum et entre dans le programme des “1000 jours” qui a été lancé par l’UNICEF et décliné par le gouvernement français (46). Le délai entre l’accouchement et l’EPNP s’est allongé depuis la proposition par la HAS en 2014, il est effectivement recommandé de l’effectuer entre la **quatrième et la huitième semaine post-accouchement**. D’ailleurs, un de ses objectifs premiers est le repérage des premiers signes de la dépression du post-partum (DPP), celle-ci se déclarant en général dans le premier mois post-accouchement, comme l’explique J.DAYAN, “*la moitié des dépressions majeures débute en effet durant le premier mois du post-partum [...] une étude longitudinale portant sur 300 accouchées a retrouvé un maximum de femmes déprimées 10 semaines après l’accouchement*” (38). Le CNSF (Collège National des Sages-Femmes), une de leurs recommandations de pratique clinique (RPC) nommée “*Entretien postnatal précoce - Préconisations pour la pratique clinique*” et datant de juin 2022 explique l’EPNP du point de vue de la pratique de la sage-femme. L’EPNP est un espace d’échange entre la femmes, le co-parent et le professionnel de santé, sans examen clinique, ce qui peut favoriser le dialogue. D’ailleurs, cet échange peut être entre-autres basé sur le vécu de l’accouchement

et le lien mère-enfant *“il s’agit de revisiter **le vécu, les aléas et les remaniements du devenir mère** dans sa concrétisation actuelle avec le bébé, dans ses conditions physiques, psychologiques, émotionnelles et sociales, individuelles”* (47).

L’EPNP est un outil intéressant à mettre en lien avec les résultats de notre étude. Tout d’abord du point de vue à la temporalité proposée pour réaliser cet échange, entre le premier et le deuxième mois du post-partum, délai qu’avait exprimé Aline dans son témoignage, et indirectement Lucile qui disait avoir besoin de temps pour en parler.

De plus, un des objectifs premiers de ce rendez-vous est le dépistage des premiers signes d’une DPP. Or deux études ont mis en lumière le fait que le PN puisse être un facteur de risque de déclarer une dépression du post-partum. L’étude canadienne parue en 2009, nommée *“Social factors linked to postpartum depression: A mixed-methods longitudinal study”* (29) a montré qu’il y avait un lien entre la satisfaction des femmes (par rapport à l’accouchement) et la survenue d’une DPP. Une des deux principales sources d’insatisfactions relevée est **le non-aboutissement d’un PN**. La deuxième étude, israélienne, plus récente (2020) nommée *“The complex effects of maternal expectations on postpartum depressive symptoms: when does a protective factor become a risk factor?”* (30) a été réalisée grâce à un échantillon de 527 primipares. Cette étude a montré qu’un projet de naissance non réalisé ou peu flexible semblerait avoir une influence sur la symptomatologie d’une DPP. Deux femmes de notre étude, Aline et Lucile, disaient avoir souffert d’une DPP. Cependant, nombreux sont les facteurs de risque de la survenue d’une DPP (38). Il paraît donc important pour nous, professionnels de santé interagissant avec ces femmes en post-partum, de tenter de ne pas faire de généralités à ce sujet (= penser qu’une femme qui a élaboré un PN qui ne s’est pas réalisé va mal le vivre, donc potentiellement souffrir par la suite d’une DPP). Effectivement, de par les résultats de notre étude énoncés antérieurement, 30% de nos enquêtées disaient avoir bien vécu la naissance de leur enfant. Néanmoins, il paraît important de savoir que cela peut être un **facteur favorisant la survenue d’une DPP**.

Un autre objectif de l’EPNP est d’évaluer le lien mère-enfant. Juliette avait exprimé sa difficulté au départ pour la création d’un lien avec son bébé. Elle justifiait cela par le fait d’avoir manqué cette la première chose qui, pour elle, l’a faite devenir mère : l’accouchement. Ce dernier est effectivement l’étape qui permet

pleinement de se représenter en tant que mère pour les femmes. Une étude anglaise nommée "*Maternal-infant attachment: a developmental perspective*" a montré que le lien mère-enfant pouvait être perturbé par un accouchement ne se déroulant pas comme prévu du point de vue des femmes en post-partum (48).

Ensuite, le CNSF explique que l'EPNP peut prendre la forme d'un débriefing psychologique lorsque les circonstances de la mise au monde de l'enfant ont été mal vécues (47). Une étude française, parue en 2017 et nommée "*Évaluation de la perception des facteurs de stress post-accouchement au Gynépôle de Marseille*" a d'ailleurs montré que dans la période du post-partum précoce, le vécu de l'accouchement semblerait être l'événement le plus marquant et le plus stressant pour les femmes quelle que soit leur parité (26). Or, d'après une étude Brésilienne nommée "*Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping*", les événements liés à la naissance à l'origine d'un stress important sembleraient augmenter entre autre le risque de développer un état anxieux, et plus particulièrement celui d'une DPP (49).

De ce fait, de part l'influence de la présence d'un PN sur le vécu de la naissance, surtout s'il a différé de la réalité et les conséquences qu'il peut engendrer, il serait intéressant d'incorporer la question de la présence d'un PN lors des échanges au moment de l'abord du vécu de l'accouchement. Nous pourrions par exemple poser systématiquement une question de cet ordre aux femmes qui consultent (en ayant en tête les conséquences psychologiques qu'un PN et plus particulièrement lorsqu'il n'a pas abouti) : avez vous élaboré un PN lors de votre grossesse ? Et, si leur réponse est positive, leur poser une question de la sorte : ce PN a-t-il, pour vous, différé de la réalité ?

Pour rappel, l'entretien postnatal s'inscrit dans une approche globale de prévention en postpartum et dans la continuité du suivi anténatal. D'ailleurs, dans le cadre de notre étude et au vu de nos explications précédentes, il semblerait important de revenir sur toute la période anténatale (puis per-natale) du parcours de suivi de grossesse recommandé. Il s'agira de mettre en avant des perspectives en anténatal et per-natal qui pourraient tendre à réduire l'influence d'un PN ayant différé de la réalité sur le vécu de la naissance des femmes.

2.2. Impact de l'accompagnement du PN en anténatal sur l'après

Notre réflexion, en tant que sages-femmes, et parce que nous pouvons être présentes à chaque étape pour ces femmes, que ce soit pendant la grossesse ou la période du per-partum, pourrait être de se questionner sur les clés lors de **la période anténatale**. Celles-ci pourraient avoir une influence sur la diminution de l'impact de ces projets de naissance (qui peuvent ne pas se réaliser) sur leur vécu ultérieur, leur maternité mais aussi leurs futures grossesses. Rappelons que le projet de naissance est un outil qui devrait idéalement s'élaborer en collaboration entre la femme et le co-parent ainsi que le professionnel de santé, plus particulièrement la sage-femme, comme l'expliquait Fleur MAHET, déléguée du CIANE, dans une conférence nommée "*Le projet de naissance, une question de communication Propositions pratiques*" (2007) : "*le projet de naissance est une véritable **co-construction**, à élaborer patiemment, au fil des rencontres, le temps aidant à cheminer vers une forme acceptable de part et d'autre, ou à trouver des alternatives : réorientation du couple ou de la femme vers une structure ou un professionnel plus adapté à son projet*" (21). Il faut également avoir en tête qu'il y a, d'après l'étude du CIANE (19) une progression de la fréquence de ces projets de naissance depuis 2005.

2.2.1. Retentissements du manque d'information en anténatal sur le vécu de la naissance dans le post-partum

Nous pouvons d'abord partir des constats de B.BAYLE, J-J.CHAVAGNAT, F.GRESSIER, trois psychiatres, dans le chapitre 23 nommé "*Les traumatismes psychiques maternels en périnatalité*" l'ouvrage "*Psychiatrie et psychopathologies périnatales*" paru en 2017 (50). Les auteurs ont travaillé entre autres sur l'ESPT (État de Stress Post-Traumatique) dans ce chapitre et ont expliqué que l'un des facteurs de risque fortement associé à l'ESPT lors du post partum est **le manque d'information ressenti par les femmes**. Il était également expliqué que cet ESPT peut amener à des stratégies d'**évitement** de la part des mères, par exemple de ne plus retourner à l'hôpital où elles ont accouché, ce qui peut conduire à un défaut de soins ultérieur, pour elles comme pour leur enfant. Ces stratégies d'évitement sont

mises en place par le psychisme pour éviter de déclencher le mémoire du traumatisme.

Trois femmes de notre étude (Lucile, Juliette et Laure) ont utilisé le terme “traumatisme” dans leurs témoignages lorsqu’elles racontaient la mise au monde de leurs enfants. Juliette disait que son état psychique lors du post-partum a été diagnostiqué par un psychologue comme étant un ESPT.

Deux autres femmes de l’étude, Aline et Claire, souhaiteraient accoucher à domicile de par le vécu de leur premier accouchement. Cela semble expliquer des potentielles stratégies d’évitement comme expliquées précédemment.

Nous pouvons partir du manque d’information ressenti par les patientes comme étant un facteur de risque de développer un ESPT, dans le cadre de la construction d’un PN. Effectivement, l’idée d’informer “prépare à”, et donc prévient. Au vu de l’influence que semble avoir un PN non réalisé sur le vécu de la naissance, l’information donnée en anténatal paraît être en ce sens très importante, notamment pour tenter de déconstruire cet idéal de l’accouchement et de la maternité en général.

D’ailleurs, trois femmes de l’étude (Aline, Laure, Solène) disaient que l’un de leur besoin en anténatal aurait été d’avoir davantage d’informations de la part de personnes travaillant dans le médical à propos de leur PN. Elles auraient eu besoin d’être informées à propos de la faisabilité ou non de leur PN et du fait qu’il est possible que le dénouement de la naissance soit différent de celui imaginé. Solène mettait également en avant l’importance de la construction du PN à l’aide d’un professionnel de santé.

2.2.3. L’abord du projet de naissance en connivence avec les différentes étapes de gestation psychique

Justement à propos de la construction du PN, il serait intéressant en tant que sage-femme de réfléchir autour du moment à partir duquel il serait idéal d’aborder le sujet avec la femme en anténatal. Nous travaillerons alors autour des recommandations de la HAS à ce propos et des étapes psychiques ayant lieu lors de la grossesse (gestation psychique).

La HAS, dans une fiche de synthèse réalisée en 2005 à propos de la PNP, présentait les objectifs de celle-ci ainsi que sa planification du point de vue temporel

(Annexe 9.1) (51). A propos de la PNP lors de la période en anténatal, la première étape recommandée est l'EPP au cours du 4ème mois de grossesse, celui-ci ayant été mis en place à partir du plan périnatalité 2005-2007 (14) et mettant en avant l'abord du sujet du PN *“un entretien individuel et/ou en couple sera systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes, aux futurs parents, au cours du 4ème mois, afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant [...] cet entretien aura pour objectif de favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins, **de leur projet**”*. D'ailleurs, toujours dans la fiche de synthèse de la HAS et dans le guide schématisé au sujet de l'EPP (Annexe 9.2) était mentionné de *“faire le point sur le suivi médical et le projet de naissance”* puis de *“consolider le projet de naissance”*. Caroline, l'une des enquêtée de notre étude est la seule qui expliquait avoir eu l'idée d'élaborer le PN lors de son EPP, réalisé avec sa sage-femme libérale.

Dans les recommandations professionnelles parues en 2005 et nommées *“Comment mieux informer les femmes enceintes ?”* (52), la HAS expliquait dans la partie concernant les principes de l'information destinée aux femmes enceintes qu'il faut délivrer l'information *“de manière progressive, en fonction du volume et/ou la nature de l'information”*. Margot disait d'ailleurs que son PN avait été construit tout au long de sa grossesse à l'aide de sa sage-femme libérale. Justement, il est intéressant de mettre en avant le fait que le PN peut évoluer tout au long de la grossesse ; tout comme les processus de gestation psychique. A ce propos, Marie-Noëlle VACHERON, psychiatre à PARIS, explique dans le premier chapitre de son ouvrage nommé *“Maternité et psychiatrie”* que la gestation psychique (53) *“suit une temporalité parallèle à la gestation physique avec des représentations spécifiques trimestrielles”*. Nous nous baserons aussi sur les dires de Sophie MARINOPOULOS psychologue, psychanalyste dans une vidéo nommée *“Les étapes psychiques de la grossesse”* (54).

Ces différentes étapes psychiques pourraient nous aiguiller en tant que sage-femme pour aborder le sujet du PN avec les femmes. Comme expliqué précédemment, la HAS recommande de parler du PN lors de l'EPP, ayant lieu dans le deuxième trimestre de grossesse. Le deuxième trimestre est symbolisé par les premiers mouvements foetaux et donc psychiquement pour la femme du commencement de la représentation psychique de leur enfant (lors du premier trimestre de grossesse, il n'y a pas encore de représentation psychique de l'enfant).

Si l'on revient à notre étude, douze des treize femmes disaient avoir élaboré leur PN lors du troisième trimestre et certaines l'ont justifié en expliquant que c'était le moment où elles ont réfléchi sur l'accouchement. Justement, le troisième trimestre est psychiquement marqué par une nouvelle étape : la femme se représente un enfant dont elle va se séparer "*une mise en image de la séparation a lieu*". C'est au troisième trimestre qu'elles vont se représenter l'accouchement, et donc la naissance de leur enfant, qui symbolise cette séparation psychique.

En général, pour les femmes qui l'élaborent, le PN est l'imagination de la naissance de leur enfant. En se basant sur les différentes étapes de la gestation psychique, on voit qu'il peut effectivement être intéressant d'aborder le sujet dès le deuxième trimestre lors de l'EPP. Cependant, il pourrait être tôt pour "*consolider le projet de naissance*" (HAS, 2005), certaines femmes réfléchissant à l'accouchement plus tard, vers le troisième trimestre. En partant du principe que le PN peut être évolutif, tout comme les étapes psychiques lors de la grossesse, il pourrait être intéressant de discuter autour de son élaboration lors de chaque consultation de grossesse. De plus, et d'après certains témoignages de notre étude, on remarque l'importance pour les femmes enceintes d'être informées par les professionnels de santé réalisant leur suivi de grossesse, à propos du caractère incertain de l'accouchement, notamment dans le cadre de l'élaboration d'un PN. Il semble par ailleurs important de mettre en avant le fait que les informations que nous pourrions leur apporter pourraient les inspirer pour élaborer le PN. Dans notre étude par exemple, Margot et Lucile sont les seules qui disaient s'être inspirées des informations d'un professionnel de santé pour élaborer leur PN. Il semblerait également primordial que les femmes aient des informations adaptées sur les protocoles de l'établissement. Bernard BEL, ingénieur en recherche au CNRS et délégué du CIANE expliquait : "*il ne sert à rien, par exemple, de demander une péridurale déambulatoire si le matériel n'est pas disponible ou le personnel pas formé à cette pratique [...] les professionnels peuvent aider la future mère à mieux formuler sa demande[...] ou dans le cas échéant aider les parents à s'orienter vers un autre établissement*" (12). B.BEL expliquait également que le CIANE demandait en 2007 que les informations sur l'offre de soins et les indicateurs de résultats soient publiés pour tous les établissements et justifiait "*seule une information transparente permettra, en effet, de réaliser l'adéquation nécessaire entre les demandes des usagers et l'offre de soins, à un stade de grossesse qui laisse*

encore une marge de manoeuvre à tous les acteurs". Il faut ici surtout mettre en avant le rôle que nous avons en tant que sage-femme lors de la grossesse pour écouter les besoins des femmes et co-parents autour de leur PN et les accompagner pour l'élaborer en respectant son évolutivité au fil des consultations en fonction du stade psychique de gestation. Il faut mettre un point d'honneur à l'information notamment sur les risques inhérents à une naissance (instrumentation, césarienne, déchirure...), car cela peut les aider à se préparer et influencer leur vécu ultérieur. De plus, les accompagner autour de leur PN, c'est **collaborer avec eux** et instaurer un climat de confiance entre eux et le personnel soignant, comme l'explique F.MAHET "*chacun peut ainsi collaborer en étant assuré de se voir respecté dans son intégrité, sa place particulière au sein du travail d'équipe qu'est la mise au monde de l'enfant en maternité*" (30).

Cette information peut se faire lors de séances de préparation à la naissance et à la parentalité, comme l'a mentionné la HAS en 2005 dans les recommandations professionnelles nommées "*Préparation à la naissance et à la parentalité*" (55) : "*historiquement, la préparation à la naissance était centrée sur la prise en charge de la douleur. Elle s'oriente actuellement vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur **participation active dans le projet de naissance***". De plus, il est recommandé de planifier ces séances lors de l'EPP, elles ont donc lieu dans la plupart des cas de la fin du deuxième trimestre jusqu'à la fin du troisième trimestre, ce qui semble correspondre aux dernières étapes de la gestation psychique.

Il serait d'ailleurs intéressant de proposer aux femmes d'apporter leur PN lors des dernières consultations de grossesse (8ème et 9ème mois) ayant lieu le plus souvent dans la maternité où elles souhaitent accoucher. En tant que sage-femme hospitalière, leur poser la question de la présence d'un PN, et le notifier dans leur dossier permettrait de faire un lien en amont de du jour de l'accouchement entre le personnel soignant et la femme et le co-parent. De plus, il pourrait s'agir de discuter avec eux autour des souhaits et des protocoles du service. Pour huit femmes de cette étude, ce rendez-vous a visiblement été pour elles le moment où elles en ont discuté avec des professionnels de santé autour de leur PN. Judith LOTHIAN, expliquait d'ailleurs dans une revue de littérature nommée "*Birth Plans: The Good, the Bad, and the Future*" et datant de 2006,

qu'une discussion avec la patiente/couple peut apporter un nouvel éclairage sur le PN et aboutir à une décision différente (24). Elle donnait l'exemple d'une femme qui envisageait une césarienne de convenance, et qui n'avait jamais été informée des risques de cet acte pour elle et son enfant. J.LOTHIAN expliquait qu'il était important que la sage-femme essaye de **comprendre la raison pour laquelle la femme/couple a élaboré un PN**, avec toujours comme exemple cette femme qui souhaite avoir une césarienne de convenance et qui avait un antécédent de violences sexuelles. J.LOTHIAN insiste d'ailleurs sur le fait que ces **discussions doivent avoir lieu bien avant la naissance**. Les discussions et les informations que nous avons avec ces femmes en anténatal peuvent constituer des sources fiables pour la construction de leur PN. En effet, dans notre étude nous avons pu remarquer que Claire et Margot étaient les seules à exprimer que les informations de leurs sages-femmes libérales leur avait permis de construire leur PN ; la majorité des femmes de l'étude ayant utilisé internet ou les réseaux sociaux pour avoir des informations.

Il semblerait d'autre part fondamental d'informer au maximum les femmes nullipares (primipares par abus de langage) puisque l'accouchement est quelque chose qui leur est personnellement inconnu. Effectivement, l'inexpérience et la découverte du devenir parent sont décrites dans la littérature comme étant "*un événement où la perception du stress est plus élevée pour les femmes lors de la naissance du premier enfant*" (26). Qui plus est, Juliette, qui témoignait sur son premier accouchement et qui a entre-temps accouché pour la deuxième fois, racontait qu'elle avait bien mieux vécu son deuxième accouchement, notamment parce qu'elle avait une meilleure connaissance de ce qu'il pouvait se passer de par sa première expérience.

2.3. Rôle de la sage-femme en per-natal

Quelques femmes de cette étude ont mis en avant lors de leurs témoignages **la communication, l'écoute et le respect** qu'ont eu les équipes soignantes à leur égard durant le travail et l'accouchement, et l'influence que cela a pu avoir sur leur ressenti autour de l'écart entre ce qu'elles avaient imaginé dans leur PN et la réalité. De plus, il semblerait, d'après une femme de notre étude (Claire) qui n'avait pas discuté autour de son PN à la maternité, que d'interroger

poser systématiquement la question aux patientes lors de la première rencontre en salle de naissance “avez-vous des souhaits pour le travail, l'accouchement, et ensuite?” pourrait favoriser le dialogue autour du sujet et pourrait nous permettre de ré-informer les femmes, entre autres, autour des risques qui peuvent survenir au cours du travail, de l'accouchement, du post-partum immédiat.

2.4. Discussion autour de de l'appellation “projet de naissance”

Il serait également pertinent de discuter autour de l'appellation “projet de naissance”, plus particulièrement autour du terme “projet”.

Tout d'abord, il serait intéressant de définir ce dernier. D'origine latine, le mot projet se décompose en deux racines : pro, qui signifie “en avant” , et jacere, qui signifie “jeter” (et qui a donné le mot jeter) (56). Avant d'avoir sa portée actuelle, le mot projet est utilisé dans le domaine du bâtiment ou dans celui de la guerre et désignait les éléments architecturaux jetés en avant comme les balcons sur une façade (57). En philosophie, le mot prend un sens différent. Martin HEIDEGGER, philosophe allemand, décrit le mouvement suivant en parlant du projet : *“cette sortie hors de moi, cet acte qui me concerne fondamentalement et selon lequel j'anticipe sur ma situation présente pour me projeter, plus exactement me pro-jeter, me jeter en avant dans **une situation future que je ne maîtrise pas totalement**”* (58) . D'après le Larousse, le projet est *“**un but** que l'on se propose d'atteindre, ou une idée de quelque chose à faire, que l'on présente dans ses grandes lignes”* (59). Un projet serait donc la construction préalable d'une réalisation future, dont la finalité reste **incertaine**. Aujourd'hui, le concept de projet est utilisé dans de nombreux domaines, surtout professionnels. Les femmes de notre étude ont défini le terme “projet” : quelques-unes expliquaient qu'elles étaient conscientes que ce dernier n'était pas toujours réalisable ; s'il ne se réalise pas, la plupart disaient qu'elles essayaient de prendre les choses positivement. Les autres femmes de l'étude ont exprimé des ressentis ambivalents, de la “frustration” à “l'échec”. Lucile expliquait que son ressenti était lié à l'importance qu'à le projet sur elle.

Justement lorsqu'il s'agit d'un projet concernant la naissance d'un enfant, il serait intéressant de se demander si ce terme pourrait avoir une influence sur un vécu ultérieur. Neuf des treize femmes de l'étude approuvaient l'appellation “projet

de naissance”. Juliette, l’une de ces femmes qui approuvaient l’appellation, avait nuancé ses propos dans le sens où le terme “projet” peut être mal interprété dans le cadre d’une naissance où nous ne pouvons pas prédire du dénouement ni de la réalisation de ce PN. Quatre femmes n’approuvaient pas ce terme, deux d’entre elles exprimaient que cette appellation peut avoir une influence sur le vécu ultérieur. Laure expliquait que le terme “projet” pouvait induire en erreur dans le cadre d’une naissance puisqu’il implique un certain contrôle (elle comparait cela avec un projet d’achat ou de mariage).

Dans ce cas, il serait judicieux de s’interroger sur ce terme dans ce cadre particulier de la naissance. Les sources manquent à propos de cette interrogation. Au vu des témoignages de quelques femmes de mon étude à ce propos, il serait intéressant de réfléchir à ce sujet. En effet, les idées d’appellation données par quatre enquêtées ne comprenaient pas le terme “projet”. Cela nous permet de nous questionner : une autre appellation du PN pourrait-elle avoir une influence sur le vécu des femmes qui en élaborent un ?

V. CONCLUSION

En France, on peut observer une augmentation en fréquence de l'expression des souhaits des femmes et co-parents à propos de la naissance de leur enfant, exprimés dans un PN. Dorénavant, le PN fait visiblement partie intégrante du paysage obstétrical. Notre questionnement de départ traitait de l'influence qu'un PN non-réalisé peut avoir une influence sur le vécu de la naissance pour la femme. Effectivement, au vu de nos résultats et de la littérature, on peut remarquer qu'un PN non réalisé semble effectivement avoir une influence sur le vécu de la naissance par la femme. Ceci de par, entre-autres, le fait que cela semble être un facteur favorisant de survenue d'une DPP ; que les femmes peuvent traverser un deuil de l'idéal de part l'écart entre réalité et imaginaire ; que cela peut perturber le lien mère-enfant. Nous avons pu, grâce aux résultats et aux recherches, montrer l'importance de la discussion autour du vécu de la naissance avec des professionnels de santé dans le post-partum lorsque le PN n'a pas été réalisé. Cependant, le séjour en maternité ne semble pas être le moment propice pour en parler. L'EPNP, mis en place depuis juillet 2022 est une étape désormais obligatoire du parcours de soin des femmes en post-partum (recommandé entre la 4ème et la huitième semaine du post-partum) paraît être très intéressant pour aborder le sujet. Au décours de celui-ci, nous pourrions demander systématiquement aux femmes si elles avaient élaboré un PN et s'il a, pour elles, été réalisé. Nous pourrions, en ayant en tête l'influence qu'un PN non réalisé peut avoir pour le vécu de la naissance dépister une DPP, un lien mère-enfant perturbé. Nous pouvons aussi travailler avec elles autour du deuil de l'idéal, et les rediriger vers un psychologue si besoin.

Les résultats montrent aussi le besoin pour les femmes d'être informées en anténatal à propos de leur PN. Informer permet de prévenir l'impact d'un PN non réalisé sur le vécu de la naissance. C'est tout un travail à réaliser en collaboration entre la femme, le co-parent et le professionnel de santé (très souvent la sage-femme) en connivence avec les étapes de gestation psychique au cours des différentes consultations, les séances de PNP. Au décours de celles-ci, nous pouvons leur apporter des informations fiables pour l'élaborer. Nous avons aussi ce

rôle important de les prévenir des différents dénouements que peut prendre un accouchement.

En per-natal et d'après nos résultats, on remarque que le ressenti de l'écart entre l'imaginaire (le PN) et la réalité peut-être diminué grâce à la communication, l'écoute, le respect que nous pouvons avoir avec les femmes et co-parents ayant élaboré un PN. Ceci pourrait-être favorisé par un questionnement systématique auprès des couples de la sorte : "avez-vous des souhaits pour le travail, l'accouchement et ensuite ?".

Pour finir, cette étude pourrait-être complétée par une réflexion autour de l'appellation "projet de naissance". Une autre appellation pourrait, d'après quelques femmes de notre étude, influencer le vécu ultérieur s'il diffère de la réalité.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Comment la naissance est devenue un acte médicalisé [en ligne]. Disponible sur :
https://www.lemonde.fr/maternite/article/2017/08/30/comment-la-naissance-est-progressivement-devenue-un-acte-medicalise_5178707_1655340.html
2. Vuille M. L'invention de l'accouchement sans douleur, France 1950-1980. *Trav Genre Sociétés*. 2015;34(2):39-56.
3. La médicalisation de la naissance [en ligne]. *Quelle naissance demain*. Disponible sur:
<https://ciane.net/archive/egn2006/la-medicalisation-de-la-naissance/>
4. Laurendeau F. La médicalisation de l'accouchement. *Rech Sociographiques*. 1983;24(2):235-43.
5. La médicalisation de l'accouchement : approche du genre [en ligne]. *Bruxelles Laïque Echos*. 2012. Disponible sur:
<https://echoslaiques.info/la-medicalisation-de-laccouchement-approche-historique-du-genre/>
6. Hoareau C. Médicalisation de la naissance en France: étude historique des pratiques des sages-femmes au 20e siècle.
7. Thébaud F. Chapitre III. Les conséquences de la médicalisation. In: *Quand nos grand-mères donnaient la vie : La maternité en France dans l'entre-deux-guerres* [en ligne]. Lyon: Presses universitaires de Lyon; 2021. p.149-84. (Hors collection). Disponible sur:
<http://books.openedition.org/pul/15197>
9. Docteur Gilles Errieau. Rapport sécurité et qualité de la grossesse et de la naissance. 7 juin 1994;45-7.
10. Montazeau O. L'industrialisation de la naissance. *Spirale*. 2010;54(2):91-111.
11. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.
12. Du bon usage du projet de naissance, Bernard BEL [en ligne]. Disponible sur:
<http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/0/25/46/25/epu-23-03-07/interventionbb.pdf>

13. Bréart PG, Puech PF, Rozé PJC. Vingt propositions pour une politique périnatale.
14. Plan « périnatalité » 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité.
15. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [en ligne]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales
16. Bonnefont S. Bâtir une relation de confiance grâce au projet de naissance. Sages-Femmes. 1 sept 2022;21(5):16-9.
17. CIANE. Projet de naissance et données scientifiques, le rôle des associations d'usagers. 2014 [en ligne]. Disponible sur:
https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/SFMPLYon2014_Texte.Ciane_.PdN_.pdf
18. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Rev Sage-Femme. déc 2007;6(4):216-8.
19. CIANE. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement. 2012. [en ligne]. Disponible sur:
<https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>
20. Haute Autorité de Santé. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins [en ligne]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/manuel_certification_es_qualite_soins.pdf#page=27
21. Fleur Mathet. Le projet de naissance, une question de communication Propositions pratiques [en ligne]. Disponible sur:
<http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/0/25/46/25/epu-23-03-07/interventionfm.pdf>
22. Briex M. Vers un accompagnement plus humain de la grossesse et de l'accouchement. Spirale. 21 oct 2016;N° 79(3):183-93.
23. Hu-Verot C, Mamzer Bruneel MF. Formation initiale des sages-femmes en éthique médicale : autour du projet de naissance. Rev Sage-Femme. 1 févr 2015;14(1):31-9.
24. Lothian J. Birth Plans: The Good, the Bad, and the Future. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1 mars 2006;35(2):295-303.

25. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. mai 2002;186(5 Suppl Nature):S160-172.
26. Évaluation de la perception des facteurs de stress post-accouchement au Gynépôle de Marseille | Cairn.info [en ligne]. [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.passerelle.univ-rennes1.fr/revue-sante-publique-2017-5-page-611.htm>
27. Chabbert M, Wendland J. Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : un impact sur les relations précoces mère – bébé ? *Rev Médecine Périnatale*. 2016;8(4):199-206.
28. Reynolds JL. Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *CMAJ Can Med Assoc J*. 15 mars 1997;156(6):831-5.
29. Benoit C, Westfall R, Treloar AEB, Phillips R, Mikael Jansson S. Social factors linked to postpartum depression: A mixed-methods longitudinal study. *J Ment Health*. 1 janv 2007;16(6):719-30.
30. Kahalon R, Yanushevsky Cnaani G, Preis H, Benyamini Y. The complex effects of maternal expectations on postpartum depressive symptoms: when does a protective factor become a risk factor? *J Psychosom Obstet Gynaecol*. mars 2022;43(1):74-82.
31. Aragon M, Chhoa E, Dayan R, Kluftinger A, Lohn Z, Buhler K. Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC*. nov 2013;35(11):979-85.
32. Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV. Expectations, Experiences, and Psychological Outcomes of Childbirth: A Prospective Study of 825 Women. *Birth*. 1990;17(1):15-24.
33. Slade P, MacPherson SA, Hume A, Maresh M. Expectations, experiences and satisfaction with labour. *Br J Clin Psychol*. 1993;32(4):469-83.
34. André Beetschen. L'envers des idéaux : angoisse et destructivité [en ligne]. Disponible sur: <https://www.aldep.org/article.php?index=35#footnote-2>
35. Roland Doron, Françoise Parot. *Dictionnaire de psychologie*. Quadrige; 2011. 768 p.
36. Freud S. Deuil et mélancolie. Extrait de *Métapsychologie*. Sociétés. 2004;86(4):7-19.

37. Abraham G. Réalité et imaginaire en psychothérapie. *Psychothérapies*. 2002;22(1):51-7.
38. Dayan J. Chapitre VI. Dépression du post-partum. In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2022]. p. 69-86. (Que sais-je ?; vol. 2e éd.).
Disponible sur:
<https://www.cairn.info/les-depressions-post-partum--9782715413306-p-69.htm>
39. Définition de subjectivité — Lesdefinitions.fr [en ligne]. Les Définitions.
Disponible sur: <https://lesdefinitions.fr/subjectivite>
40. Iannaccone A, Cattaruzza E. Le vécu subjectif dans la recherche en psychologie. *Rech Form*. 31 déc 2015;(80):77-90.
41. Aubourg L, Lecointre O. Chapitre 1. Les accords toltèques. In: *Manager avec les principes toltèques* [en ligne]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2020 [cité 16 févr 2023]. p. 15-26. (Le management en pratique; vol. 2e éd.).
Disponible sur:
<https://www.cairn.info/manager-avec-les-principes-tolteques--9782807331327-p-15.htm>
42. Longneaux JM. La double expérience du temps en périnatalité. *Périnatalité*. 2019;11(2):66-72.
43. Haute Autorité de santé. Synthèse de la recommandation de bonne pratique. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveaux-nés. [en ligne] Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/fiche_de_synthese_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
44. Poinso F, Samuelli JC, Delzenne V, Huiart L, Sparrow JS, Rufo M. Dépressions du post-partum : délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé. *Psychiatr Infant*. 2001;44(2):379-413.
45. Sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. *Rev Sage-Femme*. avr 2014;13(2):84-98.
46. Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 (1) - Légifrance [en ligne]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCATA000044553462>

47. Bleuzen E, Benjilany S, Gantois A, Kheniche M, Baunot N, Guillaume S, et al. Entretien postnatal précoce - Préconisations pour la pratique clinique.
48. Mertin PG. Maternal-infant attachment: a developmental perspective. Aust N Z J Obstet Gynaecol. nov 1986;26(4):280-3.
49. Faisal-Cury A, Tedesco JJA, Kahhale S, Menezes PR, Zugaib M. Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. Arch Women's Ment Health. 1 avr 2004;7(2):123-31.
50. Bayle B, Chavagnat JJ, Gressier F. 23. Les traumatismes psychiques maternels en périnatalité. In: Psychiatrie et psychopathologie périnatales [en ligne]. Paris: Dunod; 2017. p. 209-20. (Aide-Mémoire). Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychiatrie-et-psychopathologie-perinatales--9782100768844-p-209.htm>
51. Haute Autorité de Santé.Recommandations professionnelles.2005. Préparation à la naissance et à la parentalité (fiche de synthèse) [en ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_fiche.pdf
52. Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles.2005.Comment mieux informer les femmes enceintes ? [en ligne].Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf
53. Vacheron MN. Chapitre 1. Désir d'enfant, désir de grossesse et gestation psychique. In: Maternité et psychiatrie [en ligne]. Cachan: Lavoisier; 2015 .p. 7-11. (Les Précis). Disponible sur: <https://www.cairn.info/maternite-et-psychiatrie--9782257206107-p-7.htm>
54. [Vidéo] Les étapes psychiques de la grossesse. [en ligne]. Yapaka. Disponible sur: <https://www.yapaka.be/content/les-%C3%A9tapes-psychiques-de-la-grossesse>
55. Haute Autorité de Santé.Recommandations professionnelles.2005.Préparation à la naissance et à la parentalité [en ligne].Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
56. Décortiquons le mot « Projet » [en ligne]. 2018. Disponible sur: <https://www.orthodidacte.com/videos-francais/decortiquons-le-mot-projet/>

57. ANESM. Repères concernant la notion de projet [en ligne]. Disponible sur:
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reperes_reco_projet_et_etablissement_anesm.pdf
58. Daujam M. Le projet ou l'histoire d'une méprise. *Empan*. 2002;45(1):15-8.
59. Larousse É. Définitions : projet - Dictionnaire de français Larousse [en ligne]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/projet/64232>

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : message posté sur Facebook

Projet de naissance : "Quand la projection écrite de départ n'a pas pu se calquer dans la réalité"

Bonjour !

Je m'appelle Clémence, je suis actuellement étudiante sage-femme à Rennes.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je m'intéresse au projet de naissance et plus précisément au vécu des femmes pour lesquelles la réalité n'a pas ou peu rejoint les souhaits écrits.

Afin de réaliser mon étude, je recherche des femmes majeures :

- Ayant accouché entre janvier 2020 et janvier 2022
- Ayant écrit un projet de naissance, ne s'étant pas réalisé ou pas complètement.

Mes objectifs :

- Connaître votre ressenti face à cette situation
- Identifier quels auraient été vos besoins et vos attentes

Pour cela, vos témoignages sont indispensables.

Comment se passe le recueil de votre parole ?

- Grâce à un entretien que nous ferons ensemble
- Durée approximative : 45 minutes 🕒
- Par visio-conférence, par téléphone, ou, dans la mesure du possible, en présentiel dans un lieu de votre choix

👉 A savoir : votre anonymat sera respecté tout au long de l'étude.

Vous êtes intéressée pour témoigner sur ce sujet ou vous avez des questions? Envoyez moi tout simplement un message privé via Facebook 📩

✨ N'hésitez pas à partager au maximum cette publication ! ✨

Annexe 2 : grille d'entretien

<p>Thématique 1 : informations générales sur l'enquêtée</p>	<ul style="list-style-type: none">• Âge• Profession• Nombre d'enfants à charge• En couple actuellement ou non ?
<p><u>Thématique 2 : le déroulement de la grossesse</u></p>	<ul style="list-style-type: none">• Pouvez-vous m'expliquer comment s'est déroulée votre grossesse ? Quel a été votre vécu émotionnel pendant cette grossesse ?• Quel(s) professionnel(s) de santé (sage-femme, gynécologue-obstétricien, médecin généraliste) vous a accompagné au cours de votre grossesse ?• Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité? Qu'est-ce que cela vous a apporté ?
<p><u>Thématique 3 : déroulement du travail, de l'accouchement et du post-partum immédiat</u></p>	<ul style="list-style-type: none">• Pouvez-vous m'expliquer comment a été introduit votre projet de naissance ce jour-là ? (la sage-femme vous a t'elle posé la question, ou c'est vous qui en avez parlé directement ?)• Comment avez-vous ressenti l'accueil de votre projet de naissance par l'équipe soignante ?• Avez-vous pu discuter de votre projet de naissance avec l'équipe soignante le jour de la naissance de votre bébé? Si oui, pouvez-vous me donner plus de détails : qui en a parlé en premier ? Vous ? La sage-femme ? Avez-vous pris le temps d'en discuter ? Quelle a été, pour vous et votre conjoint, la portée de cet échange ?• Est-ce que les différents souhaits de votre projet de naissance ont pu se concrétiser ?• Racontez-moi votre travail• Racontez-moi la naissance de votre enfant• Comment aviez-vous imaginé votre place/rôle au moment de cette naissance ?

<p><u>Thématique 4 : vécu, attentes et besoins</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Que pensez-vous de l'aboutissement de votre projet de naissance ? ● Quel est votre ressenti quand vous repensez à la naissance de votre enfant ? ● Avez-vous pu parler du vécu de votre accouchement (qu'il soit positif ou négatif) avec l'équipe soignante en maternité ? (Ou plus tard?) ● Pensez-vous qu'il y a un lien entre la non réalisation de votre projet de naissance et le vécu de votre accouchement ? Si oui, seriez-vous capable de m'expliquer pourquoi ? ● Quels auraient été vos besoins s'il y en a lors de votre suivi de grossesse, votre accouchement et votre séjour en maternité par rapport à votre suivi ?
<p><u>Thématique 5 : construction du projet de naissance</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Comment avez-vous eu l'idée d'écrire un projet de naissance ? ● Pouvez-vous m'expliquer pourquoi vous avez décidé de rédiger un projet de naissance ? ● A quel moment de la grossesse l'avez-vous écrit, et pourquoi ? Y aviez-vous songé avant même de débuter la grossesse ? ● Quelles sources avez-vous utilisées pour l'écriture de votre projet de naissance ? (Internet, lectures, amies, famille, professionnels de santé, cours de prépa, expérience personnelle...) ● Avez-vous donné votre projet de naissance finalisé à la maternité où vous souhaitez accoucher ? A quel moment ? ● Pour vous, quelle serait la définition du mot « projet » ? ● Comment définissez-vous le projet de naissance ? ● Le terme « projet de naissance » vous semble t-il adapté ? Si non, avez-vous une idée d'une autre appellation ? ● Avez-vous envie d'évoquer autre chose concernant le non-aboutissement de votre projet de naissance ?

Annexe 3 : *tableau récapitulatif du type de professionnel ayant suivi mensuellement les treize patientes de l'étude durant leur grossesse*

	Sage-Femme	Gynécologue-Obstétricien	Médecin généraliste
Solène	X	X	
Aline	X		
Léa	X		
Estelle		X	
Claire	X		
Lucile	X		
Caroline	X		
Clara		X	
Marion	X	X	
Lise	X		
Laure	X		
Margot	X		
Juliette	X		

Annexe 4 : sources utilisées par les treize femmes de l'étude pour construire leurs projets de naissance

	Sources utilisées pour construire leurs projets de naissance écrits
Solène	<ul style="list-style-type: none"> - Souvenirs de son premier accouchement - Internet : recherches sur Google
Aline	<ul style="list-style-type: none"> - Réseaux sociaux : groupes Facebook
Léa	<ul style="list-style-type: none"> - Réseaux sociaux : groupes Facebook - Reportages (exemple : "Faut pas pousser" de NINA NARRE) - Livres (exemple : livres de MICHEL ODENT)
Estelle	<ul style="list-style-type: none"> - Son ressenti et ses envies
Claire	<ul style="list-style-type: none"> - Informations de sa sage-femme libérale
Lucile	<ul style="list-style-type: none"> - Livres (exemples : programme de préparation à la naissance d'ANNE-LAURE BRUNELLE, "le guide de la naissance naturelle" d'INA MAY GASKIN) - Réseaux sociaux : groupes Facebook
Caroline	<ul style="list-style-type: none"> - Réseaux sociaux : Pinterest - Internet : recherches sur Google
Clara	<ul style="list-style-type: none"> - Réseaux sociaux : groupes Facebook
Marion	<ul style="list-style-type: none"> - Réseaux sociaux : groupes Facebook
Lise	<ul style="list-style-type: none"> - Livres (exemple : "le guide de la naissance naturelle" d'INA MAY GASKIN)
Laure	<ul style="list-style-type: none"> - Livres - Réseaux sociaux : podcasts
Margot	<ul style="list-style-type: none"> - Réseaux sociaux : groupes Facebook - Informations de sa sage-femme libérale
Juliette	<ul style="list-style-type: none"> - Internet : recherches sur Google

AL.BRUNELLE = journaliste spécialisée en santé naturelle

Annexe 5 : leur définition du terme "projet"

	Leur définition du terme "projet"
Solène	<i>"une mise en place d'idées, concrétiser des idées"</i>
Aline	<i>"c'est un souhait que l'on a envie de voir aboutir"</i>
Léa	<i>"c'est ce que l'on souhaite, ce n'est pas forcément ce qui sera réalisé mais c'est ce que l'on souhaite"</i>
Estelle	<i>"c'est une envie"</i>
Claire	<i>"ce sont les prémices de ce qu'on aimerait réaliser"</i>
Lucile	<i>"c'est un souhait exprimé que l'on a détermination de réaliser"</i>
Caroline	<i>"c'est la manière dont on se projette et comment est-ce qu'on voit, prévoit et organise ce qui peut se passer"</i>
Clara	<i>"un but qu'on se fixe et qu'on arrive à atteindre plus ou moins bien"</i>
Marion	-
Lise	<i>"un ensemble de souhaits qui entoure un événement particulier"</i>
Laure	<i>"un support qui fixe une projection"</i>
Margot	<i>"l'établissement d'un plan qui permet d'aboutir à un objectif"</i>
Juliette	<i>"répondre à des envies pour que ça soit en accord avec notre façon de vivre, de voir l'avenir, mais ça n'est pas indispensable, on peut y arriver sans ça, c'est juste le chemin le plus simple d'y arriver"</i>

- : n'a pas réussi à donner une définition

Annexe 6 : leur définition du projet de naissance

	Leur définition projet de naissance
Solène	<i>“l'idée qu'on se fait de notre accouchement, en bien ou pas bien”</i>
Aline	-
Léa	<i>“un idéal mais avec certains impératifs quand même”</i>
Estelle	<i>“c'est un ensemble d'envies que l'on a pour la naissance de notre enfant”</i>
Claire	-
Lucile	<i>“l'expression du souhait de la maman de comment elle veut vraiment accoucher”</i>
Caroline	<i>“pour moi c'est un peu comme quand on fait son testament mais adapté à la grossesse, l'accouchement”</i>
Clara	<i>“l'idéal qu'on s'imagine en tant que maman ou future maman, dans le sens où l'on souhaite quelque chose mais qu'on risque de ne pas mener à terme”</i>
Marion	<i>“c'était vraiment ce que je voulais et ne voulais pas; c'était en gros comment je m'imaginais la situation”</i>
Lise	-
Laure	-
Margot	<i>“les différentes composantes qui permettent d'aboutir à un accouchement comme on le souhaite”</i>
Juliette	-

- : question non posée

Annexe 7 : projets de naissance de sept femmes de l'étude

- Annexe 7.1 : PN de Solène

Projet de naissance

-Je souhaite la présence de mon mari du début à la fin de l'accouchement peu importe voie haute ou basse.

-J'aimerais écouter ma musique pendant le travail

-Surveillance foetale permanente

-De préférence accouchement par voie basse mais je ne suis pas contre une césarienne. Si voie basse je veux une péridurale et si césarienne je veux que papa suive bébé juste après la naissance

-Si voie basse je souhaite finir de sortir mon enfant seule

-Pas d'épisiotomie ni de cuillère (spatule) sauf urgence vitale de bébé

-Mon mari coupe le cordon ombilical

-Peau à peau avec maman ou papa

-J'aimerais avoir de l'aide la première fois que je donnerai le sein à mon bébé (Tété d'accueil).

- accoucher dans la position de mon choix

- Annexe 7.3 : PN de Léa

PROJET DE NAISSANCE

Adam

Ce projet reprend les points importants à nos yeux pour la naissance de notre fils Adam. Nous souhaiterions vivre cette naissance le plus naturellement et physiologiquement possible. Nous vous demandons donc de respecter ce projet et surtout de nous informer de chaque geste et de nous expliquer les raisons. Vous avez notre entière confiance pour gérer les urgences et complications, merci de faire confiance aux capacités de

PENDANT LE TRAVAIL

Respecter la physiologie : lumière tamisée, musique, calme (limiter les allées et venues), me laisser bouger (pas de monito continu).
Me laisser boire et manger



Pas de perfusion. Si cathéter fermé prévoir aiguille enfant. **NE PAS ME PROPOSER LA PÉRIDURALE.**



Pas d'épisiotomie ! Si déchirure me demander avant de recoudre. **PAS D'EXPRESSION ABDOMINALE**



Sauf si urgence vitale, éviter toute intervention : pas de ventouse ou forceps, ne pas tirer le périnée manuellement. Si besoin pose de compresses chaudes.

Me laisser accéder à la salle nature, disposer de la baignoire à ma convenance



Limiter au maximum les interventions : toucher vaginaux occasionnels, ne pas rompre la poche, ne pas faire de perfusion d'ocytocine.



Laisser venir les poussées réflexes. Me laisser pousser dans la position de mon choix



Clampage tardif du cordon, attendre au moins 10min. Laisser couper si elle le souhaite

POUR LA DELIVRANCE

Pas d'injection d'ocytocine de synthèse. Nous laisser découvrir bébé pour activer l'ocytocine naturelle.
OK pour l'injection si pas de délivrance au bout de 15min.



Peau à peau dès la naissance, si pas d'urgence décaler les premiers soins après la tétée d'accueil. Effectuer les soins en notre présence, nous proposer de participer.



Pas d'aspiration ou de sonde en préventif. Nous ne souhaitons pas d'antibiotiques dans les yeux de bébé. Nous avons emmené notre propre vitamine D, merci de lui donner celle-ci.

GLOBAL

- Si urgence, césarienne par exemple nous souhaitons que  reste toujours avec bébé.
- Si césarienne, je préfère une anesthésie générale.
- JE NE TOLÈRE PAS LA MORPHINE
- Nous souhaitons une sortie anticipé à 24h si tout s'est bien passé. Nous avons déjà organisé la sortie avec nos sages femmes et notre médecin traitant.
- Je ne souhaite pas allaiter, nous avons emmené le lait choisi pour bébé, ainsi que les biberons et l'eau nécessaire.

- Annexe 7.4 : PN de Claire

Projet de Naissance

- accouchement physiologique dans saffé nature avec pas de monitoring en continu ni de perfusion, touchers vaginaux avec la même personne que quand cela est utile, pas de péridurale ni épisio, droit à l'information et consentement avant chaque acte médical pour maman ou bébé, présence de la sage femme et du papa "uniquement" désir d'intimité et de soutiens, conseils de la part de la sage femme, libre mouvement accouchement dans position désirée
- vêtements de son choix, pouvoir boire, manger et uriner à sa guise, lumière douce, musique si désirée, homéopathie, huiles
- (papa souhaite sortir le bébé, papa coupe le cordon qu'une fois qu'il a cessé de battre) prendre le temps du peau à peau, de l'allaitement au sein une fois bébé nait, les premiers soins se feront en temps voulu sauf urgence, bébé jamais séparé de maman, expulsion du placenta naturelle en prenant le temps
- allaitement désiré uniquement
- papa toujours présent même la nuit
- interventions extérieures sur bébé que quand cela est obligatoire ou nécessaire sinon par papa ou maman.
- retour à domicile le plus rapidement possible

- Annexe 7.5 : PN de Lucile

Mon projet de naissance

Je souhaite vivre un accouchement le plus naturel, physiologique et serein possible. Merci beaucoup de respecter mes désirs ci-dessous.

1. Pendant l'accouchement,

- **Je souhaite :**
 - o Prendre un bain chaud
 - o Être libre de mes mouvements et choisir mes positions
 - o Être soutenue et massée (par mon mari)
 - o Avoir de la lumière tamisée et écouter de la musique relaxante
 - o Que personne ne me mette de pression temporelle, ne me donne des ordres ou ne me parle sur un ton autoritaire
- **Je ne souhaite pas :**
 - o Être sous monitoring en continu
 - o Avoir une péridurale
 - o Avoir une injection d'ocytocine
 - o Avoir une épisiotomie
 - o Pousser avant les poussées réflexes
 - o Que l'on tire pour hâter la sortie du placenta

2. A la naissance de mon enfant,

- **Je souhaite :**
 - o Faire du peau à peau aussitôt
 - o L'allaiter dès que possible et qu'il en manifestera le besoin/l'envie
 - o Que les soins soient retardés, notamment le bain
 - o Que le cordon soit coupé uniquement quand le sang aura bien cessé de battre
- **Je ne souhaite pas :**
 - o Qu'il ait d'injection dans les yeux (antibiotiques ou autre)
 - o Qu'il ait d'injection ou de médicament sans mon accord libre

Enfin, je souhaite être accompagnée de mon mari à tous moments.

- Annexe 7.6 : PN de Caroline

Projet de naissance –

- Grossesse suivie par] (sage-femme libérale -
- Accompagnant et personne de confiance : (..... (mari)

Bonjour,

Nous avons conscience que chaque accouchement est différent et que celui-ci ne se déroulera pas forcément comme nous le voulons mais il est important pour nous de faire part à l'équipe soignante du de nos souhaits pour l'accueil de notre premier enfant.

Ce sont des souhaits et nous faisons évidemment confiance à l'équipe de la maternité pour mettre en place les protocoles nécessaires en cas d'urgence ou de problème.

Les points forts dans ce projet sont :

- **Le fait d'accoucher de manière physiologique et naturelle, avec le minimum de médicalisation, sans péridurale ;**
- **Que notre bébé soit accueilli également de manière naturelle, sans précipitation, en différant au maximum les soins qui peuvent l'être pour privilégier notre rencontre et la construction de notre famille.**

Concernant le contexte de Covid-19, la protection de chacun est évidemment essentielle et nous nous conformerons aux mesures en vigueur. Pour autant, nous souhaitons enlever tous les 2 notre masque lors de l'arrivée de notre enfant afin qu'il nous voie entièrement, même si cela implique un retrait temporaire de l'équipe soignante pour votre protection.

Merci d'avance pour votre accompagnement et soutien dans cet événement.

PHASE DE TRAVAIL

★ **Environnement :**

Je souhaite avoir accès à la **salle Nature** si celle-ci est disponible et être dans une ambiance **calme et sereine**, « comme à la maison » : lumières et voix douces, musique apaisante, présence de mon mari à mes côtés.

Si la salle nature n'est pas disponible j'aimerais que mon souhait d'accoucher physiologiquement soit encouragé de la même manière qu'il l'aurait été en salle nature.

★ **Mouvements / Déplacements :**

Je souhaite être **libre de mes mouvements** le plus possible. Idéalement pouvoir marcher, me déplacer, changer de position pour choisir celle qui me convient, utiliser les différents accessoires mis à disposition pour aider le travail et me soulager (exercices de respiration, relaxation, massages, baignoire, ballon...). Je suis preneuse de vos conseils !

★ **Déclenchement / Accélération du travail :**

Je ne souhaite pas que le travail soit déclenché ou accéléré ni que la poche des eaux soit rompue artificiellement sauf pour raison médicale bien entendu.

★ **Péridurale :**

Je ne souhaite **pas de péridurale**. Je ne souhaite donc pas qu'elle me soit proposée, sauf si vous la jugez vraiment indispensable. Si j'en parle, j'aimerais qu'on essaie dans un premier temps de me proposer d'autres manières d'atténuer la douleur et qu'on m'encourage à continuer sans.

ACCOUCHEMENT

★ **Position :**

Je souhaite pouvoir adopter les positions **qui me conviennent** tout au long du travail et jusqu'à l'expulsion ainsi qu'être conseillée par l'équipe afin de prendre **les positions physiologiques** facilitant le travail pour bébé et pour moi-même.

★ **Expulsion :**

J'aimerais que la poussée se fasse en suivant mon instinct : Je souhaiterais pouvoir attendre d'avoir **envie de pousser** pour commencer à mettre au monde notre bébé, que cette envie soit prise en compte et qu'elle soit accompagnée.

J'aimerais qu'une fois la tête sortie, la rotation de notre bébé puisse se faire seule sans aide, sauf en cas de danger pour lui.

Le papa aimerait attraper notre enfant à la naissance et le poser sur mon ventre pour du peau à peau. Il aimerait lui aussi faire du peau à peau.

★ **Épisiotomie / instruments :**

Je souhaite **éviter l'épisiotomie** si elle n'est pas nécessaire. De même, nous souhaitons **éviter l'utilisation d'instruments** pour accélérer l'arrivée de bébé sauf si cela présente un danger pour sa vie ou la mienne.

APRES LA NAISSANCE

★ **Sexe du bébé :**

Nous avons gardé la surprise et souhaitons donc découvrir le sexe du bébé nous-même.

★ **Cordon ombilical :**

Si cela est possible, le **papa souhaite couper le cordon** et nous souhaiterions que cela se fasse quand il aura cessé de battre.

★ **Placenta :**

J'aimerais que le placenta soit expulsé naturellement.

★ **Soins au bébé post-naissance :**

Nous souhaiterions que les examens médicaux et premiers soins soient faits après un temps de découverte parents/bébé et que ceux-ci soient **réduits au minimum** s'il n'y a pas d'urgence ou de nécessité à les faire rapidement.

Dans l'idéal, nous souhaiterions qu'ils soient faits au plus tôt après la tétée d'accueil.

Nous aimerions attendre le retour à la maison pour donner le premier bain.

★ **Allaitement :**

Je souhaite allaiter bébé de manière exclusive dès le départ.

COMPLICATIONS

En cas de problème, nous aimerions que la **proximité mère-enfant** soit maintenue au maximum et que la **présence du père** soit possible en permanence auprès de notre bébé.

En cas de **césarienne**, si ce n'est pas possible pour la maman, nous souhaiterions que le peau à peau soit fait avec le papa.

Nous aimerions que tout acte nous soit clairement **expliqué** avant d'être pratiqué.

Merci !

- Annexe 7.7 : PN de Lise

NOTRE PROJET DE

Naissance

♀ 1er bébé

Pendant le travail



Accès à la salle nature autant que possible



Ambiance le plus calme possible : limiter les intervenants, s'adresser au papa +++...



Favoriser la mobilité : pas de perfusion, nous conseillons des changements de position...



Ne pas proposer la péridurale, nous saurons la demander si besoin



Demander notre consentement avant toute intervention



Limiter autant que possible les monitorings allongés



Respecter la progression naturelle du travail : pas d'accélération par perfusion ...



Idéalement accompagnement par un ou deux professionnels maxi

Au moment de la naissance



Nous proposons d'accueillir nous même notre fille



Pas d'instrumentalisation si pas d'urgence



Pas d'épisiotomie si pas d'urgence



Favoriser la délivrance naturelle du placenta



Peau à peau immédiat avec maman ou papa



Proposer au papa de couper le cordon



Impliquer le papa au maximum pour les premiers soins



Proposer la tétée d'accueil
Allaitement maternel exclusif

Ceci est notre projet de naissance idéal. Nous faisons néanmoins confiance en votre expertise et restons ouverts à la discussion si vous jugez nécessaire d'y apporter un changement.
Merci de nous accompagner dans cette expérience incroyable qu'est la naissance de notre fille.

Annexe 8 : résumé des récits des treize femmes de l'étude concernant la phase de travail et l'accouchement

Solène (deuxième pare) souhaitait entre autres accoucher en structure hospitalière, dans une salle de naissance classique. Elle souhaitait recourir à la péridurale. Son travail s'est avéré être rapide. Elle expliquait que son plus grand souhait était d'attraper sa fille lors de l'expulsion. Malheureusement celle-ci s'est visiblement mal adaptée à la vie extra-utérine au départ et Solène n'a pas pu l'attraper comme elle le souhaitait. Pourtant, elle expliquait être "*hyper en confiance*" car la sage-femme l'ayant accompagnée pour l'accouchement lui a expliqué les choses "*elle m'a dit qu'elle allait l'emmener à côté, et l'a posée un tout petit peu sur moi avant de partir*".

Aline souhaitait accoucher dans la salle nature de sa structure hospitalière. Elle disait qu'elle aurait voulu que le travail se lance de façon spontanée. Finalement, et manifestement devant le dépassement de son terme, Aline a été déclenchée. Elle ne souhaitait pas avoir de péridurale, ce souhait a été réalisé "*je n'ai pas eu de péridurale, c'était peut-être le point le plus important avec celui de ne pas avoir d'épisiotomie*". Elle s'imaginait "*en salle nature, avec des lianes car j'avais vraiment envie de cette suspension et de faire jouer la gravité, ensuite du quatre pattes avec un miroir pour l'expulsion et être à l'écoute de mes poussées réflexes*". Aline a ensuite rétorqué "*bien entendu j'ai accouché sur le dos les pieds dans les étriers*". L'enquêtée exprimait son regret d'avoir fait confiance au personnel soignant "*se dire qu'on aurait pas dû leur faire confiance c'est difficile à admettre, ça fait mal*".

Léa avait le projet d'accoucher en salle nature en structure hospitalière, accompagnée de sa sage-femme libérale réalisant du plateau technique. Le rythme cardiaque de son enfant enregistré à l'aide du monitoring s'est révélé être pathologique durant le travail. Elle m'expliquait que face à la stagnation cervicale, elle a fait le choix de demander une péridurale. Elle est donc passée en salle de naissance classique. Lorsque je lui avais demandé si l'écart entre la réalité et son imagination avait été difficile à vivre, elle m'a répondu que non. Elle justifiait cela par le respect qu'avait eu le personnel soignant à l'égard de ses souhaits durant

tout le travail et l'accouchement *“la sage-femme et la gynéco ont été très respectueuses, même sur les poussées j'ai pu me mettre accroupi, sur le côté... Même pendant la ventouse je n'étais pas en position gynéco mais semi-assise”*.

Estelle (deuxième pare) disait que son souhait était d'accoucher en structure hospitalière, sous péridurale *“au calme”*, que son conjoint coupe le cordon ombilical de l'enfant, sortir au bout de 24h post-accouchement. Son travail a visiblement été rapide, si bien qu'elle n'a pas pu avoir recours à la péridurale. A l'accouchement, Estelle expliquait ce qu'elle avait imaginé *“je voulais surtout pouvoir attraper ma fille moi-même comme je l'avais fait pour ma première mais je n'ai pas pu...”*. Effectivement, sa fille a dû être réanimée et transférée dans un autre centre hospitalier. Ses souhaits n'ont pas pu être réalisés de par la mauvaise adaptation à la vie extra-utérine de son enfant *“vu les circonstances rien n'a pu se faire”*.

Claire souhaitait accoucher en salle nature *“je souhaitais aller en salle nature, avoir un bain, ce genre de choses”*. Elle expliquait avoir été déclenchée pour un oligoamnios découvert à son rendez-vous du neuvième mois. Claire me racontait : *“il n'y a pas grand chose que j'avais écrit dans le projet qui a pu être réalisé”*, et me disait d'ailleurs qu'elle n'avait pas imaginé le travail et l'accouchement comme cela. Et visiblement, les circonstances de l'accouchement en ont été la cause *“moi de base je voulais l'attraper ou bien son papa mais elle est sortie bleue et avait du mal à respirer donc ils l'ont emmenée dans une autre pièce [...] et du coup j'ai eu la péridurale et j'ai été obligée de pousser en position gynéco alors que je n'imaginais pas ça comme ça”*.

Lucile avait le souhaitait initialement accoucher à domicile, accompagnée d'une sage-femme libérale. Elle expliquait être finalement partie à la maternité, devant les contractions qui s'intensifiaient et de par l'absence de nouvelles de sa sage-femme qui était censée venir pour accompagner le travail et l'accouchement chez elle. Elle me racontait ensuite qu'elle s'était imaginée être libre de ses mouvements, et d'avoir le choix de ses positions. La plupart de ses souhaits n'ont manifestement pas été réalisés *“j'avais le monitoring régulièrement, et aussi je devais accoucher sous antibio car j'étais positive au streptocoque B, donc c'est quelque chose qui me saoulait car je ne pouvais pas bouger comme je voulais”*.

Lucile disait ensuite avoir accouché *“sous ordres”* : *“je ne ressentais pas l’envie de pousser mais la sage-femme voulait que j’essaie [...] on a voulu que je pousse en apnée [...] je n’ai pas pu avoir mon fils contre moi en peau à peau car j’ai du être recousue”*.

Caroline, qui expliquait avoir déclaré une pré-éclampsie en fin de grossesse, a été déclenchée dans la structure hospitalière où elle avait fait le choix d’accoucher. Son souhait était d’avoir un travail physiologique, sans péridurale, en salle nature. Elle disait avoir été déclenchée. Elle expliquait avoir *“tenu sans péridurale jusqu’à 5 cm”* et avoir ensuite demandé d’être soulagée pour la fin du travail à l’aide de la péridurale. Puis sont survenues des anomalies de rythme cardiaque de son bébé. Caroline a finalement accouché par césarienne (en urgence). L’écart entre ses souhaits et la réalité a visiblement été dur à vivre pour elle.

Clara avait le projet suivant : *“je voulais essayer d’accoucher sans péridurale”*. Elle aura finalement fait le choix d’avoir la péridurale à 7 cm, après avoir manifestement eu trois jours de pré-travail : *“j’ai eu trois jours de pré-travail avec de très grosses contractions toutes les cinq minutes, sans que mon col ne bouge”*. Elle s’imaginait être en peau à peau avec son bébé juste après l’accouchement, cependant elle expliquait *“j’avais écrit et imaginé dans mon projet de naissance d’avoir mon bébé deux heures sur moi en peau à peau après l’accouchement [...] j’ai eu une hémorragie de la délivrance et je me suis retrouvée pendant deux heures éloignée de mon mari et de mon enfant, chose à laquelle je ne m’étais pas préparée”*. Cependant, elle disait qu’elle avait bien vécu cet écart entre son imagination et la réalité des événements de par l’accompagnement de l’équipe soignante présente ce jour là *“les sages-femmes étaient hyper à l’écoute de leurs patientes et c’est sans doute ça qui a fait que, malgré le contexte, la naissance de mon bébé a été vécue comme un moment joyeux”*.

Marion avait fait le choix d’accoucher dans la filière physiologique d’un centre hospitalier. Elle a visiblement réalisé quelques-uns de ses souhaits en salle nature *“j’ai pu faire un bain, le monitoring était sans fil donc j’étais mobile, il y avait des sangles, un ballon, c’était vraiment chouette”*. Elle m’expliquait qu’elle avait

demandé à être soulagée à l'aide d'une péridurale devant le manque d'accompagnement qu'elle a ressenti de la part des sages-femmes. En effet, elle racontait que l'activité en salle de naissance était élevée ce jour-là et qu'elle avait ressenti une intensification des contractions accompagnée d'une stagnation cervicale. Cette péridurale n'a manifestement pas soulagé Marion *"c'était horrible parce que je ne sentais plus mes jambes donc je pouvais pas me mettre dans différentes positions mais je ressentais toutes les douleurs"*. Elle expliquait ensuite avoir accouché par césarienne en urgence pour non-engagement. L'écart entre ses souhaits et la réalité a manifestement été dur pour elle *"déjà j'ai demandé la péridurale, c'était un premier échec et de finir en césarienne c'était encore pire, donc c'est vrai qu'au début c'était très dur psychologiquement"*.

Lise expliquait qu'elle avait initialement le souhait d'accoucher en salle nature, sans péridurale. Cependant, son bébé était en présentation du siège jusqu'au terme. Elle s'est mise en travail spontanément, a débuté son travail à domicile *"on a géré le plus gros à la maison, arrivée à la maternité j'étais déjà dilatée à 6 cm"*. Selon les protocoles du centre hospitalier pour les présentations foetales podaliques, Lise a eu une péridurale et le travail a visiblement été dirigé *"ils ont commencé à injecter de l'ocytocine de synthèse que j'avais refusée jusque là et ils m'ont dit que de toute façon si cela n'avancait pas on attendrait pas et ce serait une césarienne"*. Elle accouchera finalement par voie basse, au bloc opératoire *"dès qu'on a été orientés vers le bloc opératoire, on a compris qu'on était passés sur une naissance très techniquée et on ne nous demandait plus notre avis"*. Lise expliquait, par rapport à ce qu'elle avait projeté au départ : *"j'ai arrêté de me projeter lorsqu'on m'a emmenée au bloc opératoire et lorsqu'on m'a obligée la péridurale [...] avant tout cela, je m'imaginais pouvoir bouger, donner naissance dans la position que je voulais, avoir un minimum d'intervention, on avait même imaginé le fait que ça soit son papa qui m'aide à le mettre au monde lors de l'expulsion... Au final, rien de tout ça ne s'est passé"*. L'interrogée expliquait qu'elle avait mal vécu le manque de communication de la part de l'équipe soignante lors de l'expulsion *"ils ne communiquaient qu'entre eux, mais comme on est tous les deux soignants on comprenait ce qu'il se passait [...] on ne nous a pas demandé notre accord à propos des gestes effectués"*.

Laure souhaitait accoucher physiologiquement, sans péridurale, en centre hospitalier. Elle a finalement été déclenchée pour rupture de la poche des eaux supérieure à vingt-quatre heures. Elle m'expliquait qu'elle s'était sentie seule tout le long du travail *"j'ai dû rester toute seule dans ma chambre pendant trois heures"*. Laure a finalement accouché par césarienne en urgence pour altération du rythme cardiaque foetal. Elle disait avoir ressenti un manque de communication de la part de l'équipe soignante, qui a aggravé cet écart qu'il y avait entre ce qu'elle avait imaginé et la réalité *"l'équipe me parlait sans me parler directement, après la césarienne ça a été le pire moment de mon accouchement parce que personne ne me disait rien [...] en salle de réveil j'ai vécu les deux pires heures de ma vie, j'étais sans mon fils et personne ne me disait pourquoi j'étais là ni combien de temps j'allais rester"*. Lorsque je lui ai demandé si quelques souhaits de son projet de naissance s'étaient réalisés, elle m'a répondu *"rien, absolument rien"*.

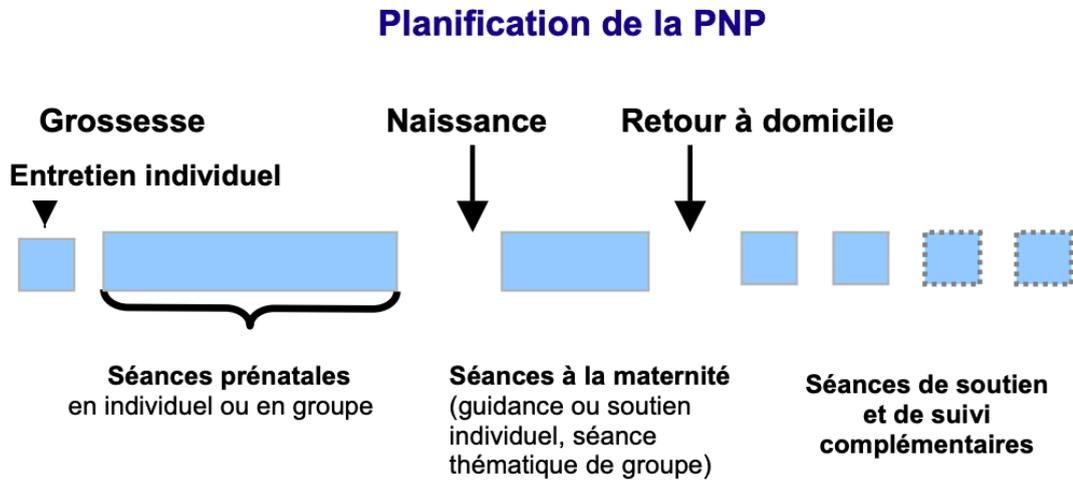
Juliette avait le souhait initial d'accoucher dans un centre hospitalier en ayant la péridurale le plus tard possible. Son travail était spontané, mais le rythme cardiaque foetal s'est avéré être rapidement pathologique *"il y a eu direct une bradycardie"*. Elle a donc eu une péridurale puis devant l'aggravation du rythme cardiaque foetal. Elle racontait : *"on m'a vite posé la péridurale et ensuite il s'est passé deux heures avant que je parte en césarienne"*. Elle expliquait qu'elle avait trois points importants pour elle notés dans son PN *"il y avait trois choses importantes pour moi : faire du peau à peau, favoriser l'allaitement et avoir la péridurale le plus tard possible, aucune n'a été réalisée"*. Juliette disait avoir mal vécu le fait d'avoir été séparée de son fils après la césarienne, contraire à ce qu'elle avait initialement imaginé *"pendant le travail je ne m'étais pas trop projetée, je m'étais dit adviene que pourra mais après j'avais vraiment imaginé l'avoir près de moi, ne pas être séparés, cela ne s'est pas du tout fait..."*.

Margot avait le projet initial d'accoucher dans un centre hospitalier, en salle nature, accompagnée de sa sage-femme libérale réalisant du plateau technique. Elle expliquait avoir géré le début de travail à son domicile, et qu'elle a continué en salle nature en maternité. La phase de latence s'est avérée être très longue *"au bout de 66 heures de travail au total, ma sage-femme a réévalué et elle a fait une grimace et a dit qu'il était plus sage de poser une péridurale"*. Une fois la décision

prise, Margot a changé de salle de naissance et a continué d'être accompagnée par des sages-femmes hospitalières. Puis rapidement, le rythme cardiaque de son bébé s'est avéré être pathologique *“une des sages-femmes a vu qu'au monitoring il y avait un souci, puis la gynéco est arrivée et m'a dit “madame il faut qu'on sorte votre bébé” “*. Elle a donc finalement accouché par césarienne en urgence, sous anesthésie générale. Margot disait avoir bien vécu les événements de part le respect qu'à visiblement eu l'équipe soignante *“mon projet a été respecté dans les limites des possibilités dues à la césarienne [...] ils ont respecté mon souhait de ne pas savoir le sexe de mon bébé [...] ils ont permis à mon mari de faire du peau à peau avec notre fils le temps où j'étais en salle de réveil”*.

Annexe 9 : schémas présents dans la fiche de synthèse HAS réalisée en 2005
 “Recommandations professionnelles : préparation à la naissance et à la parentalité”

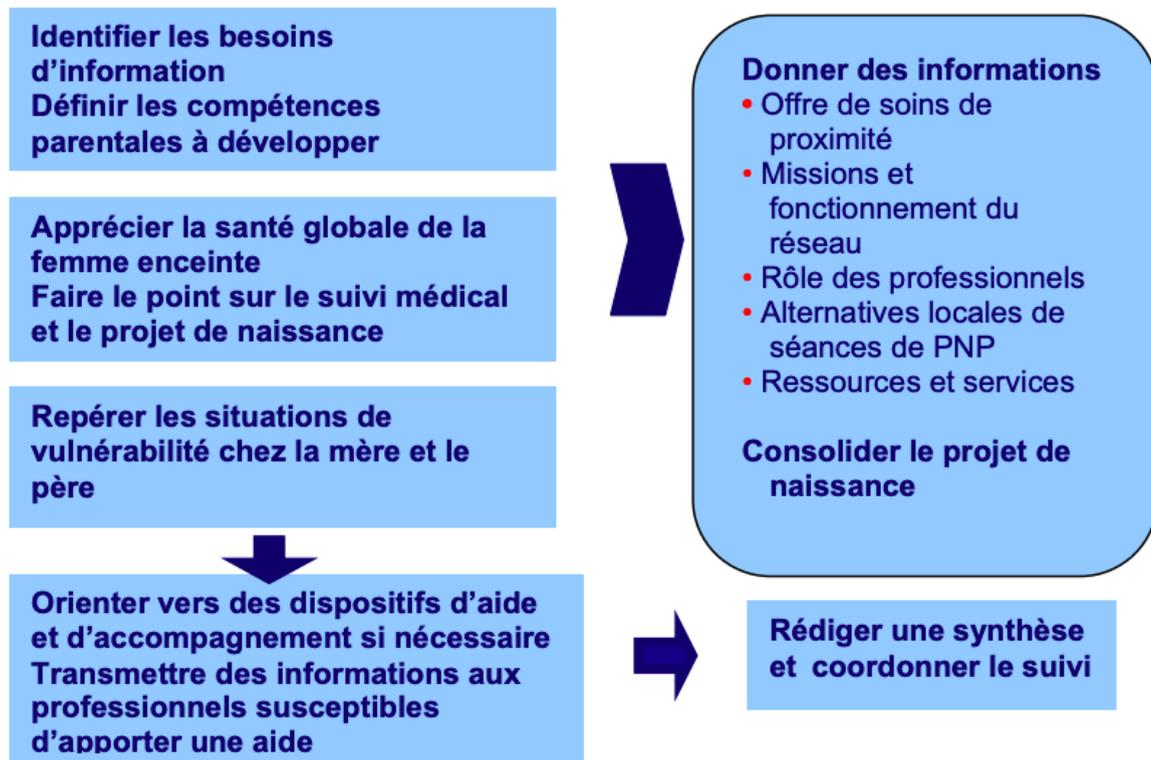
- Annexe 9.1 : Schéma de la planification de la PNP



Évaluation régulière et adaptation du suivi selon les besoins



- Annexe 9.2 : Guide schématisé pour l'EPP



RÉSUMÉ

FR : Le projet de naissance fait dorénavant partie du paysage obstétrical. Dans ce mémoire, nous nous sommes intéressés au vécu de la femme lorsqu'elle a écrit un projet de naissance qui a différé de la réalité. Pour cela, nous nous sommes demandés en quoi la non-réalisation du projet de naissance écrit pouvait-elle influencer le vécu de la femme. Quatre hypothèses ont été émises pour tenter de répondre à ce questionnement : l'accompagnement de la femme par les sages-femmes tout au long de la grossesse pour la préparation du projet de naissance écrit influence le vécu de l'accouchement ; le degré de communication entre le personnel soignant et la femme lors du travail et de l'accouchement à propos du PN a une influence importante sur le vécu de l'accouchement ; il est plausible que le vécu de la femme qui accouche soit difficile dans la situation où elle a créé une projection précise de son accouchement ; l'accompagnement en post-partum des femmes ayant eu un projet de naissance non réalisé peut influencer le vécu de la naissance. L'objectif de cette étude était de décrire le ressenti des femmes n'ayant pas réalisé leur projet de naissance. Pour cela nous avons mené une étude qualitative reposant sur des entretiens semi-directifs auprès de treize femmes ayant écrit un projet de naissance ne s'étant pas réalisé comme initialement prévu. Durant les entretiens, nous avons pu observer l'influence que peut avoir un projet de naissance qui n'a pas été réalisé sur le vécu de la naissance. Les femmes ont pu nous faire part de leurs différents besoins à ce propos, que ce soit durant la grossesse, le travail, l'accouchement et le post-partum. Grâce à leurs différents témoignages, nous avons pu discuter autour de l'importance que peut avoir notre accompagnement et l'information qu'on donne à ces femmes à chaque étape lorsqu'il y a un projet de naissance.

Mots clés : projet de naissance_imaginaire_réalité_accompagnement_collaboration

EN : The birth plan is now part of the obstetrical landscape. In this dissertation, we were interested in how having a birth plan (BP) that differed from reality affects a woman's birthing experience. With this in mind, we asked ourselves how the non-implementation of a written birth plan could influence a woman's experience. Four hypotheses were put forward to try to answer this question: the care provided to women by midwives throughout the pregnancy to prepare the written birth plan influences the childbirth experience; the degree of communication, about the BP, between the nursing staff and women during labour and delivery has an important influence on the birth experience; it is plausible that the woman giving birth has a difficult experience despite having created a precise projection of her birth; the postpartum support of women who have had an unfulfilled birth plan can influence the birth experience. The aim of this study is to describe the feelings of women who did not adhere to their birth plan. To this end, we conducted a qualitative study based on semi-structured interviews with thirteen women who had written a birth plan that was not carried out as initially planned. During the interviews, we were able to observe the influence that an unrealized birth plan can have on the overall birth experience. The women were able to tell us about their different needs in this respect, whether during pregnancy, labour, delivery or the post-partum period. Thanks to their different testimonies, we were able to discuss the importance of our support and the information we give to these women at each stage when there is a birth plan.

Key words : birth project_imaginary_reality_accompaniment_collaboration