

# Quel accompagnement sage-femme en salle de naissance favorise un bon vécu d'accouchement ?

Mémoire de fin d'étude  
Travail de Bachelor

**REBELO MARQUES Katja**  
Matricule : 15495427

**DALL'ARMELLINA Léa**  
Matricule : 15496169

Directrice :  
Catia Nunno Paillard, Sage-femme, MPH, Maître d'enseignement à la HEdS, Genève

Experte enseignante :  
Aurélie Delouane-Abinal, enseignante à la HEdS, Genève

Experte de terrain:  
Véronique Lacroix, Sage-femme à la Maternité des HUG, Genève

Haute École de Santé de Genève  
21 août 2018



## **Déclaration sur l'honneur**

«Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteur-e-s et en aucun cas celle de la Haute Ecole de Santé de Genève, du Jury ou du Directeur ou Directrice de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seul(e)s le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques»

Genève, le 21 Août 2018

Dall'Armellina Léa & Rebelo Marques Katja

## RÉSUMÉ

**Cadre de référence:** Durant les dernières décennies, l'accouchement est devenu un acte de plus en plus médicalisé, permettant ainsi de faire fortement diminuer la morbidité et la mortalité des mères et des nouveaux-nés. Malgré la grande qualité des soins en obstétrique en Occident, la prévalence des femmes ayant un mauvais vécu d'accouchement reste élevée. Or, les impacts négatifs de ce traumatisme sur le lien d'attachement mère-enfant, le couple, la vie sexuelle et reproductive, le risque de dépression postnatale ou d'état de stress post-traumatique ont été prouvés.

**But:** Identifier comment les sages-femmes en salle de naissance peuvent favoriser un bon vécu de l'accouchement pour les parturientes.

**Méthode:** Ce travail est une revue de la littérature d'articles scientifiques récents (moins de 10 ans) limitée à 5 articles. La recherche a été effectuée sur différentes bases de données: Medline, MIDIRS, OVID et CINHAL entre septembre 2017 et mars 2018. Ces derniers ont été décrits, analysés par thématique et ont été l'objet d'une discussion et d'un retour dans la pratique.

**Résultats:** Pour les femmes ayant participé aux études, l'élément principal permettant de favoriser un bon vécu de leur accouchement est une présence continue de la sage-femme avec un soutien de qualité, adapté à leurs besoins. Une attitude calme, bienveillante et amicale de la sage-femme est aussi un aspect positif. Une des qualités majeures attendues chez la sage-femme est qu'elle possède de bonnes compétences en matière de communication, et qu'elle informe régulièrement et de manière adéquate les parturientes. Les parturientes souhaitent également un accompagnement personnalisé à leurs besoins, et qui soit une source de soutien dans la gestion de la douleur. Les femmes ont aussi besoin qu'on encourage leur empowerment, et souhaitent participer activement au processus décisionnel afin d'augmenter leur sentiment de contrôle. Le soutien social et le soutien du partenaire semble jouer une part moins importante, apparaissant même parfois comme facteurs négatifs. Certaines interventions obstétricales, ainsi que les attentes et les représentations des femmes vis à vis de l'accouchement peuvent également avoir un impact négatif sur le vécu de l'accouchement.

**Conclusion:** Les résultats de cette revue de littérature mettent en évidence les moyens dont une sage-femme peut se servir pour favoriser un bon vécu de l'accouchement, notamment au niveau du soutien psychique et émotionnel, par sa présence, son attitude et ses qualités de communication. Par ailleurs, elle rappelle aussi que les soins en salle d'accouchement doivent être dispensés sur la base d'un partenariat entre la sage-femme et la parturiente. En effet, les

femmes soulignent ne pas avoir été assez impliquées dans les processus décisionnels. Elles souhaitent plus d'autonomie et de sentiment de contrôle. Pour cela, les sages-femmes doivent informer les parturientes des différentes possibilités de soins, les encourager à utiliser leur capacité d'empowerment et leurs ressources propres.

**Mots-clés:** Accouchement, bon vécu de l'accouchement, accompagnement, sages-femmes

## **ABSTRACT**

**Background:** Over the past decades, the birth process has become more and more medicalized, greatly reducing mother and child morbidity and mortality. Despite the high quality of the Western obstetric care, the incidence of women with a negative birth experience stayed high. This is despite evidence of the negative impact this trauma has on bonding, on their couple and their sexual and reproductive life, and the increased risk of post-natal depression or post-traumatic disorder.

**Aim:** Identify how midwives in the delivery room may promote a good birth experience for parturients.

**Methods:** This is a literature review limited to 5 recent articles (within the last 10 years). The search has been conducted from different databases: Medline, MIDIRS, OVID, CINHALL between September 2017 and March 2018. They have been described, analysed by themes and have been the subject of a discussion.

**Results:** For the women in this studies, the main for a good birth experience is the continuous presence of a midwife providing quality support, tailored to their needs. A calm, friendly, and caring attitude of the midwife is also positive. One of the most expected qualities of a midwife is that she has good communication skills and that she provides appropriate information to the parturients in a timely manner. Parturients wish an individualised support that helps with pain management. Women also need to be encouraged to empower themselves as they would like to participate actively in the decision-making process in order to increase their sense of control. Social support or partner support seem to be less important, and may even be a negative factor. Other factors that promote a negative birth experience include obstetrical interventions and the expectations of women regarding birth.

**Conclusion:** This literature review results shows that midwives can promote a positive birth experience by their presence, their attitude and their communication skills particularly with regard to emotional and psychological support for the parturients. Viewing the care in the delivery room as partnership between the midwife and the pregnant woman is a positive factor for a positive birth experience. Women underlined that they wish to be more involved in the decision-making process, with more autonomy and more of a sense of control. To that end, midwives should inform women of the different possibilities of care, encourage them to empower themselves, and help them to use their own resources.

**Key-words:** Birth, positive birth experience, support, midwives

## REMERCIEMENTS

Nous tenions à remercier notre directrice de mémoire, Mme Catia Nunno Paillard, pour le temps qu'elle nous a accordé et la disponibilité dont elle a fait preuve dans ce long cheminement qui a été le nôtre;

Merci à Aurélie Delouane pour sa lecture attentive;

Merci à notre experte de terrain Véronique Lacroix, qui nous a permis d'aller plus loin dans notre réflexion, et pour sa présence bienveillante tout au long de notre développement en tant que futures sages-femmes;

Merci à Mme Antonina Chilin pour sa disponibilité et son envie de transmettre;

Merci mille fois à Céline Dall'Armellina, Luc Dall'Armellina, Sarah Boccon-Gibod, Léa Vimpere, Cédric Graff pour les relectures et toutes les aides qui ont rajouté une pierre à notre édifice.

Un immense merci à ma famille et mes amis dont le soutien sans failles et les encouragements m'ont permis de garder le cap, même dans les moments de doutes.

Un merci infini à mes amis, et un merci particulier à Ricardo, Amalia, Valentine, Roméo et Barbara d'être là, hier, aujourd'hui et demain.

Léa et Katja

## Table des matières

<b>Déclaration sur l'honneur.....</b>	<b>2</b>
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>5</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>6</b>
<b>1. Questionnement professionnel.....</b>	<b>8</b>
<b>2. Cadre de référence théorique.....</b>	<b>10</b>
2.1 Accompagnement et rôles sage-femme.....	10
<b>3. Rôle et philosophie sage-femme.....</b>	<b>11</b>
3.1 : Définitions et déroulement de l'accouchement physiologique.....	12
3.2 Les surveillances et interventions en salle d'accouchement.....	12
3.3 Douleur de l'accouchement et les techniques pour soulager la douleur.....	14
3.4 Le vécu de l'accouchement.....	16
3.5 Problématique.....	21
<b>4. Éthique.....</b>	<b>23</b>
<b>5. Méthodologie de recherche.....</b>	<b>24</b>
<b>6. Analyse descriptive.....</b>	<b>28</b>
<b>7. Présentation des résultats par thématique.....</b>	<b>39</b>
7.1 Les facteurs sage-femme dépendants.....	39
7.2. Partenariat.....	42
7.3 Ressources de la femme.....	45
<b>8. Synthèse des résultats de l'analyse thématique.....</b>	<b>46</b>
<b>9. Discussion.....</b>	<b>48</b>
9.1 Développement du sentiment de contrôle et empowerment.....	48
9.2 Participation active de la femme au processus décisionnel.....	53
<b>10. Retour dans la pratique.....</b>	<b>59</b>
10.1 Développer le sentiment de contrôle et l'empowerment.....	60
10.2 faire participer activement les femmes au processus décisionnel.....	63
<b>11. Forces et limites.....</b>	<b>66</b>
<b>12. Conclusion.....</b>	<b>66</b>
<b>13. Bibliographie.....</b>	<b>69</b>

## 1. Questionnement professionnel

« Merci, vous avez été géniale, sans vous je n'y serais jamais arrivée ! » Entendre un tel compliment de la bouche d'une jeune accouchée après une extraction instrumentée et une déchirure périnéale de type 2 peut paraître incongru. Malgré de longues heures de travail, une péridurale peu efficace, une dilatation laborieuse et une naissance plutôt sportive, cette femme exprimait un très bon vécu de son accouchement. Parce que selon elle, elle s'était sentie soutenue, entendue, encouragée, et en sécurité. La sage-femme l'a soutenue et l'a aidée à gérer les douleurs des contractions. Elle a eu toutes les informations dont elle avait besoin pour se sentir en confiance, elle a pu faire des choix éclairés, elle a compris et consenti à chacune des interventions des soignants tout au long de l'évolution de son travail. Durant nos stages en salle d'accouchement, nous avons souvent été encouragées par les sages-femmes à profiter de notre statut d'étudiante pour rester le plus possible auprès des parturientes afin les accompagner tout au long du travail. Combien de gardes passées à masser, à encourager, à souffler, à expliquer les gestes pratiqués, à expérimenter les techniques de relaxations, à élaborer des plans de soins, à appliquer des concepts comme l'empathie, la bienveillance, la considération positive inconditionnelle, le non-jugement ? Au-delà de l'acquisition de dextérité lors de gestes techniques, de la connaissance de la physiopathologie d'une grossesse et d'un accouchement, et du développement notre sens clinique, c'est aussi et surtout une identité de sage-femme que nous nous sommes construite tout au long de notre formation. Une identité guidée par un enseignement encourageant la considération de la patiente ou du couple comme un partenaire, au centre du soin, dans sa globalité, en tenant compte des dimension bio-psycho sociale de chaque individu. Nous avons appris la signification de « prendre en soin », et à faire la différence avec « prendre en charge ». Nous avons appris à valoriser les compétences des patientes, à encourager leur autonomie, à déceler leurs besoins et leurs stratégies de coping et enfin nous avons été introduites au concept de l'« empowerment ».

Dans les faits, nous avons pu rencontrer des situations dans lesquelles le soutien apporté aux femmes en travail était tout autre. Surcharge de travail, tâches administratives chronophages, monitorings centralisés et surveillances continues, péridurales, salles d'accouchements surchargées. Autant de paramètres et d'interventions qui laissent de moins en moins de place à l'accompagnement et au soutien en continu. Et malgré les efforts déployés par les sages-femmes pour rester dans le cœur de leur métier, leur rôle de promotrice de l'accouchement physiologique et de la santé de la femme, nous avons pu entendre de la bouche de certaines patientes qu'elles se sont parfois senties abandonnées, qu'on ne leur a pas expliqué ce qui se

passait, qu'elles n'ont pas compris certaines interventions, et que malgré un accouchement dit eutocique, elles expriment un vécu d'accouchement mitigé, voir mauvais.

Pendant notre formation, le versant concernant la relation professionnelle, les techniques de communication, le stress perçu, et la parentalité représente une part très importante de notre apprentissage. Mettre la patiente ou le couple au centre du soin, explorer les grands dogmes, l'éthique, la résonance holistique de la profession de sage-femme est également le reflet de l'évolution constante de ce métier, qui ne s'arrête pas à la technique pure. Nous avons également appris à considérer la patiente ou le couple comme un partenaire, l'importance de l'écoute, de la reformulation, de la compréhension des souhaits, des demandes et des besoins. Nous avons acquis des connaissances sur le choix éclairé, le consentement, les droits et les devoirs des patients et des soignants. Différentes techniques de relaxation basées sur la méditation, la respiration, les massages, la pleine conscience nous ont été présentées, et nous avons pu les mettre en pratique lors de nos stages. À l'aube de notre vie de sage-femme diplômées, nous pensons avoir tous les outils en mains pour proposer un accompagnement complet à nos patientes, aussi bien sur le plan de la sécurité que sur le plan technique, en passant par la prise en charge de la douleur, la communication, le soutien, et l'accompagnement à la parentalité. Enfin, nous avons découvert la notion du vécu de l'accouchement, de son impact sur la mère, l'enfant et le couple.

Le vécu de l'accouchement est une notion subjective, propre à chaque femme, à chaque couple. Sa définition est la suivante : « C'est un événement individuel, comprenant des processus physiologiques subjectifs inter-reliés qui sont par ailleurs influencés par des contextes sociaux, environnementaux, organisationnels et politiques. » (Larkin P., Begley M. C., Devan D., 2007, p.50). Le ressenti du vécu de l'accouchement peut avoir des répercussions dramatiques sur les femmes, comme la dépression pour 10% des mères, le syndrome de stress post traumatique pour 1,5 à 3% d'entre elles, il peut altérer le processus d'attachement et impacter la relation de couple. (Waldenström U., Hildingsson I., Rubertsson C., Radestad A., 2004). Nous nous sommes questionnées sur les facteurs qui pouvaient influencer le vécu de l'accouchement et nous sommes demandées si nous pouvions mettre en lumière les facteurs sur lesquels la sage-femme pouvait avoir une influence en salle de naissance pour favoriser un bon vécu de l'accouchement, quelle que soit l'issue obstétricale, afin d'être particulièrement attentives à la manière dont nous pouvons agir sur ces facteurs dans notre pratique de sage-femme de demain.

## **2. Cadre de référence théorique**

### **2.1 Accompagnement et rôles sage-femme**

#### **2.1.1 À travers l'histoire**

Dès l'époque du néolithique, on trouve des représentations de femmes aidant une parturiente à mettre au monde son enfant. (Conseil national de l'Ordre des Sages-Femmes, 2017). Dans les sociétés antiques, les femmes lors de leurs accouchements étaient accompagnées par des sages-femmes. On retrouve déjà leur trace dans certains papyrus de l'Égypte antique.

Selon les époques et les cultures leur accompagnement diffère mais globalement elles conseillent, sont présentes durant le travail et l'accouchement. Au début détentrices d'un savoir empirique mêlé de traditions et superstitions, elles finissent par cheminer vers un savoir scientifique et organisent leur formation (Leroy, 2002). Certaines resteront dans l'histoire, comme Angélique du Coudray, qui au XVIIIème siècle voulu remplacer les matrones ou ventrières, et leurs connaissances vaguement empiriques par des sages-femmes éduquées. Elle fut la première à donner des cours sur le processus de l'accouchement et inventa un mannequin permettant de représenter le bassin de la femme gravide. (Wikipédia, 2017)

Au XXème siècle, avec les progrès de la science, le désir d'améliorer les conditions d'hygiène et de faire chuter la mortalité maternelle et infantile, vient le développement de l'hôpital. La sage-femme jusqu'alors intermédiaire particulier qui officie dans l'intimité du domicile est transportée à l'hôpital dans les années 1960. Cette nouvelle organisation transforme le suivi prénatal et les femmes enceintes ne sont plus accompagnées par une, mais plusieurs sages-femmes durant leur grossesse, leur accouchement et leur suite de couches. (Knibiehler, 2016).

Dans les années 1950, l'obstétricien Fernand Lamaze relève la dimension psychosomatique de l'accouchement et met au point une méthode de respiration et de relaxation promettant aux femmes un accouchement sans douleur. (Knibiehler, 2016)

Dans la dernière partie du XXème siècle, les progrès techniques se multiplient notamment avec l'arrivée des échographies, du monitoring et transforme la manière de travailler des sages-femmes jusqu'alors très clinique. Bien entendu un de ces grands bouleversements est l'avènement de l'anesthésie péridurale aujourd'hui utilisée par la majorité des parturientes. (Conseil de l'Ordre national des sages-femmes, 2017).

### **3. Rôle et philosophie sage-femme**

La sage-femme a plus “d’une corde à son arc.” Son métier lui demande des compétences riches et variées. Son rôle est principalement de promouvoir la santé physique et mentale de la femme enceinte et de son enfant durant la grossesse, l’accouchement et pendant les suites de couches. (ICM, 2014). Elle est donc garante de la physiologie et sait faire appel aux bons collaborateurs quand la situation bascule dans la pathologie. (Fédération Suisse des Sages-Femmes, 2011). Elle est capable de gérer un grand nombre de situations obstétricales en autonomie. Selon l’Organisation Mondiale de la Santé (2017).

Ses soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. Elle joue un rôle important en matière d'éducation sanitaire, non seulement pour les patientes, mais aussi leur famille. Elle prépare les couples au rôle de parents et doit aussi avoir des compétences en gynécologie, planification familiale et pour les soins à donner à l'enfant.

Bien entendu la sage-femme doit avoir obtenu un diplôme reconnu et validé les compétences requises à l’exercice de son métier. Elle doit donc être une experte dans les soins obstétriques, mais aussi puiser son savoir dans les recherches et recommandations actuelles en matière de santé périnatale et gynécologique. (ICM, 2014). Il lui faut également de fortes compétences en matière de communication afin de permettre d’établir un lien de confiance permettant aux patientes d’exprimer leurs besoins. Elle se doit de donner les informations nécessaires et pertinentes aux intéressées (OMS, 2017). Les sages-femmes apprennent à créer un partenariat avec les patientes et afin de leur permettre de faire des choix éclairés, en toute liberté, et autonomie (ICM, 2014). L’essence de la philosophie du métier de sage-femme est de prendre soin de manière holistique la femme enceinte et son enfant. C’est à dire de mettre l’humain au cœur du soin en tenant compte des dimensions physiques et médicales, environnementales, émotionnelles, psychologiques, sociales, ainsi que des croyances et des représentations du patient. Tout cela en essayant de rester un guide, en permettant aux femmes de se positionner comme actrices de leurs prises en soin, toujours dans le respect et la dignité (ICM, 2014). La sage-femme est une professionnelle de choix dans le domaine de la périnatalité, qui se bat en faveur des droits des femmes, elle est l’avocate de ses choix et des ses besoins, que ce soit dans le milieu des soins ou même à un niveau plus politique. (FSSF, 2011).

### **3.1 : Définitions et déroulement de l'accouchement physiologique.**

Selon le dictionnaire Larousse, l'accouchement est défini comme "l'action de mettre un enfant au monde" ou "l'acte médical par lequel un médecin ou une sage-femme assiste une femme en train d'accoucher." (Larousse, 2017).

D'après l'OMS, il est considéré comme normal ou physiologique lorsque l'enfant naît spontanément en position céphalique du sommet entre les 37<sup>e</sup> et 42<sup>e</sup> semaines de gestation. Après la naissance, la mère et l'enfant se portent bien (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1997).

Le déroulement d'un accouchement normal ou physiologique se divise en trois étapes définies dans les Recommandations de la Haute Autorité de Santé mises à jour en décembre 2017 de la manière suivante:

La 1<sup>ère</sup> phase du travail: Débute aux 1<sup>ères</sup> contractions régulières et se termine à la dilatation cervicale complète. On parle de la transition de la phase de latence à la phase active vers 5-6 cm de dilatation cervicale.

La 2<sup>ème</sup> phase du travail: Débute à la dilatation cervicale complète et se termine à la naissance de l'enfant. Elle comprend une phase de descente suivie d'une phase d'expulsion de l'enfant.

La 3<sup>ème</sup> phase du travail: Débute à la naissance de l'enfant et se termine avec la délivrance du placenta.

### **3.2 Les surveillances et interventions en salle d'accouchement.**

Le travail est le moment de la grossesse où le risque de complications par unité de temps est le plus élevé, ce qui justifie une surveillance attentive pour toutes les patientes. Le but est le diagnostic précoce des accidents aigus, des dystocies et de l'asphyxie fœtale per-partum qui nécessitent une prise en charge adaptée et sans retard. (Lansac, 2016).

Surveillance maternelle: L'OMS recommande une surveillance des signes vitaux (tension artérielle (TA), pulsations et température) qui sont souvent les premiers signes d'appel de complications et peuvent indiquer la nécessité la prise en soin. La fréquence de ces contrôles dépend du contexte et de la situation. L'accouchement recommande une surveillance des signes vitaux aux 3 heures. (Lansac, 2016). D'autre part, il est essentiel de s'enquérir de la santé psychique et de l'état émotionnel de la parturiente.

Surveillance de la progression du travail : Classiquement, la surveillance du travail comporte la surveillance des contractions utérines qui ont un rôle important dans la dilatation du col, la progression de la présentation et l'expulsion. Elles doivent être suffisamment efficaces sans pour autant être délétères pour le fœtus. (Lansac, 2007). La tocographie et la surveillance clinique du soignant par la palpation utérine sont généralement suffisants pour évaluer les

contractions utérines.

La surveillance de la dilatation cervicale et la progression de la présentation foetale : Elle se fait par le toucher vaginal (TV) et doit être documentée afin d'évaluer la normalité de durée de la dilatation selon normes établies par Friedmann et Zhang. (Friedman,1979 ; Zang, 2002).

Surveillance de la vitalité foetale : C'est une des préoccupations essentielles de la sage-femme et de l'obstétricien durant la grossesse et l'accouchement, ceci dans le but de diminuer la morbidité et la mortalité foetale. (Gauge & Henderson, 2007). L'enregistrement du rythme cardiaque foetal (RCF) se fait le plus souvent au moyen du cardiotocographe (CTG) et donne des indications sur l'état d'oxygénation du foetus. Il peut être installé en continu ou de manière intermittente selon le contexte. Toutes ces surveillances sont reportées dans un document appelé partogramme. C'est l'enregistrement graphique de l'évolution du travail, de l'accouchement et des données de surveillance maternelle et foetal qui s'y rapportent (Lansac, 2016). Il permet de détecter les dystocies précocement, et d'adapter les prises en soin en fonction de l'évolution de la situation. L'accompagnement et la direction du travail requièrent de la part des professionnels de salle de naissance une bonne connaissance des différentes situations cliniques rencontrées et de leurs étiologies. Trop d'actions peuvent nuire à la mère et à l'enfant, une contemplation prolongée aussi. Le bon praticien en salle de travail doit être un « *contemplatif* » (Marpeau, 2010) soulignant la nécessité du soignant de s'adapter à chaque situation. La dystocie, étymologiquement « accouchement difficile » se définit comme "une anomalie de la progression du travail dont les étiologies sont multiples et dont la conséquence est une durée du travail excessive, avec risque d'asphyxie foetale, d'extraction instrumentale et/ou de césarienne" (Lansac, 2016). La dystocie représente l'indication la plus fréquente de césarienne pendant le travail (Lansac, 2016).

Certaines interventions sont mises en place à partir du moment où la situation sort de la normalité :

- Amniotomie ou rupture artificielle des membranes (Lansac, 2016).
- Induction du travail ou maturation /provocation
- Administration de prostaglandines pour maturer le col et induire une mise en travail.
- Administration d'ocytociques qui augmente la fréquence et l'intensité des contractions et diminue la durée du travail mais augmente le risque d'hypercinésie, d'hypoxie foetale, d'hémorragie du post partum (HPP) et de césarienne (Marpeau, 2010).

Le CTG est en continu si de l'ocytocine est administrée, si une analgésie péridurale est en place ou si le RCF a montré une anomalie. Les TV peuvent être réalisés aux heures si le partogramme montre une anomalie de la dilatation ou de la progression de la présentation. L'extraction instrumentée par ventouse ou par forceps a lieu lorsque l'on rencontre une

anomalie de la présentation, anomalie du RCF chez un fœtus engagé et qu'il est nécessaire d'effectuer une extraction rapide. La décision de pratiquer une épisiotomie est prise au cas par cas, au moment du dégagement du mobile fœtal sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur ou de la sage-femme. La décision est donc très subjective et dépendra de la nécessité de dégager rapidement la tête fœtale et la mise en tension des tissus. La dystocie est la cause la plus fréquente d'indication à recourir à une césarienne en cours de travail. En Suisse, 30% des enfants naissent par césarienne (Office fédéral de la Santé Publique (OFSP) 2013), alors que l'OMS recommande un taux entre 10 et 15%.

### **3.3 Douleur de l'accouchement et les techniques pour soulager la douleur**

La notion de douleur est présente physiologiquement pendant l'accouchement et appréhendée différemment selon chaque femme, puisque c'est une notion subjective, une expérience individuelle propre à chaque personne. Historiquement, la douleur de l'enfantement est étroitement liée à la notion biblique du péché comme cité dans la Bible lorsque Dieu dit à Eve : « J'augmenterai la souffrance de tes grossesses, tu enfanteras avec douleur, et tes désirs se porteront sur ton mari mais il dominera sur toi. » (Bible de Louis Segond, 1910). La femme qui accouche souffre, puisqu'elle subit le châtement de la transgression des interdits, ses douleurs lui permettent de se laver de ses péchés et d'accéder à la grâce divine.

Soulager les douleurs de l'accouchement était considéré comme de la sorcellerie jusqu'au XVIIIème siècle. (Cresbon & Kniebiehler, 2004). Petit à petit, les accouchements quittent les foyers et les matrones au profit des hôpitaux et des médecins. Il faut attendre 1847 pour que l'analgésie en obstétrique émerge à travers une étude sur l'utilisation du diéthyléther pendant l'accouchement soit publiée par J. Simson et W. Channing. La Reine Victoria d'Angleterre bénéficia d'une analgésie de chloroforme en 1853 pour mettre au monde son 7<sup>ème</sup> enfant. Cela permis de lever deux tabous : il existait un procédé scientifique capable de supprimer les douleurs de l'accouchement et il n'était plus sacrilège d'en profiter (Lansac 2016).

La première péridurale lombaire pour un accouchement date de 1921. Elle fut assez largement utilisée dans les pays Anglo-saxons jusqu'en 1940, avant de tomber dans un certain oubli. Relancée depuis les années septante, la technique tend, dans des mains expertes, à se généraliser dans toutes les maternités de notre pays au grand bénéfice des parturientes. (Thoumsin, 2007) , Arrivée dans les années 1960 en Europe, la péridurale est aujourd'hui très répandue puisque que dans certaines régions de Suisse, 80% des femmes ont recours à cette technologie lors de leur accouchement (Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], s.d.). Pendant ce temps, Fernand Lamaze a introduit en France à partir de 1951 une méthode d'accouchement qui porte toujours son nom. Inspirée des découvertes scientifiques soviétiques

basées sur le réflexe de Pavlov, Le Dr Lamaze éduque les femmes pendant leur grossesse à vivre ce moment comme un épanouissement. Il s'agit de leur ôter toute peur en leur expliquant le fonctionnement de leurs organes, en préparant leurs corps grâce à des exercices physiques, en enseignant des techniques de respiration et de relaxation. (Auber-Bury, 2015). D'un point de vue psycho-social, la douleur de l'accouchement n'est plus considérée comme une fatalité, puisque les femmes en occident peuvent choisir de bénéficier d'une analgésie. Néanmoins, la douleur n'a pas pour autant quitté les salles de naissance.

La notion de douleur est subjective et dépend de multiples facteurs, qu'ils soient psychiques ou physiques. Nous n'avons pas tous les mêmes afférences nerveuses et ne ressentons donc pas la douleur de la même manière. De plus, elle peut être influencée par les antécédents médicaux, obstétricaux, par les représentations, la douleur, la peur. L'état d'anxiété, de fatigue, la culture, les connaissances sur le sujet, le stress perçu ainsi que le soutien social vont modifier le degré d'acceptation de cette douleur. D'autre part, les douleurs du travail dépendent également des facteurs physiques suivants : dilatation du col, contractions, distension de l'utérus, poids fœtal, distension de la filière génitale et du périnée. Mais aussi stimulation des structures anatomiques avoisinantes (péritoine, la vessie, l'urètre, le rectum ou les racines du plexus lombosacré). Des modifications physiologiques maternelles accompagnent ces douleurs et peuvent être ventilatoires, cardiovasculaires et métaboliques (Marpeau, 2010). Autrefois, près de la cheminée familiale, l'accouchée était accompagnée et rassurée dans son travail et ses douleurs par les femmes de sa communauté ; cette aide à la fois physique et mentale était capitale, elle permettait de surmonter l'angoisse de mort qui entoure inévitablement chaque venue au monde (Morel, 2008).

Il existe différentes prises en charge de la douleur en salle d'accouchement. Premièrement, l'analgésie péridurale est le moyen antalgique le plus souvent utilisé. En France en 2016, 82,6% des parturientes y ont eu recours. (Enquête nationale périnatale, 2016). Selon le site internet des Hôpitaux Universitaires de Genève (2017), entre 70 et 80% des femmes recourent à l'analgésie péridurale (HUG 2017). L'utilisation d'une pompe contrôlée par la femme lui permet de se réinjecter des bolus d'anesthésique si besoin. Dosée très précisément, l'analgésie péridurale actuelle permet la mobilité voire la déambulation de la patiente. D'autres méthodes d'analgésie non médicamenteuse peuvent être proposées aux parturientes:

- Le bloc paracervical, le bloc pudendal ou anesthésie du nerf honteux sont d'autres moyens de prise en charge de la douleur avec un effet plus local.
- Les drogues hypnotiques, curares, morphiniques et benzodiazépines administrés en IV ou IM sont également utilisés, à distance de l'expulsion en raison de leur passage de la barrière placentaire peuvent induire une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine.

-Le protoxyde d'azote ou MEOPA est mis à disposition des patientes dans certaines maternités et possède un effet sédatif léger en plus de l'action antalgique.

D'autres méthodes d'analgésie non médicamenteuse peuvent être proposées aux parturientes:

-La psychoprophylaxie prend en compte les composantes émotionnelles, affectives, cognitives et comportementales de la douleur obstétricale. (Lansac, 2016).

-L'hypnose, l'hypno-analgésie, l'auto-hypnose et la sophrologie fonctionnent grâce à la capacité de suggestion positive formulé par un soignant à la parturiente. Cette hyper-concentration permet d'occuper l'esprit à des activités agréables, plutôt qu'à la prise de conscience d'un phénomène douloureux. (Marpeau, 2010).

L'acupuncture, la déambulation, les positions antalgiques, l'eau chaude, les massages sont des techniques utilisées quotidiennement par les sages-femmes. D'ailleurs selon l'OMS : « L'une des tâches de l'accoucheuse est d'aider les femmes à supporter les douleurs du travail. » (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1997).

### **3.4 Le vécu de l'accouchement**

#### **3.4.1 Le concept du vécu et sa mesure**

Le concept de vécu de l'accouchement est une notion assez récente à laquelle les chercheurs ont commencé à s'intéresser durant ces deux dernières décennies. Il est difficile de la définir, et il n'y a pas de définition officielle, néanmoins, certains auteurs arrivent à un consensus, comme le proposent Larkin et al. cités plus haut (Larkin et al. 2007). L'expérience de l'accouchement est une des expériences les plus fortes de la vie d'une femme, que ce soit psychologiquement, physiquement, socialement ou émotionnellement (Simkin, 1991). Un vécu difficile de l'accouchement ne touche pas qu'une minorité de femmes : selon une étude paru dans la revue Birth, 34% des femmes rapportaient un vécu traumatique de leur accouchement et 1,9% d'entre elles présentaient les symptômes d'un stress post-traumatique, et 30,1% étaient partiellement symptomatiques (Soët et al., 2003).

Selon Montmasson et al. (2012), ce serait un tiers des femmes qui vivraient leur accouchement de manière traumatique. Dans une autre étude plus récente, 9,3 % des femmes participantes auraient un vécu négatif de leur accouchement. (Smarandache & al., 2016). Selon Waldenström et al., 6,8 % des participantes auraient un vécu négatif de leur accouchement avec pour conséquence d'affecter leur vie reproductive et leur bien-être émotionnel (Waldenström et al., 2003). Ces données nous montrent que bien que la prévalence soit variable, le sujet du vécu de l'accouchement devrait être une préoccupation prioritaire des soignants.

Cette idée semble prendre de l'ampleur puisque les médias se font à présent les portes paroles

de femmes ayant vécu cet événement comme traumatique, permettant ainsi au public de comprendre que ce les difficultés rencontrées par ces dernières. À ce nouvel élan, on peut aussi ajouter à la libération de la parole sur les violences obstétricales, concept apparu en Amérique du Sud il y a plus de dix ans. Ce terme désigne « l'ensemble des contraintes médicales et des actes non souhaités et non explicités que les femmes subissent pendant leur accouchement. » (Lepage, 2018). Il paraît évident qu'avec cette définition, un certain nombre des vécus traumatiques soit corrélés à des violences obstétricales. Souvent, « ce sont des violences qui se produisent dans des situations « banales », et pas forcément dans un contexte d'urgence vitale. » (Piquet et Thibert, 2017). Pour résumer, le terme de « violences obstétricales » recouvre une grande diversité de définitions. Et pour cause : « des actes et des attitudes paraissant normaux à certaines peuvent être vécus comme des violences par d'autres. » (Piquet et Thibert, 2017). Ce dernier point rappelle encore une fois le caractère complexe et subjectif du vécu de l'accouchement, qui demande de la part des soignants une attention particulière et personnalisée à chaque parturiente.

Il est bien entendu difficile de mesurer objectivement le vécu de l'accouchement du fait de son caractère subjectif. Certaines échelles non spécifiques sont utilisées : Traumatic Event Scale, Impact of Event Scale, Perceived Stress Scale entre autres, se focalisant plutôt sur la mesure du stress perçu ou du potentiel traumatique de l'expérience en tant qu'événement de vie. (Kring-George, 2013). À ce jour, seule la Birth Satisfaction Scale (Hollins Martines et Fleming, 2011). et sa version révisée Birth Satisfaction Scale-Revised Indicator (Martin et al. 2017). sont des outils de mesures spécifiques au vécu de l'accouchement. Des recherches supplémentaires pour établir une échelle de mesure spécialisée sont nécessaires, comme la dernière publication de Carquillat P, Vendittelli F, Perneger T., Guttier M.J. (2017) : «Development of a questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE).

### **3.4.2. Les impacts et enjeux du vécu de l'accouchement**

Comme évoqué précédemment, l'expérience de l'accouchement est un moment prépondérant dans la vie d'une femme et ses implications sont vastes, allant du bien-être émotionnel de la femme à son choix d'avoir d'autres enfants ou non (Waldenström et al., 2003).

Il a aussi été démontré qu'un vécu d'accouchement positif permettrait une attitude plus positive envers la maternité, un sentiment d'estime de soi et d'accomplissement (Simkin, 1991). Inversement, « Les mères ayant un vécu négatif de leur accouchement ont (...) un sentiment de contrôle perçu lors du travail significativement plus faible. » (Chabbert et Wendland, 2016). Ce vécu négatif, voir traumatique, serait susceptible de provoquer des séquelles psychologiques à long terme (Chabbert et Wendland, 2016). Il semblerait aussi qu'un mauvais

vécu de l'accouchement soit associé à un taux plus élevé de dépression post-partum (Smarandache et al., 2016). Dans la population genevoise on trouve une prévalence de la dépression périnatale de 19.3 % en prénatal, à 19.6% en post-accouchement et à 18.6 % à 6 semaines post-partum (Razurel, 2013). Plus généralement, Gavin et al. parlent de 6,5 à 12 % pendant la période du post-partum (Gavin et al., 2005).

Les conséquences de cette pathologie peuvent se manifester au niveau du développement de l'enfant, parfois avec un retentissement sur les relations de couple ou le conjoint (dépression), et sur la santé mentale de la mère (pouvant aller jusqu'au suicide). Elle impacte aussi les relations mères-enfant (Nanzer, 2009). « Les mères ayant un vécu négatif de leur accouchement présentent une moins bonne qualité des relations précoces mère– bébé durant les quatre premiers mois du post-partum, et inversement. » (Chabbert et al., 2016). Dans certains cas le traumatisme de l'accouchement peut se traduire par un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) ou état de stress post-traumatique (ESPT). Ce terme est apparu après le retour de soldats américains traumatisés suite à la guerre du Vietnam (Laurence Reynolds, 1996). Les symptômes de la personne exposée à un événement traumatique seront une détresse psychologique intense, une altération du fonctionnement social, une hypervigilance associée à une hyperstimulation neurovégétative et la survenue de flashbacks ou de rêves récurrents (DSM-V, 2013). À partir de 1994 l'accouchement traumatique est clairement énoncé comme facteur de risque du développement d'un ESPT (Chabbert et al., 2016). « L'ESPT dans le postpartum touche 1,5 à 3 % des mères à six mois de l'accouchement et 24 à 33 % souffrent de symptômes d'ESPT. »(Montmasson et al., 2012).

### **3.4.3 Les facteurs connus pour influencer le vécu**

Dans ce thème complexe qu'est le vécu de l'accouchement, les chercheurs ont essayé de mettre en lumière les facteurs qui pourraient avoir une influence sur cette expérience. Tout d'abord en s'intéressant au mode d'accouchement et aux variables obstétricales. Par exemple, les femmes ayant une césarienne en urgence seraient plus à risque de développer un mauvais vécu de l'accouchement que celles vivant une césarienne électorale ou une voie basse (Carquillat et al., 2016). On retrouve la même notion s'étendant à toutes les césariennes et à l'admission du bébé en néonatalogie (Smarandache et al. 2016), ainsi que plus généralement la perception par la mère de complications obstétricales (Montmasson et al., 2012), ou la survenue de problèmes médicaux inattendus et un travail prolongé (Waldenström et al. 2003). Le déclenchement du travail augmenterait le risque de développer un mauvais vécu de l'accouchement (Sigurdardottir et al. 2017).

Les femmes ayant vécu des instrumentations par forceps ou ventouses durant leur

accouchement par voie basse sont aussi plus vulnérables et ont tendance à avoir un mauvais vécu de l'accouchement (Sjödin et al., 2016). Cependant cela est nuancé par le fait que le mode d'accouchement ne détermine pas à lui seul le vécu (Carquillat et al., 2016). Les attentes de la femme quant à l'expérience de l'accouchement peuvent aussi influencer le vécu. On remarque que les femmes ayant des attentes flexibles à propos de l'expérience de l'accouchement auront plus de chance d'avoir une expérience positive, et inversement (Ledford et al., 2016). Par exemple, les femmes qui s'attendaient à ressentir plus de douleur que celle ressentie durant le travail et l'expulsion sont plus à risque de développer un mauvais vécu d'accouchement (Soet et al., 2003). Finalement ce sont aussi les stratégies de coping de la femme qui influencent son vécu de manière positive, donnant à la femme une plus grande force émotionnelle (Aune et al., 2015).

L'influence des cours de préparation à la naissance sur le vécu de l'accouchement est assez controversée, certaines données montrent un impact positif sur le vécu et d'autres ne montrent pas d'impact (Waldenström et al., 2003 ; Smarandache et al., 2016).

La notion de soutien social comme étant un prédicteur du vécu de l'accouchement en revanche revient assez fréquemment (Soet et al. 2003). L'isolement social, le célibat ou le divorce sont par exemple des facteurs prédisposant pour développer un SSPT après la naissance (Montmasson et al. 2012). Le manque de soutien du partenaire est aussi cité comme un facteur de risque (Waldenström et al., 2006), (Waldenström et al. 2003).

L'histoire de vie joue aussi un rôle. Les femmes ayant subi des violences sexuelles sont plus à risque de développer un syndrome de stress post-traumatique suite à l'accouchement (Soet et al. 2003). De même qu'un état dépressif ou de l'anxiété durant la grossesse sont corrélés à un mauvais vécu d'accouchement (Waldenström et al., 2003). Pour ce qui en est de l'âge, les extrêmes sont les plus touchés. « Les mères de plus de 30 ans sont deux fois plus à rapporter une expérience négative en comparaison des mères plus jeunes. » (Smarandache et al., 2012). À l'inverse, les femmes jeunes sont également plus à risque d'avoir un vécu négatif de l'accouchement, ainsi que les primipares et les multipares avec un antécédent de césarienne ou d'expérience traumatique lors d'un accouchement. (Waldenström et al. 2004; Sigurdardottir et al., 2017).

L'une des composantes principales de l'expérience de l'accouchement, la douleur, ne pouvait pas être oubliée. Une douleur perçue comme sévère risque de créer un mauvais vécu, et une douleur ressentie comme la pire douleur imaginable est un des plus gros facteurs prédictifs pour une expérience traumatique (Waldenström et al. 2003). Ceci est vrai notamment pour la première phase du travail (Soet et al., 2003). Il est donc important de proposer des stratégies pour gérer au mieux la douleur (Reynolds, 1997).

Le rapport du Ciane met en lumière à quel point le respect des souhaits et des choix peut être primordial dans le vécu des parturientes. Selon le Ciane (2012) : 90% des femmes dont les souhaits ont été respectés ont très bien ou plutôt bien vécu leur accouchement que ce soit sur le plan physique ou psychologique, alors que celles dont les choix n'ont pas été respectés ne sont que 43% (plan physique) et 30% plan psychologique à partager cette opinion.

Le sentiment d'être assez informé de la progression du travail et de pouvoir participer aux prises de décisions sont des facteurs protecteurs qui permettent un bon vécu (Reynolds, 1997). À l'inverse, un sentiment de manque de contrôle durant le travail aura un impact négatif (Waldenström et al., 2003). Le sentiment d'impuissance prédit un important risque de vécu traumatique (Soet et al. 2003). Selon Chabert et al. (2016) :

Les mères ayant un vécu positif de leur accouchement ont un sentiment de contrôle perçu lors du travail significativement plus élevé que les mères ayant un vécu négatif ( $p < 0,001$ ), et inversement. Ainsi, le contrôle perçu par la parturiente lors du travail a un impact significatif sur le vécu de l'accouchement.

Il est difficile de parler du sentiment de contrôle sans parler de l'empowerment. Nous devons la notion d'empowerment au psychologue américain, Carl Rogers. Elle repose sur le principe que chaque personne possède les ressources nécessaires et les compétences pour faire face aux situations qu'il rencontre, pour peu que le contexte dans lequel il se trouve soit favorable à déployer ces qualités. (Rogers, 1966). Ce terme est difficilement traductible en français, mais on pourrait le traduire littéralement par « prendre le pouvoir » mais aussi parler d'autonomisation, d'auto-détermination et de se « prendre en charge ». Ce principe est démontré dans l'étude de Sjödin et al. (2016) qui montre comment des femmes ayant subi des accouchements instrumentés, donc potentiellement traumatiques, ont pu avoir un vécu positif. En effet, elles ont témoigné s'être sentie « empowered », ont eu l'impression de faire partie d'une équipe et de participer activement, augmentant ainsi leur sentiment de contrôle (Sjödin et al., 2016). Le rôle de soutien de la sage-femme a un impact sur le vécu de l'accouchement de la parturiente (Sigurdardottir et al., 2017 ; Waldenström et al., 2003). Les femmes n'ayant pas été satisfaites du soutien de la sage-femme durant le travail sont 6 fois plus nombreuses à rapporter un vécu négatif que celles qui étaient satisfaites (Sigurdardottir et al., 2017). La relation entre la parturiente et la sage-femme est donc essentielle pour une expérience positive de l'accouchement. (Lundgren et Berg, 2007). « Si les professionnels répondent aux besoins de soutien des femmes, celles-ci ont plus souvent une expérience positive, même si le travail est prolongé ou comporte des complications médicales. » (Nilsson et al. 2013).

Nous avons donc divisé nos hypothèses en trois grands axes: l'influence de la sage-femme sur le vécu, les caractéristiques étant propres à la femme, et le partenariat entre ces deux entités. Au sein de chaque partie nous avons essayé de balayer tous les éléments pouvant avoir un impact sur le vécu, notamment en nous appuyant sur de la littérature déjà existante et des témoignages de femmes. Dans notre revue de littérature, nous tenterons d'affirmer ou d'infirmer nos différentes hypothèses, mais surtout de mettre en lumière les différents éléments ayant une influence majeure sur le vécu de l'accouchement en salle de naissance, afin d'améliorer la prise en soin des femmes durant cette étape.

### **3.5 Problématique**

Nous avons mis en lumière les facteurs qui nous semblent avoir une influence positive ou négative sur le vécu de l'accouchement. Ce vécu est une notion subjective, multifactorielle et individuelle. Sur les facteurs démographiques comme l'âge, la parité de la patiente, ou encore l'histoire de la femme accueillie en salle d'accouchement, la sage-femme ne peut pas avoir d'impact. En revanche, une bonne connaissance de son dossier, de ses antécédents obstétricaux ou médicaux tout comme les facteurs de risque psycho-sociaux permettent d'identifier les femmes susceptibles d'être plus vulnérables, tant sur le plan physique que psychique. Concernant les autres facteurs, est-ce que l'accompagnement de la sage-femme peut influencer le vécu tant positivement que négativement ? Le rôle principal de la sage-femme est de promouvoir une naissance physiologique, en tenant compte des besoins et des souhaits de la patiente, tout en respectant le cadre de sécurité posé par les recommandations et les protocoles hospitaliers afin d'assurer la bonne santé de la mère et de son enfant, et ce sur le long terme. L'accompagnement sage-femme est une notion interprétable à de nombreux niveaux. Il va dépendre du type d'institution: maternité de périphérie ou hôpital universitaire, clinique privée, pratique libérale en cabinet ou à domicile, unité gérée par les sages-femmes ou suivi global. Au-delà des considérations contextuelles au type d'institution, quels sont les besoins de la patiente auxquels la sage-femme peut répondre en salle d'accouchement ? Théoriquement, il est indispensable de prodiguer les mêmes soins à toutes les femmes, quel que soit le cadre dans lequel exercent les sages-femmes, afin de promouvoir un vécu d'accouchement positif. Néanmoins, les conditions de travail, les protocoles, la charge de travail et la disponibilité des soignants ne sont pas toujours identiques. Comment arriver à répondre aux besoins de chaque femme en prenant en compte son individualité, son histoire, sa capacité à faire face à son accouchement ? Comment accompagner ces femmes qui donnent la vie en respectant leurs souhaits, leur état physique, émotionnel, psychique ? Comment agir de manière adéquate, dans la physiologie comme dans l'urgence, pour qu'elles

puissent se sentir totalement actrices de leur accouchement et qu'elles deviennent mère en ayant accouché, et non en ayant été accouchées ?

En tant que futures professionnelles, nous nous sommes questionnées sur l'essence même du rôle de la sage-femme, dans un désir de promotion de la santé de la mère et de l'enfant sur le long terme.

Quels sont les facteurs prépondérants dans un mauvais vécu d'accouchement ?

Sur lesquels de ces facteurs la sage-femme peut agir en salle de naissance, et comment peut-elle grâce à cette connaissance favoriser une expérience positive ?

Dans ce contexte, notre question de recherche a pris la forme suivante :

Quel accompagnement sage-femme favorise un bon vécu d'accouchement ?

## 4. Éthique

Le métier de sage-femme est régi par des principes déontologiques, issus notamment de la Philosophie et des modèles de soins de la pratique sage-femme (ICM, 2005) ou encore du Code international de déontologie des sages-femmes (FSSF, 1993). Elles tiennent un rôle fondamental dans la vie des femmes. Elles favorisent par des soins adéquats les accouchements physiologiques, encouragent la promotion de la santé de la femme, de leur famille et de la collectivité. Selon l'ICM (2014) :

« Les sages-femmes nouent des relations avec chaque femme dans le cadre desquelles elles partagent des informations pertinentes qui conduisent à une prise de décision informée, conviennent d'un programme de soins évolutif et acceptent la responsabilité des conséquences de leurs choix. Elles soutiennent le droit des femmes/des familles à participer activement aux décisions relatives à leurs soins. Elles habilite les femmes/leurs familles à faire entendre leur point de vue sur des questions qui affectent les femmes et les familles au sein de leur culture/société. »

Dans le contexte de la recherche sur l'accompagnement sage-femme favorisant un bon vécu d'accouchement, nous retrouvons dans les résultats de notre étude, les quatre grands principes de l'éthique qui sont selon Beauchamp & Childress, (2001),

**L'autonomie** : le soignant, en fournissant les informations nécessaires, donne la capacité à la personne de penser et d'agir librement, de son plein gré.

**La bienfaisance** : l'action entreprise par le professionnel doit chercher le bien d'autrui.

**La non-malfaisance** : cette notion met en avant le fait de ne pas nuire à autrui, d'éviter de causer le mal.

**La justice** : le devoir de traiter l'individu de manière équitable en considérant ses besoins, sa contribution et ses différences.

Dans le cadre de nos recherches, nous avons respecté la propriété intellectuelle et les droits d'auteurs (Déclaration universelle des Droits de l'Homme, 1948) en citant nos sources et leurs auteurs de manière systématique, sans recourir à un quelconque plagiat.

Les études que nous avons sélectionnées dans notre revue de littérature sont conformes aux principes d'éthique et ont été validées par des commissions d'éthiques officielles. Le principe de confidentialité a été respecté. Les biais et les limites des études ont été clairement identifiés et explicités par les auteurs, nous permettant de les prendre en compte pour pondérer nos analyses et d'adapter notre réflexion, notamment afin de transposer les résultats dans un retour dans la pratique.

Au-delà du cadre théorique qui entoure la notion d'éthique, le sujet même de notre mémoire de fin d'étude touche le cœur du métier de sage-femme. En effet, permettre à une parturiente d'accoucher dans un cadre de sécurité, avec la possibilité de bénéficier de techniques de médecine moderne n'est peut-être pas le seul garant d'un bon vécu d'accouchement. Le rôle de la sage-femme, en tant qu'individu, avec ses valeurs et son éthique propre est probablement prépondérant dans le ressenti des femmes en terme de qualité d'accompagnement et de soutien reçu lors de ces moments si particuliers et intime de l'accouchement.

Une des plus grosses difficultés rencontrées au cours de ce travail de recherche a été de rester neutres, focalisées sur les résultats de notre revue de littérature, sans nous laisser influencer par nos propres représentations, valeurs morales et éthiques, répondant à notre propre idéal. Pour cela il nous a fallu prendre du recul, et grâce à diverses lectures et discussions avec différents professionnels, nous nous sommes appliquées à rester prudentes dans nos interprétations.

## **5. Méthodologie de recherche**

Pour débiter la recherche, nous avons déterminé les concepts entourant la problématique. Nous les avons ensuite scindés en mots-clés, qui ont été traduits en anglais, puis transformés en MeSH Terms sur HeTop, outil de traduction spécifique au vocabulaire médical, reconnu sur les différentes bases de données dédiées.

Pour les termes dont la traduction en MeSH Terms n'était pas reconnue, les mots ont été gardés tels quels en anglais, et introduits dans les bases de données en utilisant les champs de recherches ALL TERMS afin d'élargir les résultats possibles.

Les termes et mots-clés sélectionnés sont les suivants :

Concept en français	Concept en anglais	Mesh terms HeTop
Accouchement	Childbirth; parturition	Parturition; birth; childbirth
Accouchement physiologique	Normal childbirth	
Vécu d'accouchement	Childbirth experience	Pas de résultat
Sage-femme	Midwife	Midwifery; midwives; birth attendant
Satisfaction	Satisfaction	Satisfaction
Gestion de la douleur	Pain management	Pain management
Facteurs; facteurs prédictifs	Factors	Factors
	Empowerment	Pas de résultat
Soutien; accompagnement	Support	Pas de résultat
Mauvais vécu d'accouchement	Negative birth experience	Pas de résultat
Bon vécu d'accouchement	Positive birth experience	Pas de résultat
Syndrome de stress post traumatique	Post traumatic stress disorder	Post traumatic stress disorder (PTSD)
Prevention	Prevention	Pas de résultat

Ces MeSH Terms ont ensuite été introduits dans les différentes bases de données en utilisant les opérateurs booléens OR ou AND. Les bases de données utilisées ont été Medline via Pubmed, CINAHL, et OVID (Psychinfo.). Le vécu de l'accouchement étant un concept de plus en plus étudié, il a paru adéquat d'approfondir les recherches sur Psychinfo. Les premiers résultats obtenus avec les MeSH Terms utilisés ont été très nombreux, et les recherches ont été affinées en ajoutant des concepts ou de nouveaux-mots-clés afin de spécifier la recherche autour du rôle plus spécifique de la sage-femme. Un premier tri a été effectué à la lecture des titres des articles proposés par les bases de données. Les plus pertinents en lien avec la thématique de recherche ont été retenus, puis le second tri a été fait par la lecture du résumé. Pour terminer, la lecture complète des articles pré-sélectionnés a permis de cibler les articles les plus appropriés à la revue de littérature.

De nouveaux concepts ont émergé, comme le PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) et ses conséquences ainsi que les facteurs prédictifs de cette pathologie. En effet, à la lecture de certains articles, certains vécus d'accouchements traumatiques sont susceptibles d'entraîner

un PTSD. Néanmoins, pour ne pas s'écarter du thème inhérent à la revue de littérature, ce concept n'a pas été investigué plus amplement, mais tout de même utilisé dans les bases de données pour permettre la lecture d'articles utiles à la construction de la revue de littérature. La lecture de certains articles avec leur bibliographie nous a donné l'opportunité d'accéder à d'autres articles en lien avec la thématique de recherche.

Des suggestions d'articles dans la même thématique, apparues lors des recherches sur les bases de données et sur des moteurs de recherche comme Google Scholar, ont également permis d'affiner les thématiques et de cibler les lectures. Certains n'ont pas nécessairement été retenus pour la revue de littérature, mais ils ont permis d'enrichir la réflexion et la discussion autour de la problématique.

Les mots-clés et les MeSH terms avec les combinaisons suivantes ont été utilisés pour effectuer les recherches de littérature :

Combinaison Mesh terms	Nombre de résultats	Nombre d'articles sélectionnée	Base de données	Status
PTSD OR traumatic childbirth) AND prevention) AND factors)) AND midwife	10	0	Pubmed	
Childbirth experience AND pain AND midwife AND satisfaction OR perception	2227	1	MIDIRS	Retenu pour BT
Positive birth experience OR satisfaction AND midwife AND support	1322	6	Pubmed	3 articles dans <b>best matches</b> puis <b>similar articles</b> à droite, 1 article retenu pour BT
Birth experience) OR traumatic childbirth) AND preventing	157	1	Pubmed	Retenu pour BT
Midwifery AND empowerment AND delivery	93	1	Pubmed	Pas retenu pour BT
Midwives AND empowerment AND birth experience	120	1	Pubmed	Pas retenu pour BT
Childbirth experience AND support AND midwife AND satisfaction	21	3	OVID (PsycInfo)	Pas retenu pour BT
Childbirth experience AND pain management AND satisfaction	10	1	CINHAL	Pas retenu pour BT
Childbirth AND negative experience AND support AND midwifery	69	2	Pubmed	Retenu pour BT (4)

Positive childbirth experience AND midwife AND normal childbirth	24	2	Pubmed	Retenu pour BT (5)
Post traumatic disorder AND childbirth experience OR traumatic childbirth OR negative birth experience	1281	1	Pubmed	Pas retenu pour BT
Childbirth experience AND predictive factors	36	1	Pubmed	Retenu pour BT (1)

Afin de rendre la revue de littérature la plus exhaustive possible, les articles sélectionnés sont pour certains focalisés sur les vécus positifs d'accouchement et d'autres sur les vécus négatifs, afin de pouvoir croiser les résultats ciblant les facteurs prédictifs et protecteurs qui concernent les vécus et le rôle de l'accompagnement sage-femme dans les deux spectres. Les recherches des cinq articles sélectionnés pour ce travail de bachelor thesis ont été effectuées entre septembre et octobre 2017. Néanmoins, de nouvelles recherches ont été effectuées jusqu'en mars 2018, et d'autres études sont venues enrichir la revue de littérature, permettant d'étoffer notre réflexion avec de nouvelles recommandations officielles, notamment celles de l'OMS et de la HAS.

#### **Critères d'inclusion :**

- Les articles parus entre 2010 et 2017.
- Les articles qualitatifs et quantitatifs.
- Les articles issus de revues scientifiques peer reviewed, garantissant une qualité de preuve scientifique: Evidenced Based Medicine/Midwifery.
- Les articles dont les auteurs sont des professionnels de la santé ou de la recherche en lien avec la thématique de la présente revue de littérature.
- Les articles rédigés en français ou en anglais.
- Les articles traitant du vécu d'accouchement des femmes uniquement.

#### **Critères d'exclusion :**

- Les articles provenant de pays dans lesquels la prise en soin en salle d'accouchement est trop différente de la Suisse. (Pays en conflits, système de santé précaire, pays en développement)
- Les articles qui ne permettent pas transposer les résultats dans le contexte de la Suisse.
- Les articles qualitatifs avec un échantillon paraissant trop restreint pour permettre une analyse fiable.

## **6. Analyse descriptive**

Dans les tableaux suivant nous décrivons les cinq études sélectionnées en traitant de la méthodologie, de la réalisation de l'étude, des points forts et faibles, des objectifs, des résultats et des conclusions de ces dernières.

**Factors related to a negative birth experience - A mixed methods study**

Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B. & Lukasse, M.

Objectif de l'étude	Méthode	Procédure	Résultats	Points forts / Points faibles	Conclusion de l'étude
<p>Explorer les facteurs associés à un mauvais vécu d'accouchement en incluant les descriptions des femmes elles-mêmes.</p>	<p><b>Design :</b> Etude mixte, quantitative et qualitative.  <b>Population:</b> 1352 femmes faisant partie de l'étude Biden regroupant 6 pays ( Belgique, Danemark, Islande, Estonie, Norvège et Suède) traitant de l'association entre un vécu d'abus et le mode d'accouchement.  <b>Variables :</b> Expérience positive ou négative de l'accouchement, âge, parité, niveau d'éducation, difficultés économiques, état civil, vécu d'abus, support social, peur de l'accouchement, dépression, antécédant d'AVB  <b>Outils quantitatifs :</b> Chi carré, SPSS version 22.  <b>Outils qualitatifs :</b> Méthode Brown &amp; Clarke (6 étapes d'analyse)</p>	<p>Les données des 1352 femmes norvégiennes multipares ont été extraites de l'étude Biden. Les femmes ont été contactées par mail pour répondre à un questionnaire lors d'une échographie de routine. Des questions leur ont été posées concernant leur premier et dernier accouchement. Il leur a été demandé si leur accouchement avait été une expérience entièrement positive, entièrement positive avec quelques éléments négatifs, entièrement négative mais avec quelques éléments positifs ou entièrement négative. Si elles qualifiaient leur expérience comme entièrement négative mais avec quelques éléments positifs ou entièrement négative, elles étaient intégrées dans le</p>	<p><b>Analyse quantitative :</b>            La prévalence d'une expérience négative de l'accouchement est de 21,1%.            Le temps moyen écoulé depuis le dernier accouchement est de 3,6 ans.            Les femmes avec un antécédent d'abus avant le 1er accouchement, une peur sévère de l'accouchement et une dépression ont une prévalence significativement plus élevée de vécu d'accouchement négatif (p value &lt; 0.001). Cette prévalence est également supérieure chez les femmes ayant un bas niveau d'éducation ainsi que chez les femmes avec des difficultés économiques, chez celles qui décrivent un support social pauvre et parmi les femmes n'ayant pas eu d'AVB.            Une expérience négative de l'accouchement est associée à une peur de l'accouchement</p>	<p><b>Points forts :</b> design mixte, perspective de l'expérience sur le long terme.  <b>Points faibles :</b> Les résultats qualitatifs sont basés sur un nombre de femmes limité, donc à interpréter dans ce contexte. Ensuite, ces données ont été collectées dans des textes librement rédigés, avec des variables de longueur et de profondeur. Difficile de faire émerger les causalités, notamment en ce qui concerne la peur de l'accouchement et la dépression. Il est possible que certaines femmes en étaient déjà victimes avant leur accouchement.</p>	<p>Cette étude mixte a permis de faire émerger les plans sur lesquels les soignants peuvent travailler afin de prévenir les expériences d'accouchement négatives. Les complications non anticipées ainsi que ce que les femmes considèrent comme des soins inadéquats contribuent à une expérience négative. Bien que l'accouchement soit un événement personnel et multifactoriel, les complications surviennent de manière inattendue, et des soins individualisés devraient être proposés à toutes les femmes pendant l'accouchement. Si des complications surviennent, les femmes soulignent l'importance de l'attention et de soins accrus lors d'une prochaine grossesse afin de prévenir les séquelles d'une expérience d'accouchement négative.</p>

		<p>groupe des vécus d'accouchement négatifs. Un espace d'expression pour relater leur expérience négative était à leur disposition, ainsi que la possibilité d'ajouter des commentaires au questionnaire.</p>	<p>(AOR: 5.00 95% CI 3.40-7.23) et un vécu d'abus. (AOR 1.34 95% CI 1.01-1.79).</p> <p>Les femmes 2 pares sont moins enclines à reporter un mauvais vécu d'accouchement (AOR 0.66 95% CI 0,46-0,94). Ne pas avoir d'antécédent d'AVB et avoir une dépression étaient significativement associés à une expérience d'accouchement négative dans les analyses brutes (AOR 1,52- 95%CI 1.00-2.61) (valeur p 0,052) alors que dans les analyses ajustées (AOR 1.61 - 95% CI 1.00-2.61), (valeur p) 0,051.)</p> <p><b>Analyse qualitative</b> : 3 items principaux ont émergés à travers les analyses qualitatives qui illustrent les différents aspects de la perception d'une expérience négative de l'accouchement: Complications pour la mère, l'enfant ou les deux, ne pas être vue ou entendue, l'expérience de la douleur et de la perte de contrôle.</p>		
--	--	---	--	--	--

**Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views**

Hollander, M. H., van Hastenberg, E., van Dillen, J., van Pampus, M. G., de Miranda, E. & Stramrood

Objectif de l'étude	Méthode	Procédure	Résultats	Points forts / Points faibles	Conclusion de l'étude
<p>Identifier chez les femmes qui ont un vécu d'accouchement traumatique les facteurs qui ont menés à ce mauvais vécu. Explorer et quantifier les perceptions et les expériences de ces femmes dans le but de faire émerger des moyens de prévention. Permettre aux SF et aux obstétriciens d'optimiser leur prise en soin centrée sur la femme.</p>	<p><b>Design :</b> Etude quantitative rétrospective.  <b>Population :</b> En Hollande, 2192 femmes de plus de 18 ans, capables de répondre à un questionnaire en hollandais, ayant vécu un accouchement traumatique entre 2005 et 2016.  <b>Variables :</b> âge au moment de l'étude et au moment de l'accouchement traumatique, âge gestationnel au moment de l'accouchement traumatique, années</p>	<p>2192 femmes recrutées via les médias sociaux comme Facebook, Twitter et un site internet, partagé par des groupes de soutien, d'autres professionnels de la santé, et par des associations sur la base d'une simple question: "Avez-vous vécu un</p>	<p><b>Les femmes attribuent majoritairement leur vécu traumatique à :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perte/manque de contrôle 56,4%. (valeur p 0.13)</li> <li>- Peur pour la vie du bébé 49,9%. (valeur p 0.09)</li> <li>- Intensité de la douleur / Inconfort physique 47,4%. (valeur p 0.01)</li> <li>- Communication / Explications 43,7%. (valeur p 0.12)</li> <li>- Manque de soutien pratique et émotionnel de la part des soignants. 35,6%. (valeur p 0.76)</li> </ul> <p>Dans la plupart des cas, elles pensent que leur traumatisme aurait pu être diminué ou évité par une meilleure communication ou un meilleur soutien de</p>	<p><b>Points forts :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Échantillon important</li> <li>- Les items les plus importants avaient été identifiés par de précédentes études et ciblés. -</li> <li>- Diffuser le questionnaire via les médias sociaux est un moyen efficace pour toucher une large population de femmes potentiellement concernées par l'étude.</li> </ul> <p><b>Points faibles:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficile de généraliser les résultats à toutes les femmes ayant vécu un accouchement traumatique puisque les femmes se sont auto-proclamées victimes de</li> </ul>	<p>Les éléments les plus influençant le plus sur le vécu de l'accouchement sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la perte / manque de contrôle</li> <li>- l'interaction avec les soignants.</li> </ul> <p>Les interactions patientes / soignants semblent être plus importantes que les interventions elles-mêmes. Il y a un réel besoin d'améliorer la communication et les interactions entre les patientes et les soignants, pas seulement en période anténatale ou de l'accouchement, mais aussi pendant le suivi post partum.</p>

	<p>écoulées depuis l'accouchement traumatique, ethnologie, parité au moment de l'étude, parité au moment de l'accouchement traumatique, soignant responsable au moment de la grossesse (SF ou obstétricien) mode d'accouchement, soignant responsable au moment de l'accouchement traumatique.</p> <p><b>Outils:</b> Survey Monkey dans SPSS version 22, Chi carré, ANOVA, Games-Howell test.</p> <p>Les valeurs p inférieures ou égales à 0,05 étaient considérées comme significatives.</p>	<p>accouchement traumatique ? Si oui, merci de remplir ce questionnaire." Questionnaire de 35 items dont les plus importants portent sur :</p> <p>1) Les facteurs perçus par les femmes comme étant la cause du traumatisme,</p> <p>2) Comment ces femmes pensent que ce facteur traumatique aurait pu être évité par:</p> <p>a) Les soignants</p> <p>b) Par elles-mêmes</p>	<p>la part des soignants ou si elles-mêmes avaient demandé ou refusé des interventions lors de l'accouchement.</p> <p><b>Item selfmanagement : Qu'auriez-vous pu faire pour prévenir le trauma ou le diminuer :</b></p> <p>- 37% ont répondu: Rien (valeur p 0.00), -26,9% ont répondu : Demander certaines actions / interventions (valeur p 0.14)</p> <p>-16,5% ont répondu: Refuser certaines actions /interventions (valeur p 0.05).</p> <p><b>L'item amélioration dans la relation avec les soignants, les facteurs relevés sont:</b> Communiquer /Expliquer 39,1% (valeur p 0.01), M'écouter 36,1% (valeur p 0.01), me soutenir (mieux/ plus) émotionnellement, pratiquement 29,8% (valeur p 0.06).</p> <p><b>La parité joue également un rôle important,</b> puisque certains facteurs n'ont pas la même priorité selon si les femmes interrogées sont primi ou multipares : l'intensité de la douleur, un travail long, l'écart entre les attentes et la réalité, la peur pour sa propre vie, les issues négatives, un travail trop rapide pour les multipares.</p>	<p>traumatisme en décidant de participer à l'étude.</p> <p>- Difficulté de faire la part des choses entre un traumatisme physique et un traumatisme psychique.</p> <p>- Plus de la moitié des participantes relatent un accouchement ayant eu lieu il y a plus de deux ans, donc un risque de souvenirs biaisés.</p> <p>- Le fait que la Hollande possède un modèle de soins obstétricaux spécifique est une limite à la généralisation de l'étude à d'autres pays.</p> <p>- Les femmes ne parlant pas le hollandais ou étant illettrées ont été exclues de l'étude, alors qu'elles étaient potentiellement plus à risque d'un accouchement traumatique en raison des problèmes de communication.</p>	
--	---	--	---	---	--

## How can midwives promote a normal birth and positive experience? The experience of first time norwegian mothers

U. Dhlberg, I. Aune, J. Persen, A. Skogas, S. Selboe, H. Torvik

Objectif de l'étude	Type d'étude	Procédure et méthodologie	Population étudiée	Résultats	Points forts / Points faibles	Conclusion de l'étude
Avoir une meilleure compréhension de l'expérience de l'accouchement des primipares norvégiennes afin de comprendre comment les sages-femmes peuvent promouvoir un accouchement physiologique et un vécu positif.	Qualitative prospective, publiée en 2016 dans le journal Sexual and reproductive healthcare. Réalisée en Norvège.	Réalisation d'interviews approfondies de primipares qui ont eu un accouchement physiologique et un vécu positif. Femmes invitées à participer durant la consultation post-partum. Interviews réalisées 5 à 6 semaines post-partum. Contenu analysé selon méthodes de Malterud et Giorgi pour condenser et	12 Femmes norvégiennes en bonne santé, primipares, âgées de 22 à 34 ans ayant eu un accouchement physiologique et un vécu positif de cette expérience. Toutes ont accouché dans une maternité avec environ 4000 accouchements par an. Toutes vivent avec leur partenaire et ont un niveau	" <b>To be seen as an individual</b> ": avoir l'impression que l'on est bien pris en soin. Avoir du temps en prénatal et durant le travail pour poser des questions, être informée et avoir des retours de la sage-femme sont primordial pour les femmes. Cela leur permet de se sentir en sécurité et détendues. Le comportement de la sage-femme a une grande influence sur l'atmosphère régnant dans la salle, l'anxiété du couple, le sentiment de recevoir un accompagnement personnalisé. Une sage-femme positive, calme, soutenance, détendue, confiante et amicale permet une expérience plus positive. " <b>The importance to be present</b> ": La présence de la sage-femme ne doit pas juste être une présence physique mais aussi mentale, il est important qu'elle soit continue et afin de pouvoir cerner les besoins de chaque femme tout en respectant son intimité. Encore une fois les femmes soulignent leur besoin d'être informée et que cela permet une prise en soin plus personnalisée. La manière dont l'information est	<b>Points forts:</b> Le contenu est riche car les femmes ont parlé librement. Elles ont donné des détails approfondis sur leur expérience. Elles ont été invitées à participer et n'ont pas été sélectionnées ce qui permet d'avoir un échantillon plus varié avec des réponses diversifiées. <b>Points faibles:</b> L'échantillon est petit, on ne peut donc pas en faire une généralisation. Une étude plus large	Les sages-femmes ont un rôle majeur dans la promotion de l'accouchement physiologique et le bon vécu de l'accouchement. Les critères favorisant un bon vécu selon les participantes sont une prise en soin personnalisée, une relation de confiance avec la sage-femme et une présence continue et de qualité. Une approche personnalisée et encourageante permet aux femmes de mobiliser leurs propres ressources et de renforcer le sentiment de compétence à donner la vie. À long terme, l'expérience de la grossesse et de l'accouchement influe sur la capacité

		faire émerger les thèmes principaux.	d'éducation différent.	<p>donnée est importante et demande des compétences en matière de communication. Cela doit être rassurant et centré sur les soins. Ces points permettent s'ils sont respectés une expérience plus sereine et positive.</p> <p><b>"Health promoting perspective"</b>: Me donner de la force et des encouragements. L'attitude de la sage-femme confiante, soutenance, encourageante qui guide et motive la femme lui permet d'augmenter sa confiance en elle et de chercher à puiser dans ses propres ressources. Les femmes relatent avoir eu l'impression d'avoir été préparées mentalement, au point d'avoir réussi à ne pas recourir à une analgésie et à rester dans un processus physiologique, même dans les moments difficiles grâce à ce soutien. Elles en ressortent avec un sentiment de force, d'auto-efficacité.</p>	<p>serait nécessaire.</p> <p>Toutes les participantes ont donné naissance au sein de la même maternité, on ne peut donc pas comparer la qualité de l'accompagnement selon les lieux.</p>	d'empowerment de la femme, sa confiance en elle et sa santé.
--	--	--------------------------------------	------------------------	--	--	--

## Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography

R. Elmir, V. Schmied, L. Wilkes, D. Jackson

Objectif de l'étude	Type d'étude	Procédure et méthodologie	Population étudiée	Résultats	Points forts / Points faibles	Conclusion de l'étude
Faire une revue de littérature décrivant les perceptions et les vécus traumatiques de femmes ayant accouché	Méta-ethnographie publiée en 2010 dans Journal of advanced Nursing. Réalisée en Australie.	Recherches sur CINAHL, Medline, et Scopus de la littérature parue sur ce thème entre Janvier 1994 et Octobre 2009. Utilisation des mots-clés: "birth trauma", "traumatic birth", "qualitative research", "birth narrative", "birth stories". 726 études au total ont été étudiées. Pour être choisies, les études devaient obligatoirement être qualitatives. Les critères d'inclusion étaient inspirés de ceux recommandés par Spencer et al. (2003): études de qualité, résultats transférables, échantillon représentatif,	Femmes ayant vécu une expérience traumatique durant leur accouchement dans des pays occidentaux.	<p><b>6 thèmes principaux</b> ont émergés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-se sentir invisible et avoir perdu le contrôle</li> <li>-être traité humainement</li> <li>-se sentir piégé: le cauchemar récurrent de mon mauvais vécu d'accouchement,</li> <li>-les montagnes russes des émotions,</li> <li>-des relations discontinues</li> <li>-la détermination: une manière de réussir en tant que mère</li> <li>-ne plus vouloir être touchée.</li> </ul> <p>Les femmes se sont senties invisibles et ont eu un sentiment de perte de contrôle: elles n'ont pas été assez informées par les soignants et n'ont pas pu participer au processus décisionnel. Certaines ont ressenti les soins comme inhumains et dégradant leur donnant l'impression de ne pas être considérée par l'équipe.</p> <p>Elles ont revécu continuellement l'évènement traumatique par images, flashbacks, leur donnant l'impression</p>	<p><b>Points forts :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-méta-ethnographie adaptée à ce genre de thème, à tendance qualitative.</li> <li>-L'analyse croisée des études fait ressortir les mêmes résultats sauf concernant le vécu de l'allaitement.</li> <li>-Revue de la littérature de 15 ans, 10 études qualitatives étudiées avec des résultats transférables aux pays occidentaux.</li> </ul> <p><b>Points faibles:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-risque de ne pas avoir sélectionné toutes les études pertinentes.</li> <li>-En 15 années</li> </ul>	<p>Un vécu traumatique de l'accouchement a des conséquences majeures au niveau psychologique et émotionnel sur les femmes.</p> <p>Ce traumatisme est peu reconnu par les soignants et la société, les victimes sont peu adressées à des professionnels.</p> <p>Les soignants doivent être attentifs aux besoins des parturientes et devraient être mieux formés pour offrir un accompagnement adéquat.</p> <p>Les modèles de soin dirigés par les sages-femmes montrent plus de continuité dans les soins, moins d'interventions et plus de satisfaction des femmes.</p> <p>Le « counselling » et le suivi par des professionnels de ces femmes après ce genre d'expérience est très important pour aider les victimes.</p>

		<p>et recueil des données approprié. 10 études qualitatives ont été sélectionnées dans lesquelles 6 thèmes communs ont été identifiés.</p>		<p>d'être piégées dans ce souvenir traumatisant.</p> <p>Elles relatent avoir ressenti beaucoup d'émotions fortes impactant leur santé mentale: colère, anxiété, dépression allant même jusqu'à des idées suicidaires.</p> <p>Elles ont expérimenté une rupture de lien avec leur enfant ou leur partenaire.</p> <p><b>Bébé:</b> difficultés de bonding, impact sur allaitement, comportements compensatoires.</p> <p><b>Partenaire:</b> difficultés dans les contacts physiques et la vie sexuelle.</p> <p>Selon les femmes l'allaitement maternel pouvait être vu come une compensation de l'évènement traumatique, permettant de rétablir, de réparer.</p>	<p>l'accompagnement des femmes en obstétrique à vraisemblablement évolué.</p>	<p>D'autres études seraient nécessaires pour savoir ce qui favorise un bon vécu.</p>
--	--	--	--	--	---	--

**The predictive role of support in the birth experience: a longitudinal cohort study.**

V. Sigurdardottir, J.Gamble, B. Gudmundsdottir, H. Kristjansdottir, H. Sveinsdottir, H.

Objectif de l'étude	Type d'étude	Procédure et méthodologie	Population étudiée	Résultats	Points forts / Points faibles	Conclusion de l'étude
Étudier le vécu de l'accouchement des femmes 2 ans après la naissance de leur enfant, et le mettre en lien avec l'influence du rôle du soutien social et du soutien de la sage-femme.	Étude quantitative, cohorte longitudinale. Publiée en dans Women and birth en 2016, réalisée en Islande.	Étude tirée de la Prospective cohort Childbirth and Health Study in Iceland. Les femmes volontaires ont répondu à 3 questionnaires basés sur l'étude KUB (Suède) à 16 SA (T1), entre 5 et 6 mois post-partum (T2) et entre 18 à 24 mois (T3). Les données ont été récoltées entre Février 2009 et Octobre 2011	1111 femmes volontaires âgées de 18 ans ou plus et se considérant à bas risque. L'échantillon représente bien la population islandaise des parturientes.	<b>Soutien:</b> La majorité des femmes sont satisfaites du soutien de leur partenaire, de leur entourage et des sages-femmes à T1 et T2. Cependant 2,5% des participantes à T2 et 5,7% à T3 ont un mauvais vécu de leur accouchement. Les femmes insatisfaites par le soutien de la sage-femme durant le travail ont 6 fois plus de risque d'avoir un vécu négatif de leur accouchement que celles qui étaient satisfaites de l'accompagnement reçu (OR 5,8 ,CI 1,1-30,7). <b>Facteurs de risque:</b> À T2 les facteurs prédictifs d'une expérience négative sont: des représentations négatives durant la grossesse quant à l'accouchement (OR 10,3 CI 3,6-29,8), être étudiante (OR 5,8 CI 2,2-	<b>Points forts:</b> -taille d'échantillon importante, -mesures répétées -échantillon représentatif de la population étudiée -questionnaires déjà utilisés dans d'autres études réalisés dans les pays nordiques -bon taux de réponse de 59%. <b>Points faibles:</b> -Le taux de vécu négatif moins élevé que dans les études précédentes pose des questions sur la mesure -étude réalisée dans un seul pays donc à remettre dans ce contexte de soins et de culture -pas de mesure du vécu avant 5 mois post-partum, certaines participantes n'ont pas rempli le	Malgré un bon accès et une bonne qualité de soins, le taux de vécu négatif de l'accouchement reste considérable dans les 2 années suivant la naissance avec peu de changements au cours du temps. L'étude montre clairement que le soutien des sages-femmes est primordial pour un bon vécu de l'accouchement. Celui-ci doit apporter à la femme des informations adaptées, de l'éducation et comprendre les besoins des parturientes. Il est important de mettre en place des méthodes permettant de détecter les personnes à risque et pour prendre en charge celles qui ont vécu ce traumatisme. Il serait intéressant d'avoir des études

			<p>15,0), une césarienne en urgence ou une instrumentation (OR 2,6 CI 1,1-6,2), un travail perçu comme long (OR 11,7 CI 4,6-30,1), des symptômes dépressifs à T2 (OR 1.1 CI 1,02-1,2).</p> <p>À T3 les facteurs prédictifs sont : être étudiante (OR 4,6 CI 1,7-12,4), césarienne en urgence/ instrumentation (OR 5,8 CI 2,4-14), et perception d'un travail comme long (OR 3,5 CI 1,5-7,2).</p>	<p>questionnaire à T2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-il n' y a pas d'information sur le soutien reçu en post-partum par les femmes</li> <li>- les informations récoltées sont auto-déclarées par les femmes ce qui peut constituer un biais.</li> </ul>	<p>supplémentaires pour connaître leurs besoins en matière d'intervention sage-femme.</p>
--	--	--	--	--	---

## 7. Présentation des résultats par thématique

### 7.1 Les facteurs sage-femme dépendants

#### 7.1.1. Attitude

Dans l'étude d'Elmir et al. (2010) visant à explorer les perceptions de femmes ayant eu des expériences d'accouchement traumatiques, on retrouve avant tout la notion de maltraitance. À travers cette revue de la littérature les femmes décrivent des soins vécus comme inhumains, barbares, irrespectueux et intrusifs. Elles disent s'être senties humiliées, torturées, abusées. Les auteurs évoquent même le concept du « birth rape » (mot n'ayant pas de traduction littérale mais traduisant à quel point le vécu de ses femmes peut être violent). Ces femmes ont ressentis certains actes médicaux comme un viol, et développent par la suite des symptômes similaires à ceux subit par les victimes de viol. Les auteurs rappellent l'importance du rôle des soignants en rapportant que « les femmes sont souvent traumatisées suite à l'action ou l'inaction des sages-femmes, des infirmières et des médecins ». Les qualificatifs utilisés pour décrire les sages-femmes des patientes ayant été peu satisfaites de leur accompagnement sont : peu aidantes, insensibles, indifférentes, abruptes et malpolies. Selon Hollander et al. (2017), « presque la moitié des participants ont envisagé de remplir une plainte contre les soignants (41%), et 7.2% l'auraient actuellement fait ».

À l'inverse comme décrit dans l'étude de Dahlberg et al. (2015), certaines attitudes favoriseraient un bon vécu de l'accouchement. Les femmes ayant participé à cette étude dépeignent le portrait d'une sage-femme de bonne humeur, qui sache créer une atmosphère calme et relaxante, qui soit amicale et mentalement disponible.

Henriksen et al. (2017) rappellent le rôle primordial de la sage-femme, souvent première et principale interlocutrice des parturientes avec qui il est essentiel de pouvoir créer un lien. La finalité de ces différentes attitudes et de la création de ce lien est d'établir une relation de confiance entre la sage-femme et la parturiente. L'étude de Dahlberg et al. (2015), insiste fortement sur ce point-clé de l'accompagnement : les participantes relatent que de faire confiance à leur sage-femme leur a permis d'être confiante par rapport au processus de l'accouchement, à leurs capacités propres à faire face à cet événement, et leur a donné le sentiment d'être prises en soin. Cela a aussi permis de grandement diminuer leur stress et leur angoisse.

### 7.1.2 Soutien / Présence

Toutes les études que nous avons sélectionnées relèvent le soutien et la présence de la sage-femme comme étant des principes primordiaux pour favoriser un bon vécu de l'accouchement. Sigurdardottir et al. (2017) ont trouvé chez les femmes qu'ils avaient interrogé que la plupart d'entre elles étaient satisfaites du soutien reçu à T1, T2 (5-6 mois après l'accouchement) qu'à T3 (18-24 mois après l'accouchement). Cependant, les femmes insatisfaites du soutien reçu de leur sage-femme durant le travail et l'accouchement auraient six fois plus de risques d'avoir un vécu négatif de l'accouchement que les femmes ayant été satisfaites du soutien reçu (OR 5.8, CI 1.1-30.7). L'absence de la sage-femme (Henriksen et al. (2017)) ou une sage-femme trop occupée pour prendre soin de la parturiente (Hollander et al. (2017)) sont des points qui influencent négativement le vécu de l'accouchement. Selon les derniers auteurs cités, les femmes donnant des exemples vécus comme un manque de soutien racontent avoir eu la sensation de ne pas avoir été prises au sérieux, ou ne pas avoir eu de continuité dans leur prise en soin. Les femmes en pré-travail racontent aussi comme elles ne se sont pas senties crues et entendues dans leur douleur par les sages-femmes qui l'ont renvoyées sans soutien à domicile (Henriksen et al. (2017)). Chez ces femmes ayant eu un mauvais vécu d'accouchement à qui on demande ce qu'auraient pu faire différemment les soignants, elles répondent me soutenir plus/mieux matériellement/émotionnellement pour 29,8% d'entre elles (Hollander et al. (2017)). Mais finalement que mettent ces femmes derrière le mot soutien ou présence ?

La notion du temps comme évoquée plus tôt est importante pour elle. Comme dit dans l'étude de Dahlberg et al. (2015), les femmes souhaitent avoir assez de temps à chaque rencontre avec la sage-femme pour pouvoir discuter. Elles décrivent une sage-femme attentive et présente, et font la distinction entre présence physique et émotionnelle ; elle doit être mentalement disponible, dans l'« ici et maintenant ».

Les parturientes racontent aussi que les conseils, le coaching et les encouragements des sages-femmes leur ont permis d'affronter les moments mêmes les plus intenses du travail avec force, de trouver leurs propres ressources et stratégies de coping en somme. Certaines ont même eu l'impression d'avoir bénéficié d'une préparation mentale. Elles précisent que le soutien émotionnel apporté par les professionnels devrait être adapté à chaque personne en fonction de ses besoins propres. D'ailleurs Elmir et al. (2010) rappellent qu'il est important de former les soignants afin qu'ils puissent fournir un soutien adapté aux patientes.

Pour Dahlberg et al. (2015), le soutien par la même sage-femme tout au long du processus serait un facteur favorisant un bon vécu d'accouchement : cela apporterait sécurité et confiance

aux femmes pour l'accouchement. Bien que soutenant aussi cette idée, Sigurdardottir et al. (2016) alertent sur le fait que certaines femmes insatisfaites du soutien prodigué par leur sage-femme pourraient paradoxalement ne pas bénéficier de cette continuité. Elles seraient alors condamnées à être suivies par la même sage-femme, même si elles ne sont pas satisfaites par cette dernière.

Les femmes interviewés dans cette étude expliquent aussi que la présence continue de la sage-femme en salle d'accouchement permet de combler leurs besoins et qu'elle représente « un repère là où les choses sont imprévisibles » (Sigurdardottir et al. 2016). Elmir et al. (2010) insistent sur le fait que la continuité est une condition impérative à un bon vécu de l'accouchement, qu'elle améliore le respect du processus décisionnel et la satisfaction des femmes. Cela correspond avec les résultats trouvés chez Hollander et al. (2017) pour qui la discontinuité dans les soins est clairement établie comme un facteur favorisant un mauvais vécu de l'accouchement.

Les trois dernières études citées ci-dessus appellent aussi à une réflexion pour restructurer les modèles de soins, afin d'améliorer la continuité des prises en soin en maternité.

### **7.1.3 Soins personnalisés**

Dans les études de Dahlberg et al. (2015), Elmir et al. (2010), et Sigurdardottir (2016), la notion de soins personnalisés vient encore préciser l'accompagnement sage-femme souhaité par les femmes. En effet, elles soulignent dans leurs témoignages l'importance que l'approche de la sage-femme soit centrée sur leurs besoins, propres et individuels, qu'elles respectent leurs souhaits mais aussi leur intimité. Une sage-femme qui serait « mentalement présente » renforcerait sa capacité à déceler et combler les souhaits et les besoins de la patiente, elle offrirait à la parturiente un soutien de qualité. Lorsque ce n'est pas le cas, les parturientes disent s'être senties « invisibles, ce qui indique l'échec des soignants à les considérer en tant que qu'individu unique » (Elmir et al. (2010)). Pour Sigurdardottir et al. (2016), les résultats trouvés dans leur étude rappellent l'essence même du rôle de l'accompagnement sage-femme, ils citent pour soutenir leur propos que ceci s'inscrit dans la droite ligne de la philosophie de l'ICM.

Les deux dernières études citées évoquent qu'il serait nécessaire de changer l'organisation des soins afin de pouvoir offrir des soins centrés sur la femme, personnalisables selon les besoins individuels de chacune.

## **7.2. Partenariat**

### **7.2.1 Communication**

Pour les femmes interviewées chez Dahlberg et al. (2015), la communication avec la sage-femme est un point important. Elles vont plus loin en indiquant que la manière de donner l'information est aussi importante. Autrement dit il ne suffit pas de communiquer, encore faut-il le faire de manière adéquate. Selon Dahlberg et al. (2015), dans le cas où les sages-femmes ont les bonnes compétences de communication, incluant une approche rassurante, centrée sur les soins, elle est à même de répondre au besoin d'information de la femme : ce qui résulte en une expérience plus détendue et plus positive pour la femme. Elmir et al. (2010) remarquent que le manque de communication est un facteur conduisant un vécu potentiellement traumatique. Ils concluent que « beaucoup de soignants ne communiquent pas de manière effective avec les femmes durant le travail et l'accouchement, causant de la détresse » chez ses dernières. Hollander et al. (2017) montrent que 43,7% des femmes interrogées attribuent leur traumatisme à un manque de communication et d'explications. Et 39,1% des participants pensent que plus de communication de la part des soignants aurait pu prévenir la survenue de ce mauvais vécu d'accouchement.

### **7.2.2 Information**

Cette partie va de paire avec la communication. Comme vu précédemment dans l'étude de Hollander et al. (2017) : les femmes attribuent non seulement le manque de communication comme étant une des causes de leur mauvais vécu, mais aussi le manque d'explications. Chez Dahlberg et al. (2015) et Elmir et al. (2010), les parturientes soulignent la nécessité d'avoir des informations tout au long du processus du travail, de l'accouchement, et d'avoir régulièrement un retour sur l'évolution de la situation et leurs capacités à faire face à cet événement. Pour Sigurdardottir et al. (2016) le soutien informatif apporté aux patientes devrait être renforcé et adapté aux besoins. Dahlberg et al. (2015) insistent aussi sur l'impact que peut avoir l'information sur la relation de confiance entre la sage-femme, la parturiente et la/le partenaire de celle-ci. D'ailleurs les résultats de Elmir et al. (2010), montrent que les femmes n'ayant pas reçu assez d'informations se sont senties « anonymes », « invisibles » et ont eu l'impression de ne pas pouvoir prendre part aux décisions.

### **7.2.3 Processus décisionnel**

Selon Dahlberg et al. (2015), Les femmes trouvent qu'il est crucial pour elles d'être impliquées activement dans les décisions prises durant le travail et l'accouchement. Le fait de permettre aux parturientes de faire leurs propres choix, de les respecter et de leur donner des informations nécessaires pour arriver à une décision éclairée nourrit le sentiment de maîtrise des femmes. Cela favorise un bon vécu de l'accouchement. Cependant les chercheurs et les participantes de l'étude d'Elmir et al. (2010) remarquent que « l'opinion des femmes est bien souvent ignorée et qu'elles sont soumises à une prise de décision autoritaire », leur donnant l'impression d'être invisibles et de ne pas être traitées humainement. Certaines femmes rapportent que toutes les informations ne leur ont pas été données, les empêchant de participer au processus décisionnel. Un des sous thèmes abordé par plusieurs participantes chez Henriksen et al. (2017) est « ne pas être vue ou entendue », insistant sur cette non-consideration des besoins et choix des femmes, leur retirant une fois de plus toute capacité de faire des choix concernant leur corps et la naissance de leur enfant. Les résultats trouvés chez Sigurdardottir et al. (2016) concernant ce que les participantes auraient pu faire pour prévenir ou diminuer leur traumatisme montrent que 26,9% d'entre elles auraient souhaité demander certaines actions ou interventions et que 16,5% d'entre elles auraient souhaité refuser certaines actions ou interventions. Dans les exemples d'interventions citées nous retrouvons la césarienne, l'analgésie, les examens vaginaux et les instrumentations. Des témoignages chez Elmir et al. (2010) racontent la colère de certaines femmes envers elles-mêmes de ne pas avoir refusé certaines interventions, par exemple la rupture artificielle des membranes. Certaines ont également ajouté qu'elles auraient souhaité plus s'exprimer, rester aux commandes ou encore avoir la possibilité de recourir à d'autres soignants.

### **7.2.4 Interventions obstétricales**

Elmir et al. (2010) ont relevé que certaines femmes pouvaient accepter des interventions comme la péridurale ou l'extraction par ventouse juste pour en finir avec le traumatisme qu'elles ressentaient. Les auteurs ont également mis en avant à travers les phrases et métaphores relevées dans leur revue de littérature le fait de ne pas avoir été traitées dignement lors des interventions du personnel soignant et de ne pas avoir eu le choix et l'autonomie nécessaire pour accepter ou refuser ces interventions. Dans l'étude de Sigurdardottir et al. (2017), les facteurs prédictifs d'un mauvais vécu d'accouchement sont aussi bien à T2 (5-6 mois après l'accouchement) qu'à T3 (18-24 mois après l'accouchement) sont les « operative birth, », c'est à dire les accouchements instrumentés et les césariennes. Les déclenchements et les

césariennes électorives ne sont pas significativement prédictives.

Hollander et al (2017) ont demandé aux femmes ce que les soignants auraient pu faire pour prévenir leur mauvais vécu d'accouchement. La réponse la plus fréquente était : « ne pas intervenir ou intervenir plus tard » (valeur p. 0,01). Dans les textes libres des femmes interrogés, ces interventions comprenaient les césariennes, les analgésies, les touchers vaginaux ou les instrumentations. Dans l'étude de Henriksen et al. (2017), les femmes ont pu décrire l'aide qu'elles avaient reçue comme inadaptée et insuffisante. Elles se sont posées des questions sur les compétences des médecins et des sages-femmes et ont exprimé de la méfiance par rapport à ces derniers. Parfois, elles disent avoir eu des complications soudaines bien prises en charge par les soignants. Dans ces cas là elles disent avoir été soulagées qu'elles et leur bébé soient en vie, mais ne se sont pas assez senties soutenues sur le long terme, ce qui pouvait impacter la décision d'une nouvelle grossesse. D'autres femmes ont décrit des complications sévères, mais elles se sont senties bien prises en charge et ont été satisfaites de la qualité des soins malgré tout.

### **7.2.5 Gestion de la douleur**

L'étude de Dahlberg et al. (2016), montre que le soutien et les encouragements de la sage-femme sont une ressource pour les femmes afin de les aider à augmenter leur force intérieure, leur permettant dans certains cas d'aller au bout de leur accouchement sans recourir à une analgésie. Les auteurs affirment que la motivation de la sage-femme encourage fortement les patientes à continuer le processus de la naissance naturelle, même dans les moments les plus difficiles. Ils relèvent que cela favorise le sentiment de force chez les parturientes et amène à un meilleur vécu d'accouchement.

*“Forte intensité de douleur / Inconfort physique”* sont la 3<sup>ème</sup> cause responsable ou favorisant une expérience d'accouchement traumatique dans l'étude de Hollander et al. (2017). Cela représente 47,4% des réponses totales, et 48,9% chez les primipares. Dans le pendant qualitatif de l'étude de Henriksen et al. (2017), la douleur est associée une expérience négative de l'accouchement. De plus elle est fortement corrélée avec la notion de perte de contrôle pour les patientes. Dans la revue de littérature de Elmir et al. (2010), il est relevé dans l'une des études que les patientes « voulaient en finir avec le supplice de l'accouchement avec des pensées de mort comme un moyen d'échapper de la douleur intense et du traumatisme. » (p. 2147). Malgré les nombreuses variables analysées dans l'étude de Sigurdardottir et al.(2016), dont les césariennes et les accouchements instrumentés, la douleur n'a pas été prise en compte dans cet article.

## **7.3 Ressources de la femme**

### **7.3.1 Soutien social / Soutien du partenaire**

L'étude de Sigurdardottir et al. (2017), n'a pas démontré de relation significative entre la qualité de l'expérience de la naissance et le soutien du partenaire ou un autre soutien social. Henriksen et al. (2017) démontrent que la prévalence d'un mauvais vécu d'accouchement augmente chez les femmes qui rapportent peu de soutien social. L'item « être laissée seule » qui émerge dans cet article, est un facteur prédictif d'un mauvais vécu et peut être analysé comme un manque de soutien du partenaire, ou comme l'absence de la SF. En ce qui concerne l'étude de Hollander et al. (2017), les femmes sont 8,1% à attribuer leur vécu négatif d'accouchement au manque de soutien émotionnel de leur partenaire.

### **7.3.2 Attentes VS réalité / Représentations / Besoins**

Hollander et al. (2017) ont choisi de stratifier leur échantillon selon la parité, et il apparaît que les primipares attribuent pour 35,5 % d'entre elles leur mauvais vécu d'accouchement à un écart entre leurs attentes et la réalité vécue lors de l'événement, contre 30,2% des multipares. Les femmes de l'études de Henriksen et al. (2017) qui ont vu leur projet de naissance être validé pendant la grossesse mais non respecté au moment de l'accouchement se sont senties frustrées et impuissantes face au système. Dans certains témoignages, les femmes rapportent des contradictions entre les attentes qu'elles ont exprimé à propos de leur accouchements et la réalité de la naissance. Certaines d'entre ont vue leurs attentes modelées par le récit de proches. Deux autres variables ont été relevées par Sigurdardottir et al. (2017): les représentations négatives de l'accouchement pendant la grossesse (OR 10.3, - CI 3.6-29.8) et de la perception d'un travail prolongé (OR 11.7, CI 4.6-30.1).

### **7.3.4 Sentiment de contrôle**

L'étude de Henriksen et al. (2017) a relevé que le manque de contrôle était un facteur prédictif d'un mauvais vécu d'accouchement. Les auteurs décrivent la douleur comme étant un déclencheur de cette perte de contrôle.

Dans l'étude de Elmir et al. (2010) les femmes décrivent une perte de contrôle lors de leur accouchement, due principalement à un manque de communication et d'information de la part des soignants à propos de l'évolution de la situation en cours de travail. Ce sentiment de perte de contrôle vécu durant leur propre accouchement les a mené à un sentiment d'impuissance, de vulnérabilité et à une incapacité à prendre des décisions éclairées. Les femmes pensent que cette absence de contrôle et de participation dans la prise de décision découle de soins

fragmentés et de l'absence de continuité dans les soins et a pour résultat une expérience négative. Les femmes attribuent majoritairement leur mauvais vécu à la perte ou au manque de contrôle dans l'étude de Hollander et al. (2017). Les primipares étaient 55,3% et les multipares à 51,2%. Néanmoins, les participantes avaient l'opportunité de cocher à plusieurs réponses, ce qui peut biaiser les résultats.

### **7.3.5 Ressources propres / Empowerment**

Dans l'étude de Dahlberg et al. (2016), les femmes décrivent les sages-femmes qui ont augmenté leur confiance en elles comme étant dans un esprit positif, amicales, soutenantes et calmes. Les femmes interrogées ont souligné que le soutien de la sage-femme pendant l'accouchement les avait aidé à augmenter leur motivation, leur force intérieure et leur auto-efficacité, allant jusqu'à accoucher sans analgésie, ce qui a renforcé un vécu positif de la naissance. Les auteurs mettent en exergue l'importance du rôle de la sage-femme à travers la notion d'empowerment au moment de la naissance, ce qui influencera positivement leur perception de compétence parentale par la suite. À la question posée aux participantes de l'étude de Hollander et al (2017): « Qu'auriez-vous pu faire vous-même pour prévenir ou limiter un mauvais vécu d'accouchement ? »: 37% ont répondu « rien », 26,9% auraient « demandé certaines actions/interventions » aux soignants, 16,5% auraient « Refusé certaines actions/interventions ».

La stratification par parité a montré que les réponses « être mieux préparée », « faire un meilleur projet de naissance » et « refuser certaines actions/interventions » ont été plus souvent choisies par les primipares et que la réponse « rien » a été moins employée par les multipares.

## **8. Synthèse des résultats de l'analyse thématique**

Pour plus de clarté, nous avons décidé de synthétiser les nombreux résultats de l'analyse thématique dans le tableau ci-dessous.

	How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers	Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography	The predictive role of support in the birth experience: A longitudinal cohort study	Factors related to a negative birth experience - A mixed methods study	Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views
<b>Facteurs SF dépendants</b>					
<b>Attitude</b>	+++	+++		+	+
<b>Soutien/Présence</b>	++	+++	++	++	++++
<b>Soins personnalisés</b>	++	++	+++		
<b>Partenariat</b>					
<b>Communication</b>	+++	++			+++
<b>Information</b>	++	++	++	+	++
<b>Processus décisionnel</b>	+	++	+	-	
<b>Interventions obstétricales</b>		-	--	++	--
<b>Gestion de la douleur</b>	++	++		+	++
<b>Ressources de la femme</b>					
<b>Soutien social/Soutien du partenaire</b>			-	--	+
<b>Attentes VS réalités/Représentations/Besoins</b>			-	++	-
<b>Sentiment de contrôle</b>		++			+
<b>Ressources propres / Empowerment</b>	+++				+++

## 9. Discussion

Au vu des principaux résultats de notre revue de littérature et des thématiques émergentes à la lecture de cette dernière, nous nous sommes penchées sur les facteurs qui influencent le vécu de l'accouchement de manière positive. Il semblerait qu'un grand nombre de facteurs influencent le vécu de l'accouchement, mais nous avons choisi de nous concentrer sur ceux apparus comme prioritaires dans notre revue de littérature et sur lesquels la sage-femme peut agir dans le contexte de la salle d'accouchement. Nous avons été amenées à émettre deux hypothèses afin de nous aider à répondre à notre question de recherche:

1. Pour favoriser un bon vécu d'accouchement, la femme doit avoir le soutien adapté pour développer son sentiment de contrôle et donc son empowerment .

2. Pour favoriser un bon vécu d'accouchement, la femme doit avoir des ressources pour pouvoir participer activement au processus décisionnel.

Partant de ces hypothèses, les autres items mis en lumière dans notre revue de littérature nous semblent donc des moyens dont la sage-femme peut disposer afin de promouvoir un vécu de l'accouchement positif.

### 9.1 Développement du sentiment de contrôle et empowerment

L'empowerment, traduit dans "Le nouvel art de la sage-femme" (Lesley Ann Page, 2004) par le terme de "responsabilisation" est un thème récurrent dans la littérature concernant les facteurs influençant le vécu de l'accouchement. C'est un concept de plus en plus mis en avant dans les soins que nous avons défini plus haut. Il permet à terme aux femmes de faire partie du processus décisionnel, de faire des choix éclairés concernant leur santé et leur équilibre familial. Dans nos différentes lectures, il a été parfois difficile de faire la différence entre empowerment, autonomisation, capacitation ou encore auto-efficacité. Les diverses lectures étant en anglais, la subtilité de la terminologie dans le contexte particulier d'une thématique souvent subjective et qui peut être mal interprétée. Hollander et al. (2017) parlent de "self-management", Dahlberg et al. (2016) "d'auto-efficacité" ou "inner strenght". L'empowerment est le résultat de multiples facteurs que nous avons relevés dans notre revue de littérature et peut s'inscrire dans une optique plus large de "promotion de la santé de la femme tout au long de sa vie" comme cité dans le code international de déontologie des sages-femmes de l'ICM (2014), et adopté comme document officiel de la Fédération suisse des sages-femmes depuis 2014 (p.2). Halldorsdottir et al. (2011) ont introduit une théorie sur l'empowerment des femmes enceintes dans laquelle le rôle professionnel de la sage-femme est un élément central. Au cours de nos lectures, nous avons pu constater que les femmes lient intimement leur

empowerment à l'attitude de la sage-femme présente pendant l'accouchement. Dans l'étude de Dahlberg et al. (2016), l'attitude et la présence continue de la sage-femme sont un élément essentiel pour les femmes qui leur permet de se sentir en confiance et en sécurité, augmentant ainsi leur force intérieure et leur préparation mentale. Les cinq études de notre revue de littérature s'accordent sur l'importance du soutien aussi bien mental que physique et de l'attitude de la sage-femme. Hollander et al. (2017) a relevé que les femmes qui ont un vécu négatif de leur accouchement n'ont pas reçu de soutien matériel et émotionnel suffisant. Sigurdardottir et al. (2017), quant à eux, relèvent que si les femmes expriment ne pas avoir reçu assez de soutien pendant leur grossesse leur vécu d'accouchement sera moins bon. Le soutien des sages-femmes est un élément important dans le processus de l'accouchement, d'autant plus si les issues obstétricales sont compliquées. Les femmes sont alors encore plus vulnérables. Comme le soulèvent Sjödin et al. (2017), les femmes qui ont vécu un accouchement instrumenté sont plus à risque d'avoir un mauvais vécu. Elles ont besoin grâce au soutien de la sage-femme, d'être impliquées dans les prises de décision et doivent pouvoir faire valoir leur choix. Un partenariat entre la femme et l'équipe est un élément crucial dans l'empowerment de la femme dans ce contexte difficile. Il émerge clairement de cette étude que la participation des femmes a renforcé leur empowerment.

Un autre point inhérent au soutien qui est évoqué dans plusieurs études est l'idée de continuité. On peut l'entendre de manière différente : par exemple que ce soit la même sage-femme qui fasse le suivi de grossesse et l'accouchement, ou alors que ce soit la même sage-femme tout au long de la prise en soin en salle de naissance, ou encore que la sage-femme présente soit là en continu. Il n'est pas toujours spécifié dans les études de quelle continuité parlent les auteurs ce qui ne favorise pas notre analyse. Cette notion de continuité émerge également dans nos 5 articles. Dahlberg et al. (2016) reprennent le terme de continuité dans l'idée de la présence constante de la sage-femme pendant tout le travail. Les chercheurs ont noté que le soutien des sages-femmes qui quittent fréquemment la salle d'accouchement est de moins bonne qualité lorsqu'elles reviennent dans la pièce. On peut supposer que la relation avec la patiente et l'identification de ses besoins se fait plus aisément si la sage-femme est constamment avec sa patiente. Henriksen et al. (2017) s'appuient sur une étude de cohorte suédoise de Ulfssdottir et al. (2014) pour dire que les femmes avec une expérience négative de leur accouchement auraient souhaité que la sage-femme soit plus présente pendant le travail. Sigurdardottir et al. (2017) relèvent que les femmes qui ont eu trois sages-femmes ou plus en charge de leur suivi de grossesse sont moins satisfaites du soutien émotionnel que les femmes suivies par une seule et même sage-femme. Dans l'étude de Hollander et al. (2017), l'attribution du vécu traumatique est lié au fait que les femmes pensent que les soignants auraient pu mieux

ou plus les soutenir émotionnellement et pratiquement. Dans les textes libres, ce manque de soutien se traduit par: “se sentir laissée seule pendant le travail, pas de continuité dans les soins et des sages-femmes et gynécologues trop occupés pour passer du temps avec les patientes”.

Elmir et al. (2010) concluent leur étude en émettant l’hypothèse qu’une unité gérée par les sages-femmes améliorerait la continuité des soins et faciliterait la participation active des femmes au cours de leur accouchement. L’étude de Floris et al. (2017) concernant l’implémentation d’un suivi global par les sages-femmes du prénatal au post partum dans un hôpital universitaire à Genève en Suisse confirme que le niveau de satisfaction est plus élevé chez les femmes qui ont bénéficié de ce suivi que dans le groupe témoin suivi par différents intervenants. Cependant, les facteurs liés à cette satisfaction ne sont pas clairement identifiés. Aune et al. (2014) ont pris le parti d’étudier le point de vue des sages-femmes concernant leur présence continue auprès des patientes pendant l’accouchement. Il en ressort que « les compétences des sages-femmes à construire une relation avec la femme en travail, combiné à leurs valeurs et compréhension de leur profession, sont d’importants facteurs qui influencent leur décision à proposer une présence continue pendant l’accouchement ».

Pour prendre des décisions, faire des choix, participer au processus décisionnel, pour avoir le sentiment de contrôle (élément inhérent à un bon vécu d’accouchement), il faut avant tout que les femmes aient les informations nécessaires en amont. Les cours de préparation à la naissance sont un moyen d’obtenir des informations données par des professionnels. Dans l’étude de Hollander et al. (2017) il est intéressant de noter que les patientes qui ont participé à des cours de préparation à la naissance type “Hypnobirthing” ou qui se sont documentées sur l’accouchement dans des livres ou sur internet, ont plus souvent relaté un écart entre leurs attentes et la réalité de l’accouchement comme facteur de mauvais vécu. Pour les méthodes de préparation traditionnelle, le facteur “différence entre attentes et réalité” n’est pas mentionné comme étant un facteur de mauvais vécu. Dahlberg et al. (2016) suggèrent que les sages-femmes devraient préparer les femmes à l’accouchement tôt dans la grossesse afin de favoriser leur sentiment de compétence (SOC). Dans l’étude de J. Gibbins et al., (2001) les deux principaux bénéfices retirés étaient premièrement de connaître les différents moyens pour gérer la douleurs, et de faire des choix éclairés à ce propos. Deuxièmement, les femmes ont senti que la préparation à la naissance les a aidé à se préparer psychologiquement à l’accouchement, elles se sont senties bien informées et en mesure de prendre part au processus décisionnel. Cela leur a permis d’avoir un sentiment de contrôle, malgré de possibles écarts entre leurs attentes et la réalité. Selon Iliadou M., (2012), les cours de préparation à la naissance sont un facteur protecteur de complications maternelles pendant l’accouchement et

améliorent la santé physique et mentale pendant le post partum. Selon Goodman et al. (2004), la préparation à la naissance peut aider la femme et son partenaire à avoir des attentes réalistes sur le déroulement du travail et l'accouchement, apprend aux femmes à rester dans le contrôle et enfin permet à la femme et à son partenaire de savoir comment donner et recevoir du soutien pendant l'accouchement. Malgré tout, certaines études ne corroborent pas ces données. L'étude canadienne de Smarandache et al. (2016) identifie les cours de préparation à la naissance comme un facteur prédictif de mauvais vécu (adjusted OR, 1.36, 95 % CI, 1.06–1.76). Ce résultat surprenant pourrait être attribué selon les auteurs à la qualité des cours ou à leur accessibilité. Par ailleurs, dans l'étude de Waldenström et al. (2004), la non participation à des cours de préparation à la naissance diminue le risque de vécu négatif de l'accouchement. Cependant, les auteurs remettent en cause ce résultat en argumentant que la plupart des femmes en Suède qui fréquentent ces cours sont des primipares, et que la primiparité est en elle-même associée à un vécu négatif de l'accouchement.

Dans cette optique de préparation à la naissance, un outil relevé dans la littérature pour augmenter l'empowerment des femmes est le plan ou projet de naissance. Ce dernier permet à la future parturiente de mettre sur papier ses souhaits pour l'accouchement à venir. Parfois avec l'aide d'une sage-femme, parfois avec ses propres connaissances. Cet outil peut permettre aux femmes de se projeter dans leur accouchement. Hodnett (2001) relève que qu'il est "essentiel pour une sage-femme de prendre conscience de l'importance et de l'étendue de son rôle, elle est la médiatrice entre les attentes du couple et la réalité de la situation". Lors d'un entretien préalable réalisé avec une sage-femme, il est important de discuter de la possibilité de l'inattendu, de l'urgence, de préciser que l'accouchement peut ne pas se dérouler comme elle l'avait souhaité. Il faut définir avec la femme quelles sont ses ressources pour gérer une situation inattendue et comprendre ses représentations par rapport à un accouchement instrumenté ou une césarienne en urgence. (Roy Malys 2018). Un facteur prédictif de mauvais vécu est l'écart entre les attentes des femmes et la réalité. (Hollander et al. (2017); Henriksen et al. (2017)). Cela permet de supposer que le projet de naissance permet de pondérer certaines attentes et de corriger certaines représentations que la femme peut se faire de son accouchement. Le projet de naissance pourrait être un bon indicateur des connaissances, informations reçues, et des attentes et besoins des femmes dans le cas où la sage-femme rencontre la patiente pour la première fois en salle d'accouchement. Tous ces éléments participent activement au sentiment de contrôle, élément essentiel à un bon vécu d'accouchement. Dans l'étude de Hollander et al. (2017), ce manque de contrôle est associé à un manque de communication. Les auteurs suggèrent cette attention particulière aux besoins des femmes ne devraient pas seulement être portés dans la période prénatale et

pendant l'accouchement, mais aussi dans le suivi post partum.

Dans la même optique, Elmir et al. (2010) relèvent que les femmes qui ont un vécu d'accouchement traumatique rapportent souvent qu'elles n'ont pas eu l'opportunité de verbaliser leur détresse à posteriori. Pour Sigurdardottir et al. (2017), il est essentiel de reconnaître les femmes qui ont un vécu traumatique comme des individus ayant été traumatisés et de mettre en place un suivi adéquat, adapté aux besoins de cette population vulnérable. À leur connaissance, des recommandations spécifiques concernant les dépistages systématiques n'ont pas été publiés à ce jour.

Dans toutes les études de notre revue de littérature et quelle que soit l'issue obstétricale, toutes les femmes qui disent avoir gardé le contrôle pendant leur accouchement ont un vécu positif. Avoir été soutenues, informées, avoir participé activement au processus décisionnel, avoir été entendues et écoutées aurait favorisé leur empowerment.

La douleur peut être également un facteur de perte de contrôle comme le relèvent Henriksen et al. (2017). Le rôle de promotrice de la physiologie de la sage-femme prend toute son importance dans la gestion de la douleur. Accompagner et encourager une femme qui accouche sans analgésie par choix contribue à renforcer son empowerment et réduit le risque de mauvais vécu comme le font remarquer Dahlberg et al. (2016). Ils font émerger le pendant holistique du rôle de la sage-femme dans le soutien qu'elle apporte à la femme qui accouche. L'encourager et l'aider à gérer la douleur l'aide à puiser dans ses ressources et augmente son auto-efficacité. Selon ces auteurs, un soutien adéquat permettrait aux patientes de moins recourir à une analgésie. Carlsson et al. (2015) démontrent également que les femmes avec un sentiment d'auto-efficacité élevé ont moins recours à la péridurale. D'autre part, cette étude confirme l'hypothèse que les femmes qui reportent un niveau d'auto-efficacité élevé ont significativement niveau supérieur de bien-être, mesuré dans cette étude à travers la vigueur, le sentiment de cohérence, et le soutien social. Cependant, les femmes qui ont initialement prévu d'accoucher sans péridurale et qui ont finalement recouru à cette analgésie sont à risque de mauvais vécu d'accouchement, comme le montre l'étude de Kpéa et al. (2015). Les auteurs avancent l'hypothèse que les sages-femmes encouragent les femmes à recourir à une péridurale parce qu'elle n'ont pas le temps de les soutenir de manière adéquate à cause d'une trop grande charge de travail.

Enfin, l'étude de Nilsson et al. (2013), relève que selon certaines primipares, la perte de contrôle est pire que la douleur elle-même .

Les stratégies de coping mises en place par la femme pour faire face (to cope en anglais) à l'accouchement sont essentielles. «Le coping désigne l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement menaçant pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de

celui-ci sur son bien-être physique et psychologique.” (Lazarus & Launier, 1978). Nous avons développé dans notre analyse les ressources propres de la femme.

Le soutien peut se traduire non seulement par celui de la sage-femme, mais également par le soutien du partenaire comme facteur aidant la femme à trouver ou renforcer ses stratégies de coping. Étonnement, Dahlberg et al. (2016) n’abordent pas cette facette du soutien. L’étude d’Hollander et al. (2017) que 8,1% des femmes qui attribuent leur vécu traumatique au manque de soutien émotionnel de leur partenaire ce qui n’est pas significatif (valeur p 0,21). Les résultats de l’étude de Sigurdardottir et al. (2017) montrent que à T2 (5-6 mois post partum), 65,7 % des femmes sont satisfaites du soutien de leur partenaire pendant et après l’accouchement. Elles sont 68,1% à T3 (18-24 mois post partum). L’étude de Henriksen et al. (2017) ne développe pas l’impact du soutien du partenaire, mais leur résultats montrent que les femmes avec un soutien social pauvre ont une prévalence significativement plus élevés d’un vécu d’accouchement négatif. Nous avons relevé un point intéressant dans de l’étude de Elmir et al. (2010). Les auteurs n’ont pas étudié la relation entre le soutien du partenaire pendant la naissance, mais le manque de soutien du partenaire concernant les besoins de leurs femmes avec un vécu traumatique après la naissance. Leur partenaire ne reconnaît pas ou ne ressent pas ce vécu comme étant traumatique. C’est à ce moment-là qu’elles auraient eu besoin d’empathie et de se sentir soutenue par leur partenaire, lors des échanges au sujet de cette expérience. Encore une fois, la nécessité d’identifier les besoins des femmes dans un moment de vulnérabilité émerge à travers notre étude.

## **9.2 Participation active de la femme au processus décisionnel**

Lors de notre revue de littérature, nous avons remarqué l’impact positif de la participation des parturientes au processus de prise de décision sur le vécu de l’accouchement. Les résultats de l’étude de Dahlberg et al. (2015) disent que l’implication des parturientes dans le processus décisionnel est primordiale, nourrissant leur sentiment d’empowerment et de contrôle. Elmir et al (2010) et Henriksen et al. (2017) vont dans le même sens en montrant que les femmes n’ayant pas pu participer aux prises de décisions ont plus souvent un mauvais vécu. Hollander et al. (2017) ,eux, rapportent que les femmes auraient souhaité pouvoir demander ou refuser certaines interventions et prendre part aux décisions durant le travail et l’accouchement afin d’avoir une meilleur vécu. Seule l’étude de Sigurdardottir et al. (2016) ne relève pas le processus décisionnel comme étant un facteur favorisant un bon vécu. Cependant cette étude ayant un focus ciblé sur le rôle prédictif du soutien sur le vécu de l’accouchement, il n’est pas étonnant de ne pas retrouver cette donnée. Bien que l’étude de Dahlberg et al. (2015) soit qualitative, et par conséquent effectuée sur un échantillon de 12 femmes et que celle d’Elmir

et al (2010) soit une méta-ethnographie, nos autres études abordant ce sujet sont des études mixtes ou quantitatives basées sur de plus grands échantillons. Nous pouvons donc prudemment penser que la participation active des femmes aux décisions concernant leur travail et leur accouchement est un facteur important à prendre en compte dans l'accompagnement sage-femme afin de favoriser un bon vécu. Par ailleurs ceci ne nous surprend guère car c'est une réflexion qui s'inscrit dans une nouvelle philosophie de soin qui nous est enseignée, où l'autonomie du patient est reconnue, et que l'idée est de créer un partenariat de soin avec lui.

Une autre réflexion qui émerge de cette revue de la littérature est le souhait des femmes de recevoir des soins personnalisés. Dans les études de Dahlberg et al. (2015), Elmir et al. (2010), et Sigurdardottir et al. (2016), la prise en soin offerte par la sage-femme doit tenir compte des besoins propres de chaque femme, respecter ses souhaits et son besoin d'intimité. Chez ces deux derniers, la proposition de changer l'organisation des soins afin de pouvoir mieux adapter la prise en soin à chaque femme est avancée. Seulement trois études sur les cinq relèvent cet angle de réflexion et ne nous permet donc pas de généraliser. Par ailleurs cela nous semble un point essentiel de la philosophie sage-femme et il est retrouvé dans plusieurs guidelines. Les dernières recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2018) appellent les institutions et les professionnels de santé à proposer des soins aux femmes en respectant leurs besoins et préférences, d'entreprendre des actions avec leur consentement, et de leur permettre de faire des choix éclairés. La deuxième de ces recommandations est de promouvoir une communication effective entre les soignants et les parturientes, ce qui implique une information complète, compréhensible, et qui réponde aux besoins des patientes et de leurs accompagnants.

La communication et l'information ont été relevées dans toutes les études sélectionnées comme étant les gages d'un bon vécu, et l'unique manière pour les femmes d'accéder aux prises de décisions. En effet, Elmir et al. (2010) ainsi que Hollander et al. (2017) ont trouvé comme facteur favorisant un mauvais vécu un manque de communication et d'explications, empêchant les femmes de participer au processus décisionnel, et leur donnant l'impression de ne pas être considérées. La communication est jugée primordiale par les femmes interrogées chez Dahlberg et al. (2015), elle a un impact sur la relation de confiance avec les soignants. Les parturientes relèvent aussi que la manière de donner l'information à de l'importance, notion retrouvée chez Elmir et al. (2010). Dans ces deux études l'information et la communication souhaitée par les femmes doit être continue et régulière. Sigurdardottir et al. (2016) propose suite aux résultats trouvés de renforcer le soutien informatif et de l'adapter aux besoins des femmes. Henriksen et al. (2017) ne développent pas beaucoup la problématique de la

communication et de l'information, mais par le sous-thème: "ne pas être vue ou entendue", on peut présumer que la communication entre les parties ne fut pas optimale. Le fait que les thèmes du manque d'information et de communication soient récurrents dans les études, qu'ils fassent partie du rôle de sage-femme, et aient un impact sur la participation au processus décisionnel, nous pousse à considérer que les résultats de la revue abondent dans le sens de nos hypothèses.

Pour l'OMS, le rôle des professionnels est aussi de s'assurer que la femme ait compris les différents choix qui s'offrent à elle, et de l'informer régulièrement selon l'évolution du travail, mobilisant aussi les compétences cliniques et d'anticipation du soignant. Dans les recommandations, il est notifié que les soignants se doivent de soutenir les femmes, quelques soient les choix qu'elles font. (OMS, 2018). Ces choix s'illustrent souvent par la possibilité de demander ou de refuser des interventions médicales. Chez Elmir et al. (2010), les femmes disent avoir accepté des interventions parfois juste pour échapper à l'évènement traumatique qu'elle vivaient, par exemple une instrumentation. Sigurdardottir. et al (2016) ont aussi trouvé que les recours à des instrumentations était un facteur négatif pour le vécu de l'accouchement. Les femmes qui ont participé à l'étude de Hollander et al. (2017) auraient souhaité que les interventions qu'elles ont subies n'aient pas lieu où qu'elles aient lieu plus tard. Ces différents résultats ne nous permettent pas de généraliser. Néanmoins, ils semblent soulever des questionnements par rapport aux informations des femmes concernant les différentes interventions possibles, leurs risques, et la possibilité pour elles de donner ou non leur consentement. En partant de ce constat et en le mettant en lien avec de récents évènements détaillés plus bas, il nous semblait important de mettre en lien les interventions obstétricales pratiquées et le vécu de l'accouchement des femmes puisqu'encore une fois, cette problématique est reliée à l'exercice du processus décisionnel des femmes. Durant des siècles, le modèle de prise de décision en obstétrique et plus généralement dans le domaine médical, était un modèle paternaliste où le médecin et les soignants faisaient figure d'autorité. Ce modèle s'inscrivait dans une société où la place des femmes ne leur laissait pas le droit d'exprimer leurs besoins et de revendiquer leur droit les plus basiques. Depuis peu, des changements sociétaux avec l'accès à l'information, l'empowerment, les évolution autour du genre, le modèle de décision partagée est devenu le gold standard dans la prise de décision en obstétrique dans les pays avec une haute qualité de soins. Il répond notamment au principe éthique d'autonomie de la femme.

Selon Dugas M. et Chaillet N. (2011) dans une étude qualitative, la décision médicale partagée est lorsque "les cliniciens et les femmes, accompagnées ou non de leur proches, discutent des risques et avantages des différentes options, révèlent leur préférence de traitement et en

arrivent à une décision conjointe”. Les bénéfices de ce modèle sont qu’il augmente la satisfaction des femmes, leur sentiment de contrôle, et permet d’avoir des soins adaptés à leurs besoins. Ces trois éléments sont tous ressortis de notre revue de littérature comme favorisant un bon vécu de l’accouchement, nous laissant penser que l’application de ce modèle serait un bénéfice dans la problématique du vécu de l’accouchement.

Nous pouvons nous demander pourquoi les femmes témoignent encore d’un mauvais vécu d’accouchement malgré les recommandations à utiliser ce dernier. Comme cité dans le cadre de référence théorique, le rapport du Ciane (2012) concernant le respect des souhaits des femmes souligne ce constat d’un lien entre le non respect des choix et l’impact négatif sur son bien-être physique et psychologique suite à la naissance. Mais pourquoi certaines femmes rapportent encore ne pas se sentir incluse dans le processus décisionnel?

Dans la revue de littérature, certains auteurs faisaient l’hypothèse que les sages-femmes auraient une difficulté à combiner le cadre institutionnel et les protocoles stricts avec les besoins propres de leurs patientes, au risque de s’exposer à des pressions hiérarchiques. Cela permet de poser une question: certaines sages-femmes se retrouvent-elles dans des dilemmes médicaux-légaux malgré leurs souhaits de donner des soins personnalisés aux patientes ?

Healy et al. (2015), pensent que l’on doit attribuer cela à une culture du risque, et une peur grandissante chez les soignants d’issues négatives et de litiges. Selon eux, l’augmentation du recours à “des protocoles et guidelines stricts augmentent la perception de la naissance comme un événement à haut risque”. Ils pensent que ce désir de sécurité pousse les soignants à ne pas inclure les femmes dans le processus décisionnel, à retirer aux femmes leur autonomie et ce même dans des situations totalement physiologiques. Cependant nous pourrions également argumenter que les protocoles et les guidelines permettent aussi de pratiquer des soins evidence based medicine, c’est à dire garantir une qualité de soins, une sécurité pour les patients, quel que soit le soignant qui les prodiguent.

Des chercheurs néerlandais, Hollander et al. (2017) ont fait le chemin inverse, en se demandant ce qui pouvait pousser les femmes à choisir des conditions à haut risque (accouchement à domicile avec grossesse non physiologique ou accouchement sans assistance médicale) pour accoucher contre avis médical. Dans les raisons invoquées par ces femmes: elles ont besoin d’autonomie et de faire confiance au processus de la naissance, et elles sont rentrées en conflit avec l’équipe lors du plan de naissance. Dans leur conclusion les auteurs invitent les soignants à travailler en collaboration avec ses femmes et à ne pas les forcer à se plier à une prise en soin protocolée qui ne leur correspond pas. Là encore on retrouve ce désir des parturientes d’une personnalisation des soins. Comme le montre la

prévalence croissante de ces naissances à risque, cette attitude mène à une rupture de confiance dans la relation de soin, et à une mise en danger de la femme et de son enfant. Dans cette étude un des principes régissant les décisions des femmes et des soignants est la peur; pour les femmes d'interventions et de leurs conséquences, et pour les soignants d'issue négative. Encore ici on retrouve cette insécurité aussi bien chez les parturientes et les soignants ne leur permettant pas de créer un partenariat. Hollander et al. (2017) recommandent en conclusion aux soignants de "revoir leur discours à propos des risques, de respecter la confiance de la femme quant au processus de la naissance et son autonomie à faire des choix, d'avoir une approche sur le principe de la négociation pour le plan de naissance en utilisant le modèle de décision partagée".

Comme nous l'avons exposé plus haut, certaines femmes ayant participé aux études dénoncent des interventions qu'elles jugent inutiles, ou perpétrées sans leur consentement. Dans les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé française (2017), il est dit que les interventions non urgentes nécessitent le consentement écrit ou oral de la patiente, et que les professionnels de santé se doivent de respecter les choix des patientes. Healy et al. (2015), on remarqué que les interventions injustifiées étaient souvent pratiquées par peur du risque, et que les soignants à l'aise avec le partage des responsabilités avaient moins souvent recours à des interventions inutiles.

Pendant le travail, les femmes qui ont pu accéder aux informations adéquates sont plus à même de prendre des décisions, faire des choix ou consentir à des soins en toute connaissance de cause. Selon l'American College of Obstetricians and Gynecologist (1993), le consentement éclairé "vise à informer les usagers des soins de santé de tous les risques ou bénéfices liés à un traitement particulier afin de les protéger contre des traitements médicaux non désirés et de faciliter leur participation active au processus décisionnel". Dans l'ouvrage de Lesley Ann Page *Le nouvel Art de la Sage-femme* (2004), l'autonomie du patient est "un principe éthique qui reconnaît le droit des patients à l'autodétermination et implique une liberté d'action et une liberté de choix." (Page, 2004).

Cela nous interroge sur le rôle primordial d'advocacy de la sage-femme, c'est à dire que la sage-femme se fasse l'avocate des patientes et œuvre pour offrir à sa patiente une prise en soin personnalisée, respectant ses désirs et ses besoins. La Fédération des Sages Femmes Suisses dans sa charte définit "la femme comme une personne autonome qui se détermine en connaissance de causes (...). La sage-femme dispense toutes les informations nécessaires à la prise de décision autonome de la femme. Elle s'engage également pour que tous les acteurs de la maternité fassent de même." (FSFS, 2016). Selon L. Page (2004), "La sage-femme et la patiente sont des partenaires, elles partagent l'information, tiennent compte de leurs opinions

respectives et ont confiance en la capacité de l'autre à prendre des décisions intelligentes. Cette relation crée et entretient la responsabilisation". (Page, 2004).

Depuis l'été 2017, le concept de violences obstétricales de lui, notamment en France et en Belgique. En effet, de nombreuses femmes ont témoigné à travers des blogs (Marie accouche là (M. Lahaye. (2016).), des livres (Le livre noir de la gynécologie (M. Déchalotte (2017)) ; Accouchement: les femmes méritent mieux. (M. Lahaye 2016)) ou encore sur twitter sous le hastag "payetonutérus" (Twitter) des mauvais traitements dont elles avaient été victimes. Dans le rapport du Haut Commissariat à l'Égalité français sur les violences gynécologiques et obstétricales demandé, "les actes (interventions, prescription, etc) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente" ainsi que "les actes ou refus d'actes non justifiés médicalement" sont clairement identifiés comme des violences subies par les femmes.

Face à ce constat inquiétant et pour que les vécus d'accouchements des femmes soient meilleurs, il semblerait donc indispensable que les femmes fassent partie intégrante des décisions médicales les concernant et par-dessus tout que la notion de consentement soit évaluée comme indispensable par les soignants. Comme expliqué plus haut, cela nécessite de l'empowerment de la part des femmes, et notre devoir est de les y encourager. Pour Dugas et Chaillet (2011), un transfert de connaissances est nécessaire. Les femmes n'étant pas satisfaites de l'information reçue iront consulter d'autres sources, sur internet par exemple, où il leur sera difficile de faire la différence entre des informations evidence-based ou non. Et si le but est de respecter le principe d'autonomie du patient, cela ne signifie pas que le patient doit chercher seul ses réponses. Le rôle du soignant est donc de s'investir dans le processus décisionnel en ayant un rôle de guide, d'informateur, afin de permettre un choix éclairé en évitant les conflits décisionnels, l'anxiété et le stress chez le patient.

Cependant en obstétrique il est particulièrement difficile de savoir jusqu'où donner l'information. En effet, même si la grossesse et l'accouchement sont des phénomènes physiologiques, toute sage-femme ou obstétricien savent que très rapidement un grand ciel bleu peut se changer en une terrible tempête. Alors faut-il préparer les femmes à toutes les possibilités? À trop vouloir informer, ne risque-t-on pas de devenir anxiogènes ?

C'est certainement dans l'entre deux et en adaptant les informations aux besoins de la parturiente que se trouve cette fine limite, jeu d'équilibriste pour les soignants.

Finalement cette réflexion nous ramène au trois styles d'accompagnement utilisés par les sages-femmes: suivre, guider, diriger, le dernier ayant sa place uniquement dans des circonstances où la femme n'a plus la capacité de discernement nécessaire à la réalisation d'un choix éclairé. Mais cela ne nécessite-t-il pas de repenser la philosophie des soins en

gynécologie et obstétrique ?

Il serait intéressant de mener davantage d'études sur le processus de décision en obstétrique car c'est un sujet peu étudié et qui peut être directement mis en lien avec les violences obstétricales rapportées en masse par les femmes. En outre, il serait intéressant d'étudier les difficultés des soignants à appliquer ce modèle de décision partagée, et cette hypothétique culture du risque afin d'éviter cette surmédicalisation décriée par beaucoup de femmes et de professionnels.

Dans cette discussion, notre première hypothèse pour favoriser un bon vécu de l'accouchement s'articule autour des ressources de la femme, un des maîtres mots étant "empowerment". Ceci dit, même si l'on parle de responsabilisation, le rôle des soignants n'est pas moindre.

Les études montrent que le soutien continu et l'attitude des sages-femmes ont un impact important sur la capacité d'empowerment des patientes. De plus, une communication et une information optimales permettent aux femmes de rester actrice de leur accouchement, et nourrissent leur sentiment de contrôle, élément clé pour un bon vécu.

La deuxième hypothèse se concentre sur les ressources à disposition des femmes pour participer activement au processus décisionnel. Dans notre revue de littérature, les femmes ayant participé au processus décisionnel ont une satisfaction supérieure à celles qui n'ont pas pu le faire durant leur accouchement.

Pour ce faire, les éléments importants semblent à nouveau être la communication et l'information adaptées et en continu, renforçant le sentiment de confiance et de partenariat entre la sage-femme et la femme. Par ailleurs la notion de soins personnalisés aux besoins de chaque femme ressort aussi, allant de pair avec le droit de refuser ou de demander des interventions. Il était difficile de ne pas évoquer la notion de consentement en gynécologie et obstétrique car cela aurait été fermer les yeux sur toute une part de l'actualité, et c'est une notion clairement évoquée par les femmes dans notre revue de littérature comme facteur d'un mauvais vécu.

## **10. Retour dans la pratique**

Au cours de cette revue de littérature, nous avons pu mettre en exergue différents facteurs qui permettraient de favoriser un bon vécu de l'accouchement s'ils sont intégrés dans l'accompagnement sage-femme en salle de naissance. Certes la force de cette revue de littérature est limitée du fait du nombre d'articles qu'elle contient, et des différentes faiblesses relevées plus haut dans ce travail. Malgré tout, il nous semble que les questions soulevées peuvent amener une réflexion sur notre pratique et permettent d'émettre des propositions. Ainsi

nous avons formulé deux objectifs pour favoriser un vécu positif de l'accouchement :

1. Pour favoriser un bon vécu d'accouchement, la femme doit avoir des ressources pour développer son sentiment de contrôle et donc son empowerment.
2. Pour favoriser un bon vécu d'accouchement, la femme doit avoir des ressources pour pouvoir participer activement au processus décisionnel.

### **10.1 Développer le sentiment de contrôle et l'empowerment**

Les auteurs de cette revue ont montré que l'attitude de la sage-femme était un facteur pouvant influencer le vécu de l'accouchement de manière positive ou négative. Les femmes ont dressé un portrait de la sage-femme idéale en dehors de ses compétences techniques: bienveillante, présente, rassurante. En comparaison certaines ont témoigné d'une attitude irrespectueuse, peu amicale, ou peu aidante. Cet item est peut-être le plus difficile à traiter par le caractère subjectif inhérent à "l'attitude de la sage-femme". Il est difficile de juger une attitude comme adéquate ou non. Bien entendu les limites peuvent être posées dans des cadres tels que le code de déontologie des sages-femmes, la charte de la fédération suisse des sages-femmes, ou encore les recommandations de l'ICM.

Chaque femme et chaque sage-femme a sa propre personnalité, sa sensibilité, ses propres besoins, ses propres valeurs, et néanmoins elles doivent trouver un moyen de créer un partenariat de soin ensemble.

Il nous semble qu'avant tout il est important de poser le cadre définissant le rôle de la sage-femme, le fonctionnement du partenariat, et le fonctionnement de l'institution. C'est grâce notamment à des outils de communication comme le Calgary Cambridge, outil permettant de structurer un entretien, que ce genre d'action peut être aisément menée. L'utilisation de cette technique est enseignée à l'HEdS de Genève depuis quelques années, formant ainsi les futures sages-femmes. Cependant, un grand nombre de sages-femmes et de médecins sont diplômés depuis plus longtemps. Il pourrait donc être intéressant de mettre en place des formations continues de manière systématique pour ces professionnels. À l'intérieur de ces formations, l'enseignement de techniques de communication (écoute active, la reformulation et le reflet) pourraient également être bénéfiques car elles permettent de mettre rapidement en évidence les besoins de la parturiente et que celle-ci se sente entendue. Cela permettrait d'améliorer la confiance dans la relation de soin, point important relevé dans la revue de littérature comme favorisant une expérience positive de l'accouchement.

Point intimement lié à l'attitude de la sage-femme, la qualité de son soutien et de sa présence est un point capital de l'accompagnement pour les parturientes. Le soutien recouvre deux notions distinctes: matériel et émotionnel. Pour ce dernier, les propositions sont similaires à

celles faites pour l'item attitude en grande partie. Pour le reste, il serait opportun de pouvoir proposer lors du cursus des étudiantes un approfondissement des enseignements concernant les techniques de sophrologie, mindfulness (pleine conscience), hypnose, etc. En effet des formations sont accessibles aux sages-femmes diplômées, mais sont onéreuses et demandent un investissement personnel en dehors du temps de travail, toutes les sages-femmes ne se formant pas, cela réduit les possibilités d'accompagnement. Ce "voeux pieux" n'est pas totalement réaliste car le cursus des sages-femmes suisses étant déjà très dense, il paraît difficile de rajouter d'autres enseignements dans un programme chargé. Un des freins à mettre en place un accès plus aisé aux sages-femmes diplômées est évidemment économique. Pour ce qui est du soutien matériel, la présence continue de la sage-femme pose la question de l'organisation des soins et de la charge de travail de celle-ci. Bien entendu, la recommandation concernant le ratio soignant/patient est le "one to one", ou une patiente pour une sage-femme. Cependant il n'est pas toujours facile de respecter cette recommandation même dans le système de santé Suisse, notamment dans les petites maternités périphériques où la sage-femme en salle d'accouchement est seule et doit parfois gérer aussi les consultations. Et même si le one-to-one ne signifie pas forcément une présence constante auprès de la patiente, il devient parfois difficile d'être suffisamment disponible en s'adaptant aux besoins d'une patiente si l'on doit gérer d'autres situations d'une manière simultanée. Un autre point dans la charge de travail des sages-femmes qui peut être considéré comme chronophage est le côté administratif. Les grandes responsabilités qui incombent à la profession de sage-femme exigent une documentation précise et complète concernant l'évolution du travail et les interventions réalisées.

À l'ère de l'informatisation des systèmes, les ordinateurs se sont introduits au sein même des chambres, pouvant être vu comme une avancée pour la présence continue de la sage-femme auprès de la patiente, même lorsqu'elle s'attèle à ces tâches administratives. Il pourrait être intéressant d'équiper toutes les maternités de ce système. Inversement, la technologie n'est peut-être pas toujours synonyme d'amélioration pour la prise en soin des femmes. Par exemple les monitoring centralisés permettent aux sages-femmes de visualiser le bien-être fœtal et le nombre de contractions de leurs patientes même à l'extérieur de la chambre. Cela est pratique et confortable, et permet notamment lors de la prise en soin de plusieurs patientes de manière simultanée. Cependant cette nouvelle technique éloigne bien souvent la sage-femme de la chambre des patientes.

On peut aussi imaginer que le recours en masse à la péridurale soit aussi un facteur impactant le soutien des sages-femmes. De toute évidence, l'accompagnement proposé à une femme sans péridurale qui essaie de gérer sa douleur au prix de grands efforts n'est pas le même que

celui d'une patiente soulagée par sa péridurale, parfois somnolente ou consultant son téléphone. On pourrait tirer la conclusion qu'environ 70% des femmes aurait besoin de moins de soutien puisque que la gestion de la douleur n'est plus le rôle de la sage-femme mais de l'anesthésiste et de la péridurale qu'il pose. Pourtant, ceci semble un leurre, et bien que la gestion de la douleur soit un des besoins des femmes en terme d'accompagnement comme le montre nombre d'études, il est loin d'être le seul.

Comme l'a montrée notre revue de littérature, les femmes souhaitent aussi une sage-femme mentalement présente, capable de rassurer, d'informer, d'être un repère dans ce moment de grand bouleversement.

Une des solutions proposée par les auteurs des articles sélectionnés serait aussi de mettre en place de nouveaux modèles de soins, de transformer l'organisation afin de permettre plus de continuité dans les soins. Bien que cette discontinuité favorisant une mauvaise expérience soit relevée, les auteurs ne donnent pas de précision sur les modèles à mettre en place. Par ailleurs, d'autres études comme décrit plus haut, ont montré qu'un modèle de soins continus comme l'accompagnement global ou les unités de soins gérées par les sages-femmes augmenteraient la satisfaction des parturientes. Malgré ces preuves sur les bienfaits de ces modèles, la Suisse est en retard sur ce point en comparaison des pays nordiques par exemple, où les suivis de grossesse physiologiques et les accouchements eutociques sont effectués par les sages-femmes. On peut imaginer que ceci est dû aux difficultés d'ordre organisationnel dans la mise en place de ces unités de soins, mais aussi d'un éventuel manque de volonté politique. Il pourrait être intéressant de mettre en place des unités pilotes, ou d'agrandir le personnel et les moyens des unités déjà existantes. Bien entendu, ceci remettrait en cause le système de soin et le rôle sage-femme. Cependant, un suivi global a vu le jour récemment à la maternité des HUG et rencontre un franc succès.

Il nous semblerait aussi intéressant que l'accès et la qualité de l'information en amont de l'accouchement soit optimaux afin que les femmes puissent travailler sur leurs représentations, leurs attentes et qu'elles soient informées de la possibilité de faire un plan de naissance, et de les encourager à en rédiger un. À notre sens c'est un bon moyen d'augmenter l'empowerment des femmes, de leur permettre d'être actrices de leur accouchement et de les inciter à trouver des stratégies de coping leur permettant de faire face à cet évènement. Si cela n'est pas encore le cas, nous pouvons supposer que l'accès aux cours de préparation à naissance et la parentalité pourrait être amélioré, et que les informations données soient plus complètes. Le nombre de cours et l'hétérogénéité de ceux-ci ne nous permettent cependant pas de généraliser.

La discussion concernant le plan de naissance est souvent quelque chose de fait rapidement,

lors d'une consultation. Consacrer à ce point un entretien en bonne et d'ue forme pourrait être un progrès, ou encore mettre en place une brochure détaillant les prises en soin existant dans l'institution, les différentes choix revenant à la femme. Certains organismes comme l'Arcade sage-femme à Genève ont compris ce besoin et organisent des réunions d'informations où ils aident les femmes à comprendre les prise en soin des institutions où elles s'apprêtent à accoucher, mettent en lumière les besoins et les choix qu'elles sont en droit d'exercer pour la naissance de leur enfant. Ces points permettront aux femmes d'augmenter leur sentiment de contrôle, améliorant potentiellement le vécu de l'accouchement.

## **10.2 faire participer activement les femmes au processus décisionnel**

Cette réflexion nous amène naturellement vers la problématique du processus décisionnel, et plus précisément du concept des soins personnalisés à chaque femme, puisque le plan de naissance en est un exemple. Ce désir est clairement énoncé par les femmes ayant participé aux différentes études de la revue. Pour répondre à ce souhait, il faut déjà permettre aux sages-femmes d'avoir le temps d'écouter la femme et d'avoir les outils de communication nécessaires à la reconnaissance de ces besoins, comme évoqué dans la partie précédente. De plus, comme supposé dans la discussion, une présumée culture du risque règnerait dans les institutions et dans l'esprits des professionnels ne permettant peut-être pas aux équipes d'être assez flexibles pour bien accueillir les demandes personnelles des patientes ? Enfin cette question nécessite aussi des moyens matériels (nombre de salle naissances suffisantes, de baignoires, accès à différents types d'accompagnement, etc) et organisationnels (assez de personnels qualifiés pour prendre en soin les femmes selon leurs besoins).

Malgré tout, il semble probable que la plupart des femmes soient prêtes à respecter le cadre imposé par l'institution qu'elles choisissent pour accoucher, et que la considération de leurs besoins et souhaits suffisent à augmenter leur satisfaction.

Bien sûr la communication et l'information sont des éléments primordiaux à améliorer dans l'accompagnement prodigué par les sages-femmes selon les résultats de notre revue de la littérature. Il est souvent expliqué lorsque l'on parle du vécu de l'accouchement que c'est un concept empreint de subjectivité. Pour l'illustrer on donne comme exemple que certains examens de "routine" effectués par les soignants puissent être vécus comme traumatisants pas les femmes. Cela signifie probablement que l'information sur le déroulement de la prise en soin, sur le but de l'examen n'a pas été suffisante. Le rôle de communicateur ne se limitant pas seulement à parler mais aussi à écouter activement, à percevoir des informations dans le non-verbal de la patiente et à y répondre de manière adaptée n'est pas rempli non plus dans ce cas. Certes il ne serait pas possible de demander le consentement à la femme pour chaque

geste effectué. Mais grâce à une bonne communication et à la création d'un partenariat, d'une alliance thérapeutique, la satisfaction maternelle ne pourra être qu'augmentée, d'autant plus dans le domaine obstétrical, touchant à l'intimité la plus profonde des femmes. Les recommandations de l'OMS sont claires sur le sujet et sont garantes des droits des patientes, même s'il est vrai que chaque institution voir chaque praticien à une marge de manœuvre parfois grande lui permettant d'agir selon ses habitudes ou ses convictions. Un bon remède à ses pratiques serait encore une fois l'information des femmes en amont et la transparence, afin qu'elles puissent connaître les recommandations en matière de soins obstétricaux. Ces éléments peuvent aussi amener la réflexion qu'au-delà du niveau humain de la question, les institutions ont tout intérêt à améliorer l'accompagnement qu'elles proposent à leurs usagers, sous peine de voir se multiplier de coûteuses actions en justice, et ce d'autant plus après les récentes indignations autour des violences obstétricales.

Pour finir, cette revue de littérature se base sur le concept de vécu de l'accouchement. Cependant il n'y a encore pas de consensus sur une échelle de mesure, et des recherches supplémentaires nous permettraient certainement de mieux détecter les femmes victimes de ce phénomène, et d'avoir une idée plus précise de la prévalence exacte de ce dernier. Lors d'un entretien avec Mme Chilin A., sage-femme aux HUG, qui tient une consultation pour les femmes ayant un mauvais vécu de leur accouchement, nous avons pu découvrir les possibilités de prise en soin des femmes à Genève. Pour ce qui est du dépistage des femmes ayant un vécu traumatique, il est assez aléatoire: soit les professionnels pensent que les femmes sont à risque de mauvais vécu et redirigent les patientes vers Mme Chilin et la Doctoresse Épiney, soit les femmes se confient à un professionnel qui les oriente vers la consultation. Cela signifie que beaucoup de femmes risquent de passer dans les mailles du filet et de ne pas recevoir le soutien adapté. Il serait donc intéressant de savoir s'il est nécessaire de faire un screening de toutes les femmes ayant accouché, ou s'il est suffisant de dépister celles susceptibles d'avoir un mauvais vécu selon des critères précis et de savoir si la formation des soignants à la détection de ce traumatisme est suffisante. Lors de cette consultation, les femmes peuvent s'exprimer. La sage-femme reprend le cours des événements qui ont eu lieu lors du travail, elles peuvent poser des questions. Parfois elles peuvent même refaire physiquement le parcours qu'elles ont fait en salle d'accouchement. Si besoin elles sont redirigées dans des centres de périnatalité ou vers des psychologues et psychiatres. Il est extrêmement louable que les HUG aient mis en place cette ressource. Cependant, cette consultation dispose de peu de moyens humains car une seule sage-femme et un médecin en sont en charge, il est donc difficile à cette consultation de répondre à la demande de toutes les femmes. De plus, cette équipe travaille en collaboration avec d'autres

professionnels en dehors de la maternité, mais une consultation interprofessionnelle au sein même des HUG pourrait être riche et permettrait aux femmes une prise en soin globale sans avoir à consulter dans différentes structures.

Dans les moyens qui permettraient de se rapprocher des premiers objectifs évoqués plus haut, nous pouvons évoquer la formation des sages-femmes, l'organisation des services, et l'information. En effet, les recommandations à l'usage du one-to-one semblent coïncider avec les résultats de notre revue de littérature, mais les femmes souhaitent aussi plus de continuité dans les soins. Ces points demandent que l'organisation et la charge de travail de certains établissements soient revus pour atteindre ces critères.

Pour ce qui est de l'information, elle est apparue tout au long de ce travail comme un pilier nécessaire à un bon vécu: que ce soit en amont ou tout au long de l'accouchement. Pour ce qui est de la participation des femmes au processus décisionnel, il semblerait nécessaire d'opter systématiquement pour un système de décision partagée, et d'offrir aux femmes toutes les ressources nécessaires afin qu'elles puissent demander ou refuser certaines interventions, et que la prise en soins corresponde à leurs besoins. Dans ce domaine, la question du consentement est délicate, établir une communication claire et transparente apparaît comme une nécessité absolue pour que le partenariat sage-femme et parturiente fonctionne durant cet événement de vie majeur.

## 11. Forces et limites de l'étude.

Forces	Limites
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revue de littérature aux designs variables : Étude mixte, méta ethnographique, étude de cohorte longitudinale prospective, quantitative rétrospective et qualitative.</li> <li>- Malgré les progrès faits dans l'accompagnement des femmes en obstétrique, nous constatons qu'à ce jour, trop de femmes expriment encore un mauvais vécu, ce qui montre la pertinence du sujet traité.</li> <li>- Cette revue permet une réflexion sur les philosophies de soins possibles et applicables sur le terrain.</li> <li>- Application des conclusions des études possibles et dans toutes les institutions et mesurables en terme d'efficacité.</li> <li>- Sujet actuel, pertinent dans le contexte de l'émergence de trop nombreux témoignages de violences obstétricales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Notre stratégie de recherche n'était pas assez méthodique.</li> <li>- Littérature concernant le vécu de l'accouchement très riche mais concept subjectif donc sujet à interprétations.</li> <li>- Nuances de la langue anglaise très fines concernant les terminologies relatives à notre sujet, et étudiantes non anglophones.</li> <li>- Études provenant de pays nordiques (Islande, Norvège et Pays-Bas), où la prise en charge des femmes avec une grossesse et un accouchement physiologique se fait uniquement par les sages-femmes.</li> <li>- Transposition des résultats en Suisse possible mais limitée.</li> <li>- Nos compétences en terme d'analyses statistiques sont limitées, risque d'interprétation biaisée.</li> </ul>

## 12. Conclusion

De nos jours, les soins inhérents à la maternité sont accessibles à tous, privilégiant une médecine moderne permettant de maintenir le taux de mortalité et morbidité maternelle et infantile au plus bas. Les femmes accouchent pour la majorité d'entre elles dans des institutions où la prise en soins leur garantit la sécurité pour mettre au monde leur(s) enfant(s) dans des conditions médicales optimales.

Dans ce contexte, l'émergence de nombreux témoignages dans les médias, sur les réseaux sociaux ou dans des ouvrages traitant des violences obstétricales et de vécu traumatique de l'accouchement peut paraître surprenante. Que manque-il aux femmes pour avoir un bon vécu d'accouchement alors que la médecine de pointe est à leur disposition ?

Les chercheurs, les organisations internationales et les congrégations de sages-femmes ont bien compris que certains éléments fondamentaux dans l'accompagnement du processus de la naissance font défaut. Ces lacunes ne permettent pas à toutes les femmes de vivre un accouchement dans des conditions qui garantissent non seulement leur sécurité physique, mais également leur bien-être psychique.

De nouvelles recommandations ont ainsi vu le jour très récemment, identifiant les mesures à mettre en place pour favoriser un bon vécu d'accouchement.

La littérature scientifique cherche également à mettre en lumière les facteurs qui influencent le vécu de l'accouchement et leurs conséquences sur les issues de santé. Les répercussions à moyen et long terme des vécus traumatiques s'inscrivent dans un contexte de santé publique, puisqu'ils touchent le devenir psychique, émotionnel et parfois physique de la femme et de son entourage.

Le rôle premier de la sage-femme est d'accompagner les femmes sur le chemin de la parentalité, de favoriser des grossesses et des accouchements physiologiques, dans une idée de vision globale de celle-ci, et de promotion de la santé. Le choix du sujet de cette revue de la littérature résonne donc particulièrement avec les principes de philosophie de soins sage-femme.

Cette revue de littérature a permis d'étudier les facteurs qui impactent sur la qualité du vécu de l'accouchement des parturientes. Par conséquent elle nous renseigne aussi sur leurs attentes et leurs besoins en accompagnement, auxquels les sages-femmes peuvent répondre en salle de naissance. Deux hypothèses principales ont été émises, concernant l'empowerment des femmes d'une part, et la participation au processus décisionnel de l'autre.

Cinq études récentes ( moins de 10 ans ), sélectionnées sur des critères éthiques, de bon niveau de preuve scientifique, ont été analysées et confrontées. Quel que soit leur design, et malgré certains biais, toutes les études démontrent que les femmes ont des besoins communs en terme d'accompagnement sage-femme. Le sentiment de contrôle favorisant leur empowerment et la participation active au processus décisionnel sont les figures de proues de ces besoins. De plus, les études s'accordent sur l'importance de la co-construction d'un partenariat entre la femme et la sage-femme, qui ne peut se mettre en place sans une attitude, une présence, une information, ou encore une communication adéquates.

La patiente a également un rôle à jouer dans cette co-construction, puisque tous les éléments cités permettent à la femme d'augmenter son autonomie, sa confiance en elle, en ses ressources propres (sentiment de contrôle, gestion de la douleur). Cela lui permet finalement de rester actrice tout au long de son accouchement, de faire partie intégrante du processus décisionnel, concernant par exemple les interventions obstétricales et la prise en soin proposée, et ce même dans les situations d'urgence.

En pratique, cette étude a permis d'avancer des hypothèses sur les ajustements à apporter sur le terrain pour accompagner les femmes de manière optimale en salle d'accouchement. En amont ces améliorations pourraient être faites à travers la formations des soignants aux techniques de communication centrée sur la personne, ainsi qu'aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Dans la même optique, donner une plus grande importance aux projets de naissance pourrait être un outil favorisant l'empowerment des futures mères.

Le soutien et l'attitude de la sage-femme jouent aussi un rôle clé dans l'accompagnement. La question serait donc de tout faire pour donner aux sages-femmes les conditions de travail leur permettant d'avoir assez de temps à consacrer à leurs patientes et d'exercer leur art en matière d'accompagnement. Cela passe notamment par l'organisation des équipes et des soins, la charge de travail et l'allègement des tâches administratives.

Cette revue de littérature a permis de répondre positivement aux deux hypothèses émises plus haut.

Pour terminer, nous pensons que l'accompagnement sage-femme qui favorise un bon vécu d'accouchement est celui qui permet d'accompagner la femme à accoucher, et non pas à se faire accoucher. Pour cela nous devrions nous employer à renforcer son autonomie, grâce à une communication et des informations adéquates, lui permettant de faire des choix éclairés, de participer au processus décisionnel et donc de créer un partenariat de soin. Nous serions alors juste un guide, garant du bien-être physique et psychique de ces femmes et de leurs enfants, leur permettant d'explorer toutes les ressources incroyables et insoupçonnées qu'elles possèdent au plus profond d'elles.

### 13. Bibliographie

American College of Obstetricians and Gynecologist. Ethical dimension of informed consent. *Womens health Issues* 1993; 3(1):1-10

American Psychiatric Association(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing

Aune I., Hvaal Amunden A., Skaget Aas L.C. (2014). Is a midwife continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thought about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery* 30 (2014) 89-95  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.02.001>

Aune I., Torvik H.M., Selboe S.T., Skogas A.K., Persen J., Dahlberg U., (2015). Promoting a normal birth and a positive experience birth - Norwegian's women perspective. *Midwifery*. Jul;31(7):721-7.  
<http://dx.doi.org.10.1016/j.midw.2015.03.016>.

Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press.

Carquillat P., Boulvain M., Guittier M.J., (2016). How does delivery method influence factors that contribute to women's childbirth experiences ? *Midwifery*. Dec;43:21-28.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.10.002>

Carquillat, P., Vendittelli, F., Perneger, T., Guittier, M. J.(2017) Development of a questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE). *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 279.

Carlsson, I-M., Ziegert, K. & Nissen., E. (2015). The relationship between childbirth efficacy and aspects of well-being, birth interventions and births outcomes. *Midwifery*. 31

(2015 9 1000-1007).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.05.005>

Chabbert M., Wendland J. (2016). 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 ? *Revue de Médecine Périnatale* 8:199-206

<http://dx.doi.org/10.1007/s12611-016-0380-x>

Ciane (2012). Enquête sur les accouchements. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement.

<http://ciane.net/wordpress/wpcontent/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>

Conseil nationale de l'Ordre des sages-femmes. (2017). L'histoire de la profession. Accès:

<http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/histoire-de-la-profession-3/>

Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786.

Cresdon, P. & Kniebieler, Y. (2004). *La naissance en Occident*. Paris : Albin-Michel

Dahlberg, U., Persen, J., Skogas, A-K., Selboe, S-T., Marit Torvik, H. & Aune, I. (2016). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2-7.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2015.08.001>

Déchalotte M. (2018). *Le livre noir de la gynécologie*. Paris, éditions First.

Dugas M., Chaillet N. (2011). Enquête qualitative sur la prise de décision en obstétrique: le choix du mode d'accouchement après la césarienne. *Reflets*, volume 17, Number 2, Fall 2011.

<http://dx.doi.org.10.7202/1012130ar>

Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L. & Jackson D. (2010). Women's perception and experiences of traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing* 66(10), 2142-2153.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>

Fédération Suisse des Sages-Femmes. (2011). La charte.

Accès : [http://www.hebamme.ch/x\\_dnld/org/Leitbild\\_f.pdf](http://www.hebamme.ch/x_dnld/org/Leitbild_f.pdf)

Floris L., Irion O., Bonnet J., Politis Mercier M.-P., De Labrusse C. (2018) Comprehensive maternity support and shared care in Switzerland: Comparison of level of satisfaction. *Women and birth*. Apr;31(2):124-133.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.021>

Friedman, E.A. (1979). Functional division of labour. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol. 109, pp. 274-280.

Gauge, S & Henderson, C. (2007). *Analyse du RCF*. Paris: Elsevier-Masson

Gavin N.I., Gaynes B.N., Lohr K.N., Meltzer-Brody S., Gartelner G., Swinson T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetric and Gynecology* 2005 Nov;106(5 Pt 1):1071-83.

<http://10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db>

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

<http://dx.doi.org/10.1054/midw.2001.0263>

Halldorsdottir, S.& Karlsdottir, SI. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2011; 25; 806–817

<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x>

Haute Autorité de Santé (2017). Recommandations de bonne pratique: Accouchement normal: accompagnement de la physiologie et interventions médicales. [http://has-santé.fr/portail/jcms/c\\_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales](http://has-santé.fr/portail/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales)

Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. (2018). Rapport: Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Accès :

[http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce\\_les\\_actes\\_sexistes\\_durant\\_le\\_suivi\\_gynecologique\\_et\\_obstetrical\\_20180629.pdf](http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf)

Healy S., Humphrey E., Kennedy C. (2015). Midwives' and obstetricians' perceptions of risk and its's impact on clinical practice and decision-making in labour: An integrative review. *Women and birth*, 29 (2016) 106-116

Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B. & Lukasse, M. (2017). Factors related to a negative birth experience – A mixed methods study. *Midwifery* 51 33-39.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.004>

Hodnett E.D. (2002) «Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review», *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol.186, pp. 160–172

Hollander, M. H., van Hastenberg, E., van Dillen, J., van Pampus, M. G., de Miranda, E. & Stramrood, C. A. I. (2017). Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's

perceptions and views. *Women's Mental Health* 20:515-523

<http://dx.doi.org/10.1007/s00737-017-0729-6>

Hollins Martin, C.J., Fleming, V. (2011). The Birth Satisfaction Scale (BSS). *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 24(2): 124-135.

<http://dx.doi.org/10.1108/095268611111105086>

Hollins Martin, C.J. & Martin, C.R. Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). *Midwifery*. 2014 Jun;30(6):610-9.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.006>

Iliadou, M. (2012) Supporting women in labour. *Health Science Journal*. Volume 6, issue 3. (July-September 2012)

INSERM & DREES (2017) Enquête Nationale Périnatale. Accès :

[http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf)

International Confederation of Midwives (2014). Philosophie et modèle de soins de pratique sage-femme.

Accès : [http://sage-femme.be/wp-content/uploads/2015/07/CD2005\\_001-V2014-FRE-](http://sage-femme.be/wp-content/uploads/2015/07/CD2005_001-V2014-FRE-Philosophie-et-mod--le-de-soins-de-pratique-de-sage-femme.pdf)

[Philosophie-et-mod--le-de-soins-de-pratique-de-sage-femme.pdf](http://sage-femme.be/wp-content/uploads/2015/07/CD2005_001-V2014-FRE-Philosophie-et-mod--le-de-soins-de-pratique-de-sage-femme.pdf)

International Confederation of Midwives. (2014). Code de déontologie internationale des sages-femmes.

Accès : [http://sage-femme.be/wp-content/uploads/2015/07/Code-de-d--ontologie-](http://sage-femme.be/wp-content/uploads/2015/07/Code-de-d--ontologie-international-pour-les-sages-femmes.pdf)

[international-pour-les-sages-femmes.pdf](http://sage-femme.be/wp-content/uploads/2015/07/Code-de-d--ontologie-international-pour-les-sages-femmes.pdf)

Knibiehler, Y. (2016). Accoucher : Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXème siècle. 2<sup>ème</sup> édition. Rennes : Presses de l'école des hautes études en santé publique

Kpéa, L., Bonnet, MP., Le Ray, C., Prunet C, Ducloy-Bouthors, AS. & Blondel B. (2015). Initial Preference for Labor Without Neuraxial Analgesia and Actual Use: Results from a National Survey in France. *Anesthesia & Analgesia*. 121(3):759–766, SEP 2015 <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0000000000000832>

Krings-George A. C. U. (2013). État de stress post-traumatique suite à l'accouchement : nouvelles recherches et évaluation de la prise en charge avec la psychothérapie EMDR (Thèse en vue de l'obtention d'un doctorat. Université de Lorraine). Accès : [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/DDOC\\_T\\_2013\\_0339\\_KRINGS\\_GEORGE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/DDOC_T_2013_0339_KRINGS_GEORGE.pdf)

Lahaye M. (2017). Blog: Marie accouche là.  
Accès: <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr>

Lahaye M. (2017). *Accouchement les femmes méritent mieux*. Éditions Michalon, Paris

Lansac, J., Marret, H. & Oury, J-F. (2016). *Pratique de l'accouchement*. (6ème édition) Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson

Larkin P., Begley M. C., Devan D. (2007). Women's experience of labour and birth : an evolutionary concept analysis. *Midwifery* (2009) 25, e49e59e.  
<http://dx.doi.org.:10.1016/j.midw.2007.07.010>

Larousse (2017). Dictionnaire. Paris : Éditions Larousse,  
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accouchement/506#7FxiJrcDTjzQJHf4.99>

Laurence Reynolds J. (1996). Post-traumatic stress disorder after childbirth : the phenomenon of traumatic birth. *Canadian Medical Association Journal*. Mar 15; 156(6): 831–835

Lazarus, R. & Launier, R. (1978). Stressrelated transactions between persons and environment. *Perspective in interactional psychology*, 1978, p. 287-327.

Ledford C.J.W., Canzona M. R., Womack J. J., Hodge J.A. (2016). Influence of provider communication on women's delivery expectations and birth experience appraisal : A qualitative study. *Family Medecine* 48 (75) :523-31.

Lepage E. (2018,). Il faut en finir avec les violences obstétricales. *Le nouvel observateur*. pp 40-41. 04 janvier

Leroy, F. (2002). *Histoire de naître*. Bruxelles : De Boeck Université

Lundgren I., Berg M., (2007). Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scandinavian journal of caring science*. jun;21(2):220-8.  
<http://dx.doi.org.10.1111/j.1471-6712.2007.00460.x>

Marpeau, L. (2010). *Traité d'obstétrique*. Paris: Elsevier-Masson

Maurel, M-F. Histoire de la naissance en France. *Adsp* no 61/62 décembre 2007-mars 2008.

Martin C. R., Hollins Martin C. H., Redshaw M. (2017). The Birth Satisfaction Scale Revised Indicator. *BMC pregnancy and childbirth* 2017; 17: 277.  
<http://dx.doi.org/10.1186/s12884-017-1459-5>

Montmasson h., Bertrand P., Perrotin F., El-Hadge W., (2012). Facteurs prédictifs de l'état de stress post-traumatique du post-partum chez la primipare. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (2012) 41, 553—560.  
<https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2012.04.010>

Nanzer N., (2009). *La dépression postnatale, sortir du silence*. Lausanne : Editions Favre SA.

Nilsson L., Thorsell T., Hertfell Wahn E., Ekstöm A. (2013). Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nursing research and practice*. Volume 2013, Article ID 349124, 6 pages  
<http://dx.doi.org/10.1155/2013/349124>

Office fédéral de la santé publique [OFSP]. (2013). Accouchement par césarienne en Suisse: rapport en réponse au postulat Maury Pasquier (08.3935). Berne. Accès :  
<http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/13641/15309/index.html?lang=fr>

Office fédéral de la statistique [OFS]. (2016, août 17). Mortinatalité et mortalité infantile.  
Accès : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces/infantile-mortinaissances.assetdetail.547019.html>

Organisation Mondiale de la Santé (1997). Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique.

Organisation Mondiale de la Santé. (2017). Standards pour l'amélioration standard de qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé. Accès :  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254673/1/9789242511215-fre.pdf?ua=1>

Organisation Mondiale de la Santé. (2018). Santé de la mère, du nouveau-né et de l'adolescent. Accès :  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/skilled\\_birth/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/skilled_birth/fr/)

Page, L-A. (2004). *Le nouvel art de la Sage-femme*. Paris : Elsevier-Masson.

Piquet C., Thibert C. (2017). Quand l'accouchement se vit dans la violence, enquête et témoignages. Le figaro. Accès :

<http://grand-angle.lefigaro.fr/quand-laccouchement-se-vit-dans-la-violence>

Radio Télévision Suisse Romande. (2017). L'accouchement, un événement traumatisant pour une femme sur trois. (vidéo en ligne). Accès :

<https://www.rts.ch/info/sciences-tech/medecine/8613401-l-accouchement-un-evenement-traumatisant-pour-une-femme-sur-trois.html>

Razurel Calland C. (2013) Rôle du stress perçu, des stratégies de coping sur la santé psychique des mères et leur sentiment d'auto-efficacité parentale en période périnatale. Thèse en vue d'un doctorat en psychologie. Université de Nantes. Accès :

<http://www.theses.fr/2013NANT3015>

Rogers C. (1966). Le développement de la personne. Paris : éditions Interéditions.  
Sara Elisabetta Borelli.(2014). What is a good midwife? Insights from the litterature. *Midwifery* 30 (2014) 3-10.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.019>

Sigurdardottir V.L., Gamble J., Gudmundsdottir B., Kristjansdottir H., Sveinsdottir H., Gottfredsdottir H. (2017). The predictive role of support in the birth experience : A longitudinal cohort study. *Women and birth*. Dec;30(6):450-459. Accès :  
<http://dx.doi.org.10.1016/j.wombi.2017.04.003>.

Simkin P., (1991). Just another day in a woman's life ? Part II : Nature and consistency of women's long term memories of their first birth experiences. *Birth* Dec;18(4):203-10. Accès :  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.1991.tb00103.x>

Sjödin M., Radestad I., Zwedberg s., (2017). A qualitative study showing women's participation and empowerment in instrumental vaginal births. *Women and birth*. Sep 21. pii:

S1871-5192(17)30525-5. Accès :

<http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2017.09.006>

Smarandache A., Kim T. H. M., Bohr Y., Thamim H. (2016). Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of canadian women. *BMC Pregnancy and childbirth* 16:114. Accès :

<http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0903-2>

Soet E., Brack A. G., Dilorio G., (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*. 2003 March ;30(1):36-46. Accès :

<https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00215.x>

Thoumsin H., Emonts P. (2007). Accoucher et naître : de jadis à aujourd'hui. *Revue Médicale de Liège*; 62 : 10 : 616-623)

Twitter (2017) #payetonutérus

Ulfsdottir, H., Nissen, E., Ryding, E.L., Lund-Egloff, D., Wiberg-Itzel, E. (2014). The association between labour variables and primiparous women's experience of childbirth; a prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 14, 208. Accès :

[http://dx.doi.org/doi:10.1186/1471-2393-14-208.](http://dx.doi.org/doi:10.1186/1471-2393-14-208)

Waldenström U., Hildingsson I., Rubertsson C., Radestad A., (2004). A negative birth experience : Prevalence and risks factors in a national sample. *Birth*. 31 :1. Accès :

<http://dx.doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x>

Wijma, K., Wijma, B. & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Psychosom Obstet Gynecol* 1998;19: 84—97. Accès :

<http://dx.doi.org/10.3109/0167482X.2011.573110>

WHO recommendations (2018). Intrapartum care for a positive childbirth experience  
Accès : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

Wikipédia (2017). Angélique du Coudray.

Accès : [https://fr.wikipedia.org/wiki/Angélique\\_du\\_Coudray](https://fr.wikipedia.org/wiki/Angélique_du_Coudray)

Wortmann, J. H., Jordan, A. H., Weathers, F. W., Resick, P. A., Dondanville, K. A., Hall-Clark, B., Foa, E. B., Young-McCaughan, S., Yarvis, J., Hembree, E. A., Mintz, J., Peterson, A. L., & Litz, B. T. (2016). Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members. *Psychological Assessment*, 28, 1392-1403.  
Accès : <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000260>

Zhang, J., Landy, H., Ware Branch, D., Burkman, R., Haberman, S., Gregory, K., Hatiis, C., Ramirez, M., Bailit, J., Gonzales-Quintero, V., Hibbard, J., Hoffman, K., Kominiarek, M., Learman, L., Van Veldhuisen, P., Troendle, J. & Reddy, U. (2010). Contemporary Patterns of Spontaneous Labor With Normal Neonatal Outcomes. *Obstetrics and Gynecology*. Vol 116, No 6, 1281-1287.  
<http://dx.doi.org/0.1097/AOG.0b013e3181fdef6e>