

Haute école de santé
Genève
Filière Sage-femme

« Quel serait le projet de naissance optimal permettant d'augmenter le sentiment de satisfaction du couple lié à l'expérience de l'accouchement ? »

Mémoire de fin d'étude
Travail de Bachelor

LAMBERT Louisanne
Matricule n° : 14587406

MAY Pauline
Matricule n° : 14587539

Directrice de mémoire : **Françoise Roy Malis**, master, chargée d'enseignement,
filière sage-femme, HEdS, Genève

Directrice du module : **Marie-Julia Guittier**, PhD en Sciences de la Vie et de la
santé, professeure, filière sage-femme, HEdS, Genève

Experte enseignante : **Chantal Razurel**, PhD en psychologie, professeure HES,
HEdS, Genève

Experte de terrain : **Sandrine Racine**, sage-femme indépendante et chargée de
cours, filière sage-femme, HEdS, Genève

Août 2017



DECLARATION SUR L'HONNEUR

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

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques ».

Août, 2017

Louisanne Lambert & Pauline May

RESUME

Contexte : En tant que sage-femme, favoriser la perception positive de l'accouchement est une priorité, puisque les répercussions d'un vécu traumatique sont très importantes sur la santé physique et psychique des mères. Le projet de naissance peut contribuer à la satisfaction de cet événement selon la littérature, mais il engendre aussi une multitude de questionnements concernant son utilisation et sa réalisation.

Objectif : Cette revue de littérature a pour but de mettre en évidence les éléments essentiels à considérer lors de l'élaboration d'un projet de naissance, dans le but de favoriser la perception positive de l'accouchement et de son processus. L'idée consiste à proposer un modèle de projet de naissance "idéal" pour les professionnels.

Méthode : Revue de littérature et analyse critique et descriptive de cinq articles, publiés durant ces dix dernières années.

Résultats : Le projet de naissance sous forme de liste, appelé " plan de naissance", crée des frustrations et de l'incompréhension du côté des soignants et des patientes. Les études indiquent plusieurs facteurs essentiels à la satisfaction de l'accouchement : la flexibilité des attentes, les stratégies de coping, la communication, le sentiment de contrôle, la participation aux décisions, le soutien et un environnement sûr et sécurisant. Le projet de naissance doit permettre la réflexion et l'échange.

Conclusion : A l'issue de ce travail, un entretien spécifique autour d'une réflexion sur le projet de naissance est proposé à toutes les femmes enceintes. L'objectif de cette discussion est d'avancer avec la femme, d'identifier ses besoins, ses difficultés, ses ressources afin d'être au plus près de ce qu'elle vit et ainsi lui offrir la connaissance et l'autonomie nécessaire pour la naissance de son enfant.

Mots-clés : satisfaction de la naissance, vécu de l'accouchement, projet de naissance, facteurs déterminants, flexibilité des attentes, stratégies de coping, communication, sentiment de contrôle, participation aux décisions, soutien, environnement sécurisant, entretien, réflexion.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier chaleureusement les personnes qui nous ont soutenues, encouragées et qui ont rendu possible la réussite de la formation sage-femme ainsi que la réalisation de ce travail de Bachelor.

A notre directrice de mémoire, Françoise Roy Malis, pour sa précieuse disponibilité, son immense investissement, son soutien ainsi que sa perpétuelle bonne humeur, qui a énormément aidé à la réalisation de ce travail.

A notre experte de terrain, Sandrine Racine pour avoir accepté ce rôle et pour ses précieux conseils.

A notre experte enseignante, Chantal Razurel, qui nous a accompagnées lors de nos trois années de formation et enseigné de si merveilleux outils.

A nos enseignants et à la directrice de la filière Barbara Kaiser pour leur accompagnement durant nos trois années de formation.

Un merci particulier aux bibliothécaires de la HEdS pour leurs explications et leur patience lors de nos longues heures de recherches.

A nos relectrices, Catherine, Marie-Pierre et Léa, qui ont consacré du temps à notre travail. Un merci chaleureux à Camille et Céline, reines de la mise en page !

Nous aimerions remercier nos familles, amis, camarades de classe, sages-femmes de terrain pour leur inestimable soutien durant ces trois années.

Pour terminer, des remerciements particuliers à Matthias et Arnaud pour leur présence et leur soutien pendant nos études.

TABLE DES MATIERES

Déclaration sur l'honneur	2
Résumé	3
Remerciements.....	4
1. Questionnement professionnel	7
2. Cadre de référence théorique.....	10
2.1 Promotion de la santé.....	10
2.2 Vécu de l'accouchement	12
2.2.1 L'expérience de l'accouchement	12
2.2.2 La satisfaction de l'accouchement.....	13
2.3 Les facteurs contribuant à la satisfaction de l'accouchement.....	14
2.3.1 La flexibilité des attentes.....	14
2.3.2 Les stratégies de coping.....	14
2.3.3 Le soutien perçu	15
2.3.4 L'importance de la qualité dans la relation patient – soignant.....	16
2.3.5 Une communication adéquate	17
2.3.6 L'environnement sécurisant	18
2.3.7 Le sentiment de contrôle et l'implication dans la prise de décision	18
2.3.8 La préparation à la naissance	19
2.3.9 L'entretien pendant la grossesse.....	19
2.3.10 Le projet de naissance	20
3. Problématique	21
4. La qualité éthique des études retenues	22
5. Méthodologie de recherche de littérature	23
5.1 Construction de la question de recherche	23
5.2 Bases de données utilisées	23
5.3 Sélection des mots clés	24
5.4 Méthode de recherche d'articles	25

5.5 Critères de sélection des articles	28
5.6 Etudes retenues pour la revue de la littérature	28
5.7 Limites et difficultés lors de la sélection des articles	30
6. Description des articles sélectionnés	30
6.1 Tableaux récapitulatifs.....	30
6.2 Analyse transversale	41
6.2.1 Légitimité des auteurs	41
6.2.2 Lieux.....	42
6.2.3 Méthodes de recrutement	43
6.2.4 Critères d'inclusion	44
6.2.5 Echantillons.....	44
6.2.6 La méthodologie	45
6.2.7 Outils.....	47
6.2.8 La solidité des analyses des résultats	48
6.2.9 L'éthique dans les études choisies	52
6.3 Analyse transversale des résultats par thèmes.....	53
6.3.1 L'éducation à la naissance	53
6.3.2 Les attentes de la naissance	53
6.3.3 Le sentiment de contrôle.....	54
6.3.4 Les stratégies de coping.....	54
6.3.5 L'environnement sécurisant	55
7. Discussion	56
8. Retour dans la pratique.....	60
9. Forces et faiblesses de la revue de la littérature	64
10. Conclusion	65
11. Liste des références bibliographiques	68
12. Bibliographie.....	76

1. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL

Favoriser le bon déroulement et le vécu positif de l'accouchement est au cœur de la profession de sage-femme. Les études durant les trois années du Bachelor sont en grande partie axées sur l'accompagnement, l'écoute, le soutien ainsi que la promotion de la santé physique et mentale des femmes. L'importance de respecter et encourager la physiologie dans son ensemble anime toute sage-femme. Après diverses expériences de stage, il apparaît que bon nombre de femmes ont un mauvais souvenir, voire un vécu traumatique d'un de leur accouchement. Selon Denis & Callahan (2009), de 1,3 à 6 % des femmes vivraient un syndrome de stress post-traumatique et 13% sont sujette à vivre une dépression du post-partum (O'hara & Swain, 1996).

Un mauvais vécu de l'accouchement a un réel impact sur la santé mentale des mères, avec un risque élevé de développer une dépression du post-partum (Bell & Andersson, 2016), des difficultés d'attachement avec son nouveau-né (Tsivos, Wittkowki, Calam & Sanders, 2011) ainsi que des troubles anxieux et une crainte vis-à-vis d'une future grossesse (Waldenström, Hildingsson, Rubertsson & Rådestad, 2004). Les conséquences sur le bien-être des femmes et de leurs proches sont telles qu'il semble urgent de réfléchir aux pratiques actuelles et leurs répercussions. En effet, selon Thomson & Downe (2008), ce n'est pas le mode d'accouchement qui engendre le traumatisme, mais la qualité de la relation avec les intervenants.

La notion d'*empowerment* commence à émerger en réponse aux expériences traumatiques (Vadeboncoeur, 2010). Il faut redonner le pouvoir aux femmes pendant leur accouchement, solliciter leur capacité à donner la vie et à avoir le contrôle d'un événement qui les concerne particulièrement. Peu de femmes semblent suivre des cours de préparation à la naissance, souvent par manque de temps, d'envie, d'intérêt ou avec la croyance d'en savoir suffisamment sur l'accouchement. Bien souvent, les parturientes semblent ignorer les différentes options possibles durant le travail et la naissance et obéissent docilement à ce que leur propose le professionnel. Elles semblent même ne pas réaliser « être au centre de la situation » et n'osent verbaliser leurs souhaits concernant le déroulement de la naissance de leur enfant,

probablement parce qu'elles n'ont pas reçu d'informations. Elles ne sont pas préparées aux innombrables adaptations auxquelles elles devront faire face.

La péridurale, par exemple : rares sont les femmes qui accouchent sans médication, même si elles ont éventuellement souhaité faire autrement initialement. Aux HUG, le taux de parturientes qui en bénéficient varie entre 80 et 85% (Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG] ,2014). Ce chiffre semble être représentatif de l'accouchement moderne dans notre société. Or, cette pratique impose aux femmes des surveillances contraignantes desquelles elles n'ont pas toujours été informées. Peut-être auraient-elles souhaité bénéficier d'un moyen antalgique autre tels que l'utilisation de l'eau chaude, le massage des points gâchettes ou encore l'utilisation du protoxyde d'azote avant d'éventuellement recourir à la péridurale ?

De plus, il semble que les femmes ne s'autorisent pas à se mobiliser ou à demander une position particulière favorisant l'expulsion, la position gynécologique sur les cales pieds étant presque inévitable. La position dorsale demeure une position classique, alors qu'elle n'offre de bénéfice ni à l'enfant ni au périnée (Lamaze International, 2007). Des règles strictes et uniformisées dictent le déroulement d'un accouchement, sans laisser de place aux souhaits et envies des mères et/ou des couples. Certains couples présentent à la sage-femme un document écrit sur lequel est consigné leurs demandes et souhaits pour leur accouchement. C'est ce qui est communément appelé un « plan » ou « projet » de naissance.

Pour certains, ce projet s'apparente plus à un plan réalisé de manière autonome, par des lectures, des discussions avec l'entourage, avec, parfois, une petite touche d'imagination. Quelques-uns l'ont réalisé avec leur sage-femme au cours de la grossesse. Cette démarche suscite de vives réactions auprès des soignants et son utilité ne fait pas l'unanimité. En effet, il est courant d'observer des remarques négatives lorsque les soignants prennent connaissance du projet de naissance sous forme de liste en salle d'accouchement.

Initialement prévus pour encourager les femmes à réfléchir aux pratiques et à la communication, la pratique actuelle des projets de naissance est fortement controversée. En effet, dans la réalité, ils mènent parfois à des désaccords entre les

femmes et le personnel et créent de la frustration de part et d'autre (Lothian, 2006). Si, pour certains soignants, il peut être perçu comme un obstacle à la communication ou comme une pression supplémentaire à garantir certaines demandes (Welsh & Symon, 2014), pour d'autres, il est considéré comme un outil facilitateur de communication et permettrait de créer un lien avec les femmes (Simkin & Reinke, 1980). Pourtant, la prise de décision et l'autonomie ont été citées comme améliorée lorsque les couples ont pu bénéficier d'un projet de naissance. Cette pratique aurait un impact positif sur la satisfaction des mères et augmenterait leur confiance en elles ainsi que leur sentiment de contrôle lors de cet événement (Hauck, Fenwick, Downie, & Butt, 2007). Le projet de naissance soulève l'importance de la connaissance, qui est l'essence même du projet de naissance tel qu'il devrait être envisagé. Les femmes doivent être au courant de l'influence et du sens de chaque intervention et avoir conscience qu'un certain nombre d'événements inattendus peuvent s'immiscer dans leur accouchement idéalisé. Cela permet aussi à la parturiente de redevenir actrice de son propre accouchement en étant au centre de la prise en soin (Lothian, 2000).

Actuellement, l'Arcade des sages-femmes, à Genève, propose un « plan de naissance » comme guide pour les couples, ainsi que des rendez-vous mensuels pour en discuter (Arcade Sages-femmes, s.d.). La maternité des HUG a créé un document pour inciter les femmes à discuter de la naissance lors d'une consultation au 3^{ème} trimestre de grossesse (HUG, 2013).

A la suite des premières recherches, bien que le projet de naissance semble de manière générale avoir un impact positif sur le vécu de l'accouchement des femmes, les résultats sont mitigés. Cela est dû au fait qu'il doit néanmoins contenir certains critères dans sa réalisation, mais également avoir pour objectif de répondre à des besoins et demandes spécifiques et fondamentaux. Aujourd'hui, l'envie est forte de poursuivre les recherches sur le sujet et de déterminer de quoi ont réellement besoin ces femmes dans leurs projets d'aide à l'épanouissement dans l'expérience de l'accouchement. Quels sont les facteurs qui contribuent à la perception positive de l'accouchement et quel serait alors le projet de naissance à privilégier ? Comment le projet de naissance pourrait-il être l'outil indispensable à une perception positive de

l'accouchement ? Comment le projet de naissance pourrait-il être proposé aux couples lors d'un entretien particulier et personnalisé, et sous quelle forme ?

2. CADRE DE REFERENCE THEORIQUE

2.1 Promotion de la santé

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 1946, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Dans une vision globale, la santé est regroupée selon trois modes : le perceptuel (notion de bien-être), le biomédical (capacité de l'individu à fonctionner) et le socio-écologique. Cette définition au sens large est intégrée dans la promotion de la santé (Formarier & Jovic, 2012). Lors de la première conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, l'OMS a adopté une charte stipulant que la promotion de la santé vise à offrir aux personnes davantage de maîtrise de leur propre santé ainsi que des outils pour y contribuer (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 1986).

A l'issue de cette conférence, dans un souci d'égalité, trois stratégies essentielles ont été définies dans la Charte d'Ottawa : sensibiliser à la santé pour créer les conditions essentielles à la santé, conférer à tous les moyens de réaliser pleinement leur potentiel de santé et servir de médiateur entre les différents intérêts présents dans la société en vue d'atteindre la santé (Formarier & Jovic, 2012, p. 250).

En 1997, la Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé confirme que la Charte d'Ottawa est applicable et réalisable à l'ensemble des pays (Formarier & Jovic, 2012). En Suisse, le Conseil fédéral a approuvé en janvier 2013 la stratégie globale du projet « Santé 2020 » de l'OMS. Celle-ci comprend 36 mesures visant à renforcer l'égalité des chances, à améliorer la qualité des soins et à optimiser la transparence. Le but visé consiste à améliorer le système de santé suisse de manière optimale afin de pouvoir relever les défis à venir et faire en sorte qu'il reste financièrement supportable (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2015).

Les soignants sont au cœur de la prévention et de la promotion de la santé pour toutes les populations confondues. Le domaine de la périnatalité est particulièrement concerné par ces enjeux de santé. Les sages-femmes jouent un rôle primordial et essentiel dans cette période de vie particulièrement sensible et délicate. À travers sa pratique, la sage-femme offre une contribution importante en matière de promotion de la santé de la mère, de l'enfant et, plus globalement, de la famille. Elle favorise par son accompagnement le déroulement physiologique de la grossesse, de l'accouchement ainsi que du post-partum (Fédération suisse des sages-femmes [FSSF], 2016). Promouvoir la santé psychique de la femme et notamment le vécu de son accouchement fait partie intégrante de ses priorités et représente un enjeu majeur de la profession. Pourtant, l'issue obstétricale semble primer, pour certains professionnels, au détriment de la dimension psychologique (Vadeboncoeur, 2010).

L'impact du vécu de l'accouchement sur l'état émotionnel de la femme au post-partum (Moreau, Kopff-Landas, Séjourné, & Chabrol, 2009) est tel qu'il faut particulièrement veiller à ce que l'événement soit satisfaisant pour la mère. Il ne suffit pas d'une mère et d'un enfant en bonne santé physique pour conclure que l'accouchement est perçu comme une bonne expérience.

Promouvoir la bonne expérience des femmes concernant leur accouchement passe par le concept d'*empowerment*, qui vise à redonner le contrôle et le pouvoir aux femmes par un ensemble d'éléments. Ce sentiment est fortement corrélé au soutien perçu par la parturiente durant la naissance. En effet, la qualité relationnelle entre la sage-femme et la future mère améliore considérablement le sentiment de compétence de la femme, le processus du travail et de la douleur, la prise de décision, la relation conjugale et prévient la dépression (Attarha, Keshavarz, Bakhtiari, & Jamilian, 2016).

2.2 Vécu de l'accouchement

2.2.1 L'expérience de l'accouchement

L'arrivée au monde d'un enfant représente un bouleversement psychologique particulier au cours de l'existence d'une femme. La psychanalyste Monique Bydlowski (Bydlowski, M., 2001) a décrit un concept concernant les caractéristiques psychiques de la femme enceinte, appelé *transparence psychique*. « *Pour elle, les femmes enceintes présentent une plus grande sensibilité vis-à-vis de souvenirs enfouis, ce qui les fragilise et ébranle leur défense* » (Razurel, 2015, p.14). Cette transparence psychique s'intègre dans la notion de préoccupation maternelle primaire (PMP) de D-W Winnicott, sorte de crise identitaire physiologique que la femme enceinte vit dans les dernières semaines de la grossesse, puis dans les premières semaines avec son bébé (Alvarez & Cayol, p. 120).

L'expérience de la naissance est un événement marquant dans la vie d'une femme et les souvenirs restent profondément gravés dans sa mémoire (Simkin, 1992). La façon dont la femme perçoit cet événement aura un impact direct sur son rôle de mère et sur les relations précoces mère-enfant (Chabbert & Wendland, 2016).

Une expérience positive de l'accouchement est associée à des bénéfices à long terme pour le bien-être des femmes et pour le lien d'attachement avec leur bébé (Chabbert & Wendland, 2016 ; Hauck & al., 2007; Nilsson, Thorsell, Hertfelt Wahn & Ekström, 2013). Vivre positivement son accouchement contribue à favoriser chez la femme un fort sentiment d'accomplissement personnel en augmentant son estime d'elle-même (Simkin, 1992) ainsi que la confiance en ses capacités maternelles (Hauck et al., 2007; Larkin, Begley & Devane, 2009). La satisfaction de cet événement si particulier est corrélée à une perception positive de la naissance, de la période post-partum et facilite le lien avec son bébé (Goodman, Mackey, & Tavakoli., 2004 ; Harvey, Rach, Stainton, Jarrell & Brant, 2002).

En revanche, une expérience négative de la naissance peut avoir d'importantes répercussions sur la santé psychique de la mère, notamment une dépression post-partum et des troubles anxieux (Bell & Andersson, 2016) pouvant impliquer une perturbation de la relation précoce mère-enfant et des liens d'attachement (Tsivos et

al., 2011). De plus, lorsque l'expérience de la naissance est mal vécue, celle-ci peut créer chez la femme des craintes et des réticences vis-à-vis d'une future grossesse (Waldenström et al., 2004). Certaines mères développent alors un sentiment de culpabilité (Larkin et al., 2009).

2.2.2 La *satisfaction* de l'accouchement

« *La satisfaction est le nom donné à l'état d'âme ou du corps qui accompagne l'accomplissement d'un désir ou l'achèvement d'un besoin* » Larousse (2017).

Comme expliqué dans le paragraphe précédent, la perception positive de l'accouchement participe à la satisfaction de la naissance ainsi qu'à la période post-natale (Harvey et al., 2002; Michels Kruske & Thompson, 2013).

Bien que la satisfaction soit une donnée subjective, individuelle et difficilement mesurable, de nombreux auteurs se sont intéressés à comprendre ce qui contribue à la satisfaction de la naissance en déterminant des facteurs communs tels que :

- La flexibilité des attentes
- Les stratégies de *coping*
- L'implication dans la prise de décision
- Le sentiment de contrôle
- Une qualité relationnelle avec les soignants
- Un soutien social
- Un environnement sécurisant
- Une continuité des soins

Bell & Andersson, 2016; Goodman et al., 2004; Harvey et al., 2002; Hodnett, 2002; Larkin et al., 2009; Lundgren, Berg, & Lindmark, 2003; Mei, Afshar, Gregory, Kilpatrick & Esakoff (2016); Nilsson et al., 2013; Simkin, 1992; Lavender, Walkinshaw & Walton, 1999).

2.3 Les facteurs contribuant à la satisfaction de l'accouchement

2.3.1 La flexibilité des attentes

Il est important de savoir que l'accouchement reste imprévisible et ne peut être planifié dans les moindres détails pour avoir des attentes flexibles (Aune et al., 2015). L'impact négatif sur le vécu de l'accouchement est principalement lié à un manque de flexibilité et à un manque d'information quant aux événements inattendus du travail et de l'accouchement, qui entraînent un sentiment de perte de contrôle et de déception (Aragon et al., 2013). Il semble important de savoir que des attentes malléables durant le travail et l'accouchement permettent à la femme de laisser une plus grande place à la négociation (Cook & Loomis, 2012) et donc de pouvoir vivre son accouchement de manière sereine et positive. Pour être capable de modifier ses attentes, il faut savoir « faire face » aux événements imprévisibles de l'accouchement. Les stratégies de *coping* sont des outils qui permettent à la femme de continuer d'avancer dans le travail de l'accouchement, tout en « faisant avec » l'imprévu (Escott, Spiby, Slade, & Fraser, 2004).

2.3.2 Les stratégies de coping

Les mères doivent pouvoir mobiliser des ressources internes pour pouvoir faire face aux événements. Ces fonctionnements ont été décrits par le concept de *coping*, qui est « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, déployés pour gérer les exigences spécifiques (internes et/ou externes) perçues par l'individu comme consommant ou excédant ses ressources » (Lazarus & Folkman, 1984, cité par Razurel, 2011, p.3). D'après Razurel, Desmet, & Sellenet (2011) ; « Le *coping* permet soit de modifier le problème, le résoudre, le réduire, le différer, soit de se modifier soi-même, réguler ses affects, ses cognitions, son état physiologique. »

Le *coping* désigne les réactions et réponses que l'humain va construire dans le but de contrôler et de diminuer ou simplement de « faire avec » la situation (Bruchon-Schweitzer, 2001).

La capacité d'une femme à mobiliser ses stratégies internes lors de la naissance de son enfant est essentielle, car elle permet de pouvoir gérer les changements tout en assurant une perception positive de l'expérience (Hauck et al., 2007). La façon dont la

femme va faire face aux événements est fortement corrélée à un fort sentiment de compétence ou d'auto-efficacité (Les stratégies de coping et le sentiment d'auto-efficacité [Support de cours du 18 mai 2015] Razurel, C.) Le fait d'avoir notamment pu développer des stratégies pour gérer la douleur du travail de l'accouchement permet à la femme de participer plus activement à la prise de décision avant, pendant et après l'accouchement (Akca et al., 2017). Il faudrait pouvoir travailler sur l'efficacité des ressources internes lors de la période prénatale en investiguant ses besoins profonds et particuliers pour ainsi l'accompagner en partant de ses représentations (Razurel, 2015). Le soutien social de l'entourage, a une réelle influence sur la mobilisation des stratégies de *coping* (Razurel et al., 2011).

2.3.3 Le soutien perçu

Le soutien social perçu joue un rôle important dans le sentiment de compétence des femmes (Razurel et al., 2011). La famille a donc une grande influence sur le vécu positif de l'expérience de l'accouchement (Fenwick et al. 2005). Beaucoup de femmes mettent en évidence leur mère comme principale influence sur leurs attentes à l'égard de l'accouchement. Lundgren et al. (2009) indiquent que les femmes veulent entendre parler de l'expérience de l'accouchement de leur mère, car elles se comparent avec elle. Lorsque les mères des femmes mentionnent la grossesse et l'accouchement comme quelque chose de positif, l'impact est bon. Les femmes soulignent que le soutien social, notamment de la famille et des amis, influence le processus de l'expérience de la naissance (Aune et al., 2015). Les femmes mettent également en évidence le rôle de leur partenaire. En effet, sa présence lors de l'accouchement est décisive pour le sentiment de confiance des femmes (Aune et al., 2015). Les accompagnants deviennent notamment encore plus importants lorsque les attentes de la femme ne peuvent être réalisées (Hauck et al., 2007).

Le but des « soins centrés sur les femmes » est de répondre aux besoins individuels des femmes et de déplacer le centre de contrôle de l'institution et des professionnels vers la femme elle-même (Leap, 2009).

En 1993, le Groupe Spécialiste de la Maternité du Département de la Santé (DH), au Royaume-Uni, a publié le rapport sur « l'Accouchement Changeant », qui permet aux femmes de participer aux décisions concernant les différents aspects de leurs soins

pendant la grossesse et l'accouchement. L'une des priorités est de permettre aux femmes de prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé (Bick, 2004). Le rôle de la sage-femme est de placer la femme au centre des pratiques (Seibold, Licqurish, Roll & Hopkins, 2010).

2.3.4 L'importance de la qualité dans la relation patient – soignant

Le travail de la sage-femme, en étroite collaboration avec la femme, et cela dès le début de la grossesse, augmente la satisfaction du vécu de l'accouchement ; la continuité des soins qu'offre la sage-femme joue donc un rôle essentiel (Butler, 2017). La qualité des soins a véritablement un impact sur les relations avec autrui, en particulier dans une situation inconnue et dans laquelle nous dépendons de l'aide des autres. Les réflexions sur le discours, l'écoute, les soins et la compassion sont donc très importantes et devraient avoir un rôle clé dans la formation et le perfectionnement professionnel des sages-femmes (Staehler, 2016). Les professionnels ont un rôle primordial à jouer dans la réponse aux besoins individuels de la femme. Si le professionnel suit les besoins de la femme, alors elle se sentira au centre de la prise en soin et en confiance pour développer son sentiment de contrôle, la confiance en son corps et ainsi renforcer la satisfaction et le réconfort (Akca et al., 2017; Goodman et al., 2004). Grâce à ces éléments, la femme aura la capacité d'appréhender la douleur et la probabilité que l'expérience soit satisfaisante sera meilleure, même si l'accouchement est prolongé ou avec des complications médicales. Un soutien inadéquat des professionnels pourrait conduire à une expérience de l'accouchement négative, avec un sentiment d'abandon par les professionnels (Nilsson et al., 2013). La continuité des soins est un des concepts clé pour une expérience positive de la naissance. La continuité relationnelle donne l'opportunité aux sages-femmes de prodiguer des soins de manière holistique (Dahlberg & Aune, 2013). En effet, connaître les attentes d'une femme aide particulièrement la sage-femme dans son rôle de plaidoyer et permet d'aider la parturiente à atteindre ses attentes en se sentant respectée (Hauck et al., 2007). Cependant, il est également du ressort du soignant de faire accepter à la femme que certaines attentes ne peuvent être réalisées, qu'elle n'y est pour rien, et qu'elle doit accepter l'aspect « incontrôlable » du travail et de l'accouchement (Kuo et al., 2010;

Richard, Lussier, Galarneau, & Jamouille, 2010). En effet, lorsque les événements changent et que les attentes sont modifiées, le soignant acquiert une importance vitale pour aider à négocier, à discuter les changements et à favoriser une expérience du travail et de l'accouchement positive (Cook & Loomis, 2012).

2.3.5 Une communication adéquate

La communication entre le soignant et la parturiente est primordiale pour un vécu positif de l'accouchement, surtout lorsque la nature imprévisible du processus de la naissance est présente (Kuo et al., 2010; Whitford et al., 2014). De plus, les soignants doivent permettre aux femmes d'avoir un sentiment de contrôle. Lorsque certaines attentes ne peuvent être atteintes, la sage-femme doit conseiller la femme et l'aider à comprendre la situation, pour l'accompagner dans le changement (Goodman et al., 2004). Lorsque les femmes ne sont pas considérées ni encouragées, elles peuvent craindre une future grossesse et se sentir coupable des événements (Hauck et al., 2007).

Les différents outils de communication comme l'écoute active, la mise en avant des compétences et des ressources de la mère et l'apport d'informations adaptées pour la femme aident à la prise de décision et permettent à la femme d'être davantage actrice de sa grossesse et de son accouchement. L'objectif du soignant est que la femme puisse s'approprier son rôle parental (Lauwers, H., Rime, A., & Caufriez, S. 2015)

La communication est primordiale dans la relation patient-soignant. Dans le domaine médical, elle se définit comme un échange entre un soignant et le patient et/ou les proches. Le principe de la communication professionnelle est d'avoir la capacité à échanger l'information et de construire une relation avec le patient en utilisant des moyens comme la parole, le geste, le dessin, etc. L'approche Calgary-Cambridge intègre, notamment, les principes de la relation centrée sur le patient (Richard et al., 2010). Une communication adaptée permet de créer une relation de confiance qui induit un souci du confort de la femme. En effet, un environnement adapté aux besoins de la future mère, à son confort ainsi que le respect de son intimité peuvent améliorer la perception positive de cette expérience (Lock & Gibb, 2003).

2.3.6 L'environnement sécurisant

L'environnement sécurisant est influencé en particulier par le sentiment de contrôle (Larkin & al., 2009) ainsi que par la relation entretenue avec les soignants (Lock & Gibb, 2003). La possibilité de bouger librement, le calme, la lumière tamisée, l'intimité, la limitation des intervenants dans la pièce sont des éléments qui ont une influence positive sur l'expérience de l'accouchement (Carolan-Olah, Kruger, & Garvey-Graham, 2015). Le manque d'intimité, lui, contribue à un sentiment de perte de contrôle et peut augmenter le sentiment de peur et d'anxiété (Lock & Gibb, 2003). Selon Aune et al. (2015), un environnement sûr pour les femmes est essentiel dans la promotion d'une naissance normale et d'une expérience positive de la naissance. L'expérience du travail et de l'accouchement d'une femme dans un lieu étranger comme l'hôpital peut provoquer la perte du sentiment de contrôle. Tandis qu'un territoire familier, comme la maison, offre un sentiment de sécurité et de soutien, et induit donc de contrôle (Goodman et al., 2004).

2.3.7 Le sentiment de contrôle et l'implication dans la prise de décision

Les femmes citent, comme aspect positif, que le contrôle maintient leur dignité personnelle durant le travail. Cependant, ce degré de contrôle est difficile à garder pour les femmes en travail, c'est pour cela que d'autres facteurs influencent et alimentent cette perception (Lavender et al., 1999).

Le contrôle est étroitement lié au soutien des soignants (Cook & Loomis, 2012; Hodnett, 2002). Le sentiment d'être impliquée dans les soins et la prise de décision comptent davantage, surtout si les événements ne suivent pas la direction imaginée. La femme doit se sentir impliquée dans les décisions qui la concernent pour avoir la sensation de contrôler les événements (Ruiz Moral., 2010).

Une prise en soins encourageant la participation à la prise de décision pendant le travail de l'accouchement et la naissance favorisent le sentiment de contrôle, ce qui est finalement nécessaire pour que les femmes aient une perception positive de l'expérience de naissance (Hauck et al., 2007). La participation à la prise de décision ne peut se produire uniquement si la communication installée entre la femme et la sage-femme est adéquate (Lavender et al., 1999).

Aider les femmes à accéder à un sentiment de contrôle pendant le travail et la naissance favorise leur satisfaction de l'expérience de l'accouchement (Goodman et al., 2004). Pour participer aux décisions, il faut également des connaissances ; c'est en cela que la préparation à la naissance est intéressante.

2.3.8 La préparation à la naissance

Les programmes de préparation à la naissance sont recommandés dans le monde entier pour promouvoir une grossesse saine et une plus grande autonomie pendant le travail et l'accouchement. Ces cours aident à diminuer le stress et offrent des outils pour la gestion de la douleur (Miquelutti, Cecatti, & Makuch, 2013). Ils amènent une connaissance théorique aux parents, qui favorise la construction de l'identité parentale et aide la femme à avoir confiance en elle-même (Simon, 2014). En effet, la participation à une préparation à la naissance permet une meilleure communication avec la sage-femme et les obstétriciens, une participation active à la prise de décision et, donc, une plus grande satisfaction de leur accouchement (Akca et al., 2017). La connaissance acquise lors de la préparation prénatale est utile pour les femmes, non seulement pour les aider à « faire face » aux événements liés à l'accouchement, mais également pour leur donner un aperçu de cette expérience (Hollins Martin & Robb, 2013).

2.3.9 L'entretien pendant la grossesse

S'entretenir avec des professionnels de la santé lors de la période prénatale permet d'offrir aux femmes des connaissances, de mieux communiquer avec les soignants et ainsi les aider à être impliquées dans les décisions les concernant (Kuo et al., 2010).

Un niveau élevé de peur face à l'accouchement est un réel problème. En effet, il affecte la préparation à la naissance et induit des issues obstétricales négatives (Fenwick et al., 2015). Lors des consultations obstétricales, le temps offert aux femmes pour exprimer leurs questionnements et préoccupations paraît insuffisant et est considéré comme un facteur d'insatisfaction (Waldenström et al., 2004). Pourtant, le bénéfice d'un entretien lors de la grossesse est notable, par exemple : les taux de césarienne sont réduits lorsqu'un entretien a été réalisé avec des femmes qui craignaient l'accouchement (Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, Könönen, & Halmesmäki, 2001).

L'entretien psycho-éducatif périnatal élaboré par la sage-femme suisse Chantal Razurel est un outil pour investiguer le stress et déterminer des stratégies pour y faire face. Il se construit en plusieurs étapes, autour des représentations profondes des femmes, et est mené en partenariat avec la femme. La naissance est considérée comme une adaptation et cet entretien vise à promouvoir les capacités et ressources des mères pour vivre au mieux la maternité (Razurel, 2015, p. 73).

2.3.10 Le projet de naissance

En Angleterre, au début des années 1990, le projet de naissance se démocratise et est de plus en plus encouragé auprès des femmes. Il s'inscrit dans le plan de soin « Changing Birth », visant à placer la femme au centre des soins. Il est établi par des experts et publié. On y lit notamment : « La femme doit être au centre des soins de maternité. Elle devrait avoir les capacités de comprendre ce qui lui arrive et de prendre des décisions à propos de ses soins, en se basant sur ses besoins et en ayant une conversation avec les professionnels impliqués » (House of Commons, 2003). C'est dans cet esprit qu'aux Etats-Unis, le « plan de naissance » a été proposé pour la première fois par des préparatrices à l'accouchement dans l'idée de redonner la voix aux femmes et aux couples dans l'aventure de la parentalité (Simkin & Reinke, 1980). Le projet de naissance est pensé comme un outil préparant les futurs parents à vivre le processus physique et émotionnel de la naissance en y intégrant le soignant comme médiateur, dans le but de favoriser l'expérience de la naissance (Simkin & Reinke., 1980). Améliorer la prise de décision, la communication et la coopération entre les soignants permet d'augmenter la satisfaction des femmes concernant leur accouchement, même quand les événements ne correspondent pas à ce qui était souhaité spécifiquement dans leur projet (Simkin, 2007). Pour pouvoir accéder à cette satisfaction malgré des événements imprévus, la notion d'*empowerment* ou d'autonomisation est essentielle. La parturiente doit pouvoir participer aux soins, être actrice de son accouchement (Cook & Loomis, 2012).

Aujourd'hui, le projet de naissance se présente de différentes manières et ses contenus sont variés, mais il semble que la forme écrite se soit généralisée (Simkin & Reinke, 1980 ; Lothian, 2006 ; Brown & Lumley., 1998; Arcade Sages-femmes, s. d.).

L'intérêt du projet de naissance est qu'il offre un moyen d'accéder aux ressources, préoccupations profondes, peurs et représentations des femmes concernant l'expérience de la naissance. Un projet de naissance doit être vivant ; il doit se construire avec les femmes dans l'idée que le déroulement de l'accouchement est imprévisible. Cette préparation mentale des futures mères renforce chez elles un sentiment de compétence, qui contribue fortement à accéder à la maternité dans les meilleures conditions. Créer un projet de naissance peut être vu comme le moyen privilégié de préparer les couples au plus près de leurs attentes et besoins en complément des cours de préparation à la naissance, offrant des apports théoriques essentiels (Simkin & Reinke, 1980).

3. PROBLEMATIQUE

Le projet de naissance, hormis la possibilité de pouvoir faire des choix pour la naissance de son enfant, permet aux couples de prendre le temps de se préparer et s'inscrit dans une démarche avant tout éducative. Il permettrait aux parents de pouvoir porter une réflexion sur les possibilités de l'accouchement (Brown & Lumley, 1998). Or, progressivement, les projets de naissance initialement réalisés par les couples sont repris par les institutions et deviennent des listes d'actes ou de soins à sélectionner ou non sur un papier. Ces listes de soins donnent l'illusion aux femmes de pouvoir choisir, alors que cette méthode semble être plus une sorte de consentement (Simkin, 2007) qu'un réel choix. Le projet de naissance réalisé sous une forme de listes d'attentes très précises peut induire chez le soignant une crainte de ne pouvoir suivre les demandes inflexibles des couples. Ce conflit peut interférer dans la qualité de la relation et créer des frustrations et de l'incompréhension des deux côtés (Aragon et al., 2013 ; Lothian, 2002). De plus, si les attentes des couples ne peuvent être réalisées, l'insatisfaction de l'événement sera plus grande (Lavender et al., 1999). Si le projet de naissance ne semble pas fonctionner de manière optimale sous la forme d'un plan ou d'une liste, de quelle manière pourrait-il être imaginé et conçu afin de le rendre réalisable et avantageux ? L'idée de trouver alors un consensus sur la

proposition du projet de naissance durant la grossesse est particulièrement motivante. Pour cette raison, ce travail tentera de répondre à la question suivante :

Quel serait le projet de naissance optimal permettant d'augmenter le sentiment de satisfaction du couple lié à l'expérience de l'accouchement ?

4. LA QUALITE ETHIQUE DES ETUDES RETENUES

La rédaction de ce Travail de Bachelor s'engage à respecter les principes éthiques de respect, d'honnêteté, de non-jugement et d'authenticité envers la propriété intellectuelle des différents auteurs ainsi que leurs études.

Avant de débiter ce travail, divers avis sur le projet de naissance existaient déjà. Les premières recherches dans la littérature ont conforté l'idée que le projet de naissance est un outil qui améliore le vécu de l'accouchement. Cependant, le but de ce travail est de comprendre comment le projet de naissance devrait être conçu et utilisé pour optimiser son impact positif. Les différentes banques de données utilisées sont reconnues par la communauté scientifique. Le respect des droits de chacun est une notion primordiale de cette recherche dans la littérature.

Lors de la réalisation de ce travail de Bachelor, les divers points de vue des auteurs des recherches ont été pris en compte et tant les résultats positifs que négatifs ont été considérés, même si ceux-ci engagent un conflit de valeurs personnelles.

Les convictions propres ont été mises de côté pour ne pas influencer la sélection des études, l'interprétation des résultats et la critique. Aussi, les références citées ont été référencées selon les normes de " l'American Psychological Association" (APA, 2010, cité dans Kiszio & Kramer, 2015). Le plagiat n'a en aucun cas été utilisé pour l'écriture du présent travail. Des consensus ont été trouvés lorsque les avis divergeaient, dans le but de satisfaire le plus grand ensemble. Le travail a été effectué de manière équitable en tenant compte des difficultés et atouts de chacune. La bonne entente pour la rédaction de ce travail a permis de pouvoir exprimer son avis librement et collaborer dans l'entraide mutuelle. Enfin, ce sont l'objectivité et la qualité méthodologique des

études qui ont permis de sélectionner les cinq études pour répondre à la question de recherche.

5. METHODOLOGIE DE RECHERCHE DE LITTERATURE

5.1 Construction de la question de recherche

La méthode PICO a été utilisée dans le but de clarifier et d'identifier les concepts clés afin d'élaborer la question de recherche de ce travail. Formuler une question PICO permet de faire une recherche efficace et systématique dans les bases de données.

<i>Abréviation</i>	<i>Définition</i>	<i>Dans ce travail</i>
P	Patiente ou Problème médical	Patientes
I	Intervention évaluée, nouveau traitement, test diagnostique	Projet de naissance
C	Comparateur, intervention servant de témoin	« Plan de naissance » ou « Absence de plan de naissance »
O	<i>Outcome</i> , résultat clinique	Impact du projet de naissance sur la satisfaction de la naissance

5.2 Bases de données utilisées

Pour la recherche d'articles, les bases de données principalement utilisées sont : Medline® via Pubmed®, Cinahl®, Ovid® et Lissa®. Bien que le terme « plan de naissance » ait été remplacé par « projet de naissance », en anglais le terme est en général traduit par *birth plan*.

5.3 Sélection des mots clés

Afin d'effectuer des recherches pertinentes, des mots clés ont été choisis en anglais. CiSMef : Portail terminologique de santé (HeTOP) a été utilisé afin d'obtenir des termes MeSH (Medical Subject Headings). Les termes trouvés et combinés par la suite, sont les suivants : *birth plan, birth project, birth experience, childbirth preparation, labor, delivery, birth, satisfaction, positive perception, information.*

<i>Mots clés en français</i>	<i>Mots clés en anglais</i>	<i>Mesh terms</i>
Plan de naissance	<i>Birth plan</i>	/
L'utilisation du plan de naissance	<i>The use of a birth plan</i>	/
Projet de naissance	<i>Birth project</i>	/
Projet de travail	<i>Labor project</i>	/
Plan de travail	<i>Labor plan</i>	/
Naissance	<i>Birth</i>	<i>Parturition</i>
Accouchement	<i>Delivery</i>	<i>Delivery</i>
Accouchement	<i>Labor</i>	<i>Delivery</i>
Satisfaction	<i>Satisfaction</i>	<i>Satisfaction</i>
Perception positive	<i>Positive perception</i>	/
Satisfaction de la naissance	<i>Birth satisfaction</i>	/
Communication	<i>Communication</i>	<i>Communication</i>
Echange	<i>Exchange</i>	<i>Communication</i>
L'expérience de la naissance	<i>Birth experience</i>	/
Préparation à la naissance	<i>Birth preparation</i>	/
Préparation à la naissance	<i>Childbirth preparation</i>	<i>Child birth preparation</i>
Education prénatale	<i>Prenatal Education</i>	<i>Prenatal Education</i>
Education à l'accouchement	<i>Childbirth Education</i>	/
Prise de décision	<i>Decision making</i>	<i>Decision making</i>

5.4 Méthode de recherche d'articles

Les tableaux ci-dessous indiquent, selon la base de données utilisée et les combinaisons de mots clés, le nombre d'articles sélectionnés par recherche pour :

CINAHL

Combinaison de mots clés	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles sélectionnés
<i>birth plans OR labour plans OR labor plans OR birth preferences OR the use of a birth plan</i>	1892	0
<i>childbirth education OR childbirth preparation AND birth plans OR labour plans OR labor plans</i>	4357	0
<i>birth plan OR labor plan AND satisfaction</i>	901	0
<i>birth plans OR labour plans OR labor plans AND satisfaction</i>	85	0
<i>childbirth education AND birth plans</i>	55	0
<i>childbirth education AND birth plans AND satisfaction</i>	6	0
<i>birth plans OR labour plans OR labor plans AND satisfaction</i>	85	1
<i>Birth plan AND birth experience</i>	139	1

PubMed

Combinaison de mots clés	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles sélectionnés
<i>birth experience AND birth project OR birth plan</i>	2239	0
<i>birth experience and satisfaction</i>	570	0
<i>birth experience AND birth project AND satisfaction OR birth satisfaction</i>	254	0
<i>birth plan OR education labor AND birth satisfaction</i>	5	0
<i>childbirth education AND birth plans AND satisfaction</i>	4	0
<i>labor plan OR birth plan AND birth satisfaction</i>	0	0
<i>birth plan OR birth project</i>	0	0
<i>birth experience OR birth plans AND satisfaction</i>	590	1
<i>Birth plan AND birth experience AND satisfaction</i>	18	1
<i>Birth experience OR childbirth preparation</i>	5461	1

Ovid

<i>Combinaison de mots clés</i>	<i>Nombre d'articles trouvés</i>	<i>Nombre d'articles sélectionnés</i>
<i>birth plans OR labour plans OR labor plans OR birth preferences OR the use of a birth plan</i>	1892	0
<i>birth plan OR birth project AND birth satisfaction</i>	1	0

Un large panel d'articles lus lors de cette recherche d'articles a été sélectionnés et servira de références tout au long de ce travail.

Le projet de naissance, le projet d'accouchement, la satisfaction de la naissance, l'éducation au travail de l'accouchement et à la naissance, l'aide à la prise de décision ainsi que le sentiment de contrôle de la femme sont les thèmes choisis.

La pertinence du titre de l'article est un critère important pour la recherche. Les abstracts ont ensuite apporté les points clés de l'étude et ont guidé dans la sélection. La date de publication représentait un critère important et certaines études étaient trop anciennes et ne pouvaient être sélectionnées pour les 5 articles de référence, malgré leur pertinence. Beaucoup de ces études éliminées sont utilisées en tant que référence pour le travail. Les articles sélectionnés datent de 2010 jusqu'en 2016.

Les études se déroulent à Los Angeles (USA), en Ecosse, en Norvège et à Taiwan. Ces lieux sont des pays développés et comparables à la Suisse, ce qui nous permettra éventuellement d'y transposer les résultats.

Trois d'entre elles sont des études qualitatives et deux sont quantitatives. La combinaison entre les études quantitatives et qualitatives permet d'accéder à des renseignements complets. En effet, d'une part l'étude quantitative permet d'identifier des critères difficiles à mesurer tels que la satisfaction et le vécu et, d'autre part, cette méthode relève des chiffres basés sur un échantillonnage plus large.

5.5 Critères de sélection des articles

En plus des critères concernant le thème des articles, des critères d'inclusion plus généraux, essentiels dans n'importe quelle sélection d'étude, étaient nécessaires :

- La taille de l'échantillon : pas moins de 10 personnes incluses dans l'étude
- La méthodologie de l'article est adaptée et rigoureuse
- Les auteurs sont légitimes et/ou appartiennent au domaine de la recherche
- Les études sont récentes : > 2010
- Langue : français, allemand, anglais (finalement seuls des articles rédigés en anglais ont été retenus).

5.6 Etudes retenues pour la revue de la littérature

Ce dernier tableau contient uniquement la sélection des cinq articles inclus pour la revue de littérature.

Combinaison mots clé / opérateur boléens	Moteurs de recherche utilisés	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles sélectionnés	Titre
<i>birth experience or birth plans and satisfaction</i>	<i>PubMed</i>	<i>590</i>	<i>1</i>	<i>Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction</i>
<i>birth plans OR labour plans OR labor plans AND satisfaction</i>	<i>Cinahl</i>	<i>85</i>	<i>1</i>	<i>Perspectives of Expectant Women and Health Care Providers on Birth Plans</i>
<i>Birth plan and birth experience and satisfaction</i>	<i>Cinahl</i>	<i>18</i>	<i>1</i>	<i>Women's views about the importance of education in preparation for childbirth</i>

<i>Birth plan and birth experience</i>	<i>Cinahl</i>	139	1	<i>Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese</i>
<i>Birth experience or childbirth preparation</i>	<i>Cinahl</i>	5'461	1	<i>Promoting a normal birth and a positive birth experience - Norwegian women's perspectives.</i>

1) Article 1

Mei, J. Y., Afshar, Y., Gregory, K. D., Kilpatrick, S. J., & Esakoff, T. F. (2016). **Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction.** *Birth*, 43(2), 144-150. <http://doi.org/10.1111/birt.12226>

2) Article

Aragon, M., Chhoa, E., Dayan, R., Klufftinger, A., Lohn, Z. & Buhler, K. (2013). **Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans.** *Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada*, 35(11), 979-985

3) Article 3

Hollins Martin, C. J., & Robb, Y. (2013). **Women's views about the importance of education in preparation for childbirth.** *Nurse Education in Practice*, 13(6), 512-518. <http://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.02.013>

4) Article 4

Kuo, S.-C., Lin, K.-C., Hsu, C.-H., Yang, C.-C., Chang, M.-Y., Tsao, C.-M., & Lin, L.-C. (2010). **Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: A randomised controlled trial.** *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 806-814. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.012>

5) Article 5

Aune, I., Torvik, H. M., Selboe, S.-T., Skogås, A.-K., Persen, J., & Dahlberg, U. (2015). **Promoting a normal birth and a positive birth experience -- Norwegian women's perspectives.** *Midwifery*, 31(7), 721-727.
<http://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.016>

5.7 Limites et difficultés lors de la sélection des articles

Une des difficultés rencontrées avant même de commencer les recherches a été le manque de certains mots clés « MeSH ». En effet, plusieurs mots en français pouvaient définir le projet de naissance mais il était compliqué de trouver le « MeSH term » associé.

La littérature autour du sujet est généralement anglophone et cela peut constituer un biais dans ce travail, puisque les personnes qui ont analysées les résultats ne sont pas de langue maternelle anglaise.

6. DESCRIPTION DES ARTICLES SELECTIONNES

6.1 Tableaux récapitulatifs

Sur les pages suivantes, les cinq articles sélectionnés sont présentés brièvement dans un tableau.

Article 1: **“Birth plans: What matters for birth experience satisfaction”**

Auteurs	Médecins gynécologues-obstétriciens Mei, Afshar, Gregory, Kilpatrick et Esakoff.
Année, lieu	Entre 2013 et 2016.
Journal	Au Medical Cedars-Sinai à Los Angeles, clinique privée très réputée aux USA. (2016) Birth, Issues In Perinatal Care.

Design ou type de l'étude	Sous-analyse d'une cohorte prospective de patientes admises en salle d'accouchement.
Objectifs de l'étude	<p>1. Catégoriser les demandes apparaissant dans les projets de naissance (fréquence d'apparition, nombre, honoré ou non par les soignants).</p> <p>2. Examiner si le nombre de demandes satisfaites est corrélé à une augmentation de la satisfaction de l'expérience de la naissance.</p>
Population	<p>109 femmes recrutées à leur arrivée en salle d'accouchement avec un projet de naissance.</p> <p>Grossesse unique, plus de 34 SA, fœtus en présentation céphalique, susceptible de pouvoir accoucher par voie basse, avoir préalablement écrit un projet de naissance.</p>
Critères d'exclusion	Pathologies et complications obstétricales.
Procédures et méthodologie	<p>Les chercheurs ont lu les projets de naissance et répertorié 23 principales demandes. Puis, seules 8 d'entre elles (=30%) ont été ensuite analysées spécifiquement (analgésie intraveineuse, péridurale, ocytocine, épisiotomie, rupture artificielle des membranes, instrumentation, érythromycine et vitamine K).</p> <p>Ils ont ensuite déterminé deux groupes en fonction du nombre de demandes d'un projet de naissance :</p> <ul style="list-style-type: none"> > 15 demandes = nombre élevé de demandes ; < 15 demandes = nombre bas de demandes. <p>Puis dans le séjour du post-partum, un questionnaire (référence inconnue) est remis aux patientes, il évalue la satisfaction de l'accouchement selon 3 domaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> - satisfaction générale de la naissance ; - expérience de la naissance comme attendue ; - sentiment de contrôle durant l'accouchement.

	<p>-> échelle d'évaluation (l'échelle de likert de 0 à 5 est utilisée)</p> <p>Outil permettant de corréliser les demandes réalisées à la satisfaction de l'expérience.</p>
Résultats principaux	<p>Finalement, 94 femmes ont complété le questionnaire de satisfaction au post-partum.</p> <p>Avoir un grand nombre de demandes (> 15) est corrélé à une diminution de 80 % de la satisfaction globale de l'accouchement ($p < 0.01$).</p> <p>Un grand pourcentage de demandes réalisées a un impact positif sur la satisfaction de l'expérience de l'accouchement ($p = 0,03$).</p> <p>Si la demande de ne pas recevoir une intervention figure sur le projet de naissance, ce choix est respecté :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de manière significative pour les demandes néonatales (érythromycine (OR=0.02, $p=0.00$) ou la vitamine K (OR= 0.05, $p=0,00$) ; • peu significative pour les demandes obstétricales mais forte tendance pour ne pas avoir de péridurale (OR = 0,48, $p = 0,15$) et pas d'ocytocine (OR= 0,45, $p = 0.06$). <p><u>Résultats du questionnaire de satisfaction selon trois domaines :</u></p> <p>avoir un haut pourcentage de demandes réalisées est corrélé à une augmentation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de la satisfaction générale de la naissance ($p=0.03$) ; - du sentiment que l'expérience a atteint ses attentes ($p < 0.01$) ; - du sentiment de contrôle durant l'accouchement ($p < 0.01$).
Forces et limites de l'étude émises par les auteurs	<ul style="list-style-type: none"> - Limites : échantillon restreint, uniquement pour les femmes ayant préalablement préparé un projet de naissance, un seul centre de soin. - Forces: non exprimées par les auteurs.

Article 2: « **Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans** »

Auteurs	Aragon. M, Chhoa. E, Dayan. R, Klufftinger. A, Lohn Z. et Buhler. K.
Année, lieu	Effectuée entre janvier 2012 et mars 2012 en Colombie-Britannique, Canada.
Journal	(2013) Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada.
Design ou type de l'étude	Approche mixte (qualitative/quantitative).
Objectifs de l'étude	L'objectif de la recherche est d'analyser la satisfaction des femmes par rapport au plan d'accouchement. Elle a pour but de comprendre les points de vue des femmes, des soignants et des personnes de soutien à l'égard de l'utilisation du plan d'accouchement.
Population	122 femmes et 110 soignants et personnes de soutien, recrutés à partir des réseaux sociaux spécialisés dans la naissance, au cours de la grossesse et lors du post-partum.
Critères d'exclusion	Critères non énoncés dans l'étude.
Procédures et méthodologie	<p>Ils ont utilisé un questionnaire (après revue de la littérature) constitué de questions fermées et non démographique (quantitatif), ainsi que de deux questions ouvertes (qualitatif) pour déterminer les avantages et les inconvénients de l'utilisation d'un projet de naissance.</p> <p>Les données quantitatives ont été analysées de façon descriptive. Les réponses textuelles ont été annotées par quatre chercheurs, puis les différentes catégories de réponses ont été discutées parmi les enquêteurs pour identifier les thèmes importants. Les principaux thèmes ressortis de l'analyse sont fondés sur l'approche phénoménologique, qui se base sur l'analyse directe de l'expérience vécue par un sujet, pour ensuite chercher le sens de l'expérience à travers ses yeux.</p>

	Peu d'informations sont données concernant la collecte de données qui s'est déroulée dans la période du post-partum.
Résultats principaux	<p>Deux principaux avantages des projets de naissance sont décrits :</p> <p>1 : 53% (n = 65) des femmes et 57% (n = 63) de leurs compagnons déclarent que le plan de naissance est un outil de communication pour que le partenaire, la famille et le soignant comprennent les préférences et attentes des femmes pour le travail et l'accouchement.</p> <p>2 : 47% (n = 57) des femmes et 41% (n = 45) de leurs compagnons déclarent que l'élaboration d'un plan de naissance est un outil éducatif qui permet aux femmes d'avoir les connaissances, d'identifier leurs options et d'aborder leurs préoccupations.</p> <p>Avantages de manière générale du plan de naissance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - augmente l'autonomie des femmes (<i>empowerment</i>) ; - favorise la décision partagée ; - renforce le sentiment de contrôle ; - permet une vision positive de l'accouchement. <p>Désavantages rapportés du plan de naissance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - déception causée différent des attentes ; - faux sentiment de contrôle ; - attentes irréalistes.
Limites et forces de l'étude émises par les auteurs	<p>Limites:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le recrutement des participants s'est concentré uniquement sur les femmes et leurs accompagnants résidant en Colombie-Britannique. - Le questionnaire était disponible uniquement en anglais, érigeant ainsi une barrière culturelle et ethnique. - L'étude a été menée dans un seul lieu et parmi une seule population, ce qui peut empêcher la généralisation des résultats à d'autres populations. <p>Forces: non exprimée par les auteurs.</p>

Article 3: **Women's view's about the importance of education in preparation for childbirth**

Auteurs	Caroline Joy Hollins Martin, sage-femme et enseignante à l'Université de Salford, au Royaume-Uni. Yvonne Robb, docteure en recherche à l'Université de Glasgow Caledonian, au Royaume-Uni.
Année, lieu	2013, dans une maternité de l'est de l'Ecosse.
Journal	(2013) Nurse Education in Practice.
Design ou type de l'étude	Etude qualitative.
Objectifs de l'étude	Analyser le point de vue des femmes sur l'éducation lors de la préparation à la naissance.
Population	228 participantes sélectionnées au post-partum, grossesse sans complication, entre 37 et 42 semaines d'aménorrhées.
Critères d'exclusion	Femmes avec un diagnostic médical, des antécédents obstétricaux, une grossesse prématurée (<37SA) ou une grossesse avec un terme dépassé (>42 SA), âgées de moins de 16 ans ou de plus de 50 ans, un antécédent de décès à la naissance, néonatal ou périnatal.
Procédures et méthodologie	Les femmes ont dû ajouter des commentaires par écrit sur leurs propres réponses d'un questionnaire (Hollins Martin & Fleming, 2011) utilisé lors d'une précédente étude quantitative se servant de l'échelle de satisfaction (BSS) (Hollins Martin & Martins, 2014). Les auteurs ont utilisé l'analyse de thématique développée par Braun et Clarke's (2006), méthode permettant d'identifier, d'analyser et de reporter les thèmes souvent utilisés pour les analyses qualitatives.
Résultats principaux	Trois thèmes principaux ont émergé des commentaires pour l'ensemble des femmes :

	<ol style="list-style-type: none"> 1. « Mieux vaut être préparé » <ul style="list-style-type: none"> - avoir la connaissance aide à vivre le processus de la naissance. 2. « Préparées grâce aux expériences passées (pour les multipares) » <ul style="list-style-type: none"> - Avoir déjà vécu un accouchement permet d'avoir suffisamment de connaissances. 3. « Durant le travail, rien ne se déroule comme prévu » <ul style="list-style-type: none"> - Accepter de ne pas pouvoir prévoir le déroulement de l'accouchement aide à vivre des situations imprévues.
Forces et limites de l'étude émises par les auteurs	<p>Limites : Si des entretiens avaient été menés en complément, les données des commentaires auraient gagné en qualité d'interprétation.</p> <p>Forces: non exprimées par les auteurs.</p>

Article 4: Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: A randomised controlled trial

Auteurs	Su-Chen Kuo, Kuan-Chia Lin, Chi-Ho Hsu, Cherng-Chia Yang, Min-Yu Chang, Chien-Ming Tsao et Lie-Chu Lin.
Année, lieu	Entre mars et octobre 2007, 10 obstétriciens dans sept différents centres hospitaliers dans le centre et le nord de Taïwan.
Journal	(2010) International Journal of Nursing Studies.
Design ou type de l'étude	Etude quantitative randomisée contrôlée en semi-aveugle.
Objectifs de l'étude	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'expérience de la naissance. 2. L'évaluation des femmes du sentiment de contrôle et la satisfaction des attentes.

	<p>Dans la période post-partum, la patiente a rempli :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. un questionnaire sur la satisfaction des attentes de l'accouchement (Kao et al., 2004) évaluant : <ul style="list-style-type: none"> - l'environnement des soins ; - le soutien du conjoint ; - le degré de maîtrise et de participation ; - la douleur et la participation 2. une échelle sur le sentiment de contrôle (Hodnett and Simmons-Tropea, 1987; Dennis et al., 2004). 3. un questionnaire sur l'expérience de l'accouchement (Kao, 2002).
<p>Résultats principaux</p>	<p>Groupe expérimental: résultats significatifs concernant :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. le degré d'expérience positive d'accouchement plus élevé que le groupe témoin ($t = 2,48, p = 0,01$) ; 2. le sentiment de contrôle de l'accouchement ($t = 9,60, p < 0,001$) plus élevé que le groupe témoin ; 3. le taux plus élevé des attentes satisfaites concernant l'accouchement ($t = 2,63, p < 0,01$) ; 4. le degré plus élevé de maîtrise et de participation lors de l'accouchement ($t = 3,74, p < 0,001$). <p>Les résultats démontrent que l'expérience de l'accouchement, le degré de contrôle, la participation aux décisions et la satisfaction des attentes de l'accouchement sont significativement meilleurs dans le groupe expérimental que dans le groupe témoin. L'utilisation d'un projet de naissance permet donc d'augmenter la satisfaction de la naissance en permettant à la femme de se sentir impliquée dans son accouchement tout en ayant des attentes réalistes.</p>
<p>Forces et limites de l'étude émises</p>	<p>Forces : sept différents centres hospitaliers, échantillon important, critères d'admissibilité larges et randomisation.</p> <p>Limites : seulement 10 médecins des 7 cliniques, opinion et influence des autres membres de la famille des femmes enceintes peu claires, données</p>

par les auteurs	collectées juste après l'accouchement, sentiments à long terme n'ont pas été explorés. Projet de naissance axé sur les soins intra-partum des primipares, sans inclure les soins post-partum et les soins mère-bébé.
-----------------	---

Articles 5: « **Promoting a normal birth and a positive birth experience – Norwegian women's perspectives** »

Auteurs	Ingvild Aune, Helen Marit Torvik, Siv-Tonje Selboe, Ann-Karin Skogås, Janicke Persen, Unn Dahlberg.
Année, lieu	Effectuée entre janvier 2012 et mars 2012, en Norvège.
Journal	(2015) Midwifery.
Design ou type de l'étude	Approche qualitative.
Objectifs de l'étude	Le but de l'étude est d'acquérir une meilleure compréhension des facteurs internes et de l'environnement de la femme importants pour la promotion d'une naissance physiologique et d'une expérience positive de la naissance.
Population	12 primipares âgées de 22 ans à 34 ans. Toutes d'origine norvégienne, recrutées lors de consultation dans le département du post partum. Uniquement des femmes avec une bonne santé habituelle, ayant vécu un accouchement physiologique avec une expérience positive de la naissance, maîtrisant le norvégien, vivant avec leur partenaire, ayant accès aux milieux éducatifs inférieurs et supérieurs.
Critères d'exclusion	/

Procédures et méthodologie	<p>Entretiens menés à cinq à six semaines de la période du post-partum. Chaque entrevue a duré environ 60 minutes, au domicile des femmes ou selon leur convenance.</p> <p>Un questionnaire constitué de questions ouvertes sert de guide à l'entrevue (Malterud, 2011), les questions dérivent d'une revue de littérature sur le sujet de la connaissance professionnelle et de l'expérience.</p> <p>Entretiens enregistrés puis retranscrits (Giorgi's, 1985).</p> <p>Méthode d'analyse phénoménologique en quatre étapes menées par une équipe de chercheurs (Malterud, 2011) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. les entretiens ont été lus pour obtenir une impression générale dans le but de faire émerger les facteurs influençant positivement l'expérience de la naissance ; 2. les chercheurs ont identifié les facteurs suivants: stabilité dans la vie quotidienne, relation proche, attitude positive face à la naissance, stratégies de <i>coping</i> ; 3. ces facteurs ont ensuite été classés en deux thèmes principaux: l'environnement sûr et la force émotionnelle. 4. Finalement, les chercheurs ont remis les différents thèmes dans leur contexte en notant des témoignages et des réflexions des femmes pour illustrer leur propos.
<i>Résultats principaux</i>	<p>Selon les participantes, chacun des thèmes suivants peut contribuer à un sentiment de confiance et de force émotionnelle et donc à une expérience positive de la naissance : un environnement sûr, un réseau stable, une attitude positive de la femme envers l'accouchement et l'utilisation des stratégies d'adaptation pour pouvoir faire face et envers la vision naturelle de l'acte de donner naissance.</p>
Forces et limites de l'étude émises par les auteurs	Limites :

	<ul style="list-style-type: none">- Les résultats de l'étude ne permettent pas de connaître les différentes possibilités entre les femmes qui donnent naissance dans de petites et grandes maternités. <p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none">- Toutes les femmes ont discuté des sujets longuement, et ont offert une description détaillée de leurs expériences.
--	---

6.2 Analyse transversale

6.2.1 Légitimité des auteurs

L'ensemble des équipes de chercheurs des études sélectionnées (Aune et al., 2015 ; Hollins Martin & Robb, 2013 ; Kuo et al., 2010 ; Mei et al., 2016) est constitué de professionnels aux activités similaires. L'équipe de l'étude américaine (Mei et al., 2016) est composée uniquement de médecins gynécologues-obstétriciens, sans aucune sage-femme, ce qui pourrait représenter un préjudice dans l'évaluation d'une problématique tel que le projet de naissance. Bien que très qualifiés, ils se pourrait que leurs préoccupations ne correspondent pas à la réalité du terrain auprès des femmes durant le travail de l'accouchement et que leurs critères sélectionnés soient trop éloignés des besoins des femmes. Les sages-femmes, elles, sont susceptibles d'être confrontées aux demandes particulières des couples en salle d'accouchement ou durant la grossesse. Les auteurs de deux des études (Aune et al., 2015; Hollins Martin & Robb., 2013) sont des infirmières/sages-femmes et chercheuses, ce qui laisse penser que leur évaluation de l'expérience de l'accouchement des femmes à travers une étude est appropriée.

Une étude (Aragon et al., 2013) est surprenante du fait qu'aucun de ses auteurs ne travaille dans le domaine de l'obstétrique, mais dans la santé de la famille. Cette équipe a permis d'élargir le champ de recherche, en s'intéressant aux avis des soignants et conjoints ou accompagnants des femmes sur leur vision des projets de naissance. En revanche, les auteurs ne sont pas issus du milieu de la recherche, ce qui peut expliquer les méthodes et les biais éventuels. La quatrième étude (Kuo et al., 2010) a été menée par des infirmières sages-femmes de différentes écoles

taiwanaises en étroite collaboration avec des médecins gynécologues, ce qui explique l'orientation très médicale de cette étude.

Les cinq études sélectionnées ont été publiées durant les dix dernières années, cette notion ayant répondu à un critère d'inclusion dans le choix des articles. Elles ont été diffusées dans cinq revues spécialisées de l'obstétrique reconnues : « International Journal of Studies » (Kuo et al., 2010), « Birth » (Mei et al., 2016), « Journal of Obstetrics and Gynaecologia Canada » (Aragon et al., 2013), « Nurse Education in Practice » (Hollins Martin & Robb, 2013), « Midwifery » (Aune et al., 2015). Tous les articles de ces revues médicales sont soumis à une évaluation par des pairs (peer review).

6.2.2 Lieux

Les études sélectionnées ont été menées dans divers endroits du monde : aux USA (Mei et al., 2016), au Canada (Colombie – britannique) (Aragon et al., 2013), en Norvège (Aune et al., 2015), en Ecosse (Hollins Martin & Robb, 2013) et à Taiwan (Kuo et al., 2010). La diversité de ces lieux appuie la crédibilité de ce travail de recherche, la réponse à la question principale se révélant plus plausible si les sources proviennent de lieux dissemblables. Les résultats de ces différentes études devraient être transposables à la population suisse, puisque le système de soins est similaire.

Les informations concernant la précision des lieux où ont été menées les études sont médiocres. En effet, dans l'article Aune et al. (2015), les auteurs parlent de la Norvège, mais aucune indication concernant le genre de centre hospitalier n'est dévoilée. De même, pour l'étude de Kuo et al. (2010), les lieux sont peu décrits, le lecteur ignore s'il s'agit d'hôpitaux publics ou privés ainsi que le niveau des prestations. En revanche, le fait qu'elle soit multicentrique puisqu'elle se déroule dans sept centres médicaux, représente le point positif de l'étude Kuo et al., (2010).

Concernant les études de Aragon et al. (2013), Hollins Martin & Robb (2013) et Kuo et al. (2010), il est décrit que les études se sont basées sur les expériences des accouchements dans des maternités ou des centres hospitaliers. Ces indications ne permettent pas de mettre en avant le type d'institution participant à la satisfaction des

femmes et des couples. L'étude menée aux USA, Mei et al. (2016), elle, indique que la recherche a été faite dans une clinique privée très réputée.

6.2.3 Méthodes de recrutement

Certaines méthodes de recrutement ne sont pas correctement décrites ou ne représentent pas des moyens fiables. Les résultats pourraient donc être biaisés. En effet, pour l'étude de Aragon et al. (2013), les participants ont été recrutés à partir des réseaux sociaux spécialisés dans la naissance, au cours de la grossesse et du post-partum. Or, cette méthode ne permet de participer au questionnaire que si les personnes ont accès à internet ou sont intéressées par les réseaux sociaux, ce qui empêche de généraliser ou d'extrapoler les résultats de cette étude à d'autres populations. De plus, les critères d'inclusion et d'exclusion ne sont pas nommés dans l'étude, ce qui lui fait perdre de la crédibilité. Dans l'hypothèse qu'aucun critère de sélection n'a été défini, il aurait été intéressant d'en informer le lecteur, puisque cela permettrait un élargissement des résultats à une population plus générale ainsi qu'à des grossesses non-physiologiques.

Dans l'étude de Hollins Martin & Robb (2013), les chercheurs expliquent que les femmes ont été recrutées lors du post-partum ; le moment précis du recrutement n'est toutefois pas indiqué. Or, la période du post-partum s'étend sur une année après l'accouchement, rendant les perceptions probablement très variables.

La méthode de recrutement des participantes est clairement explicitée et adéquate dans l'étude de Aune et al. (2015). Les nombreux critères d'inclusion de cette étude aboutissent à une exclusion injustifiée des femmes n'entrant pas dans les critères. De plus, une part d'incompréhension survient lorsque l'article parle de « naissance normale ». Ce terme est utilisé dans le titre et apparaît tout au long de l'article, sans que le lecteur n'ait aucune d'indication quant à sa signification.

Dans l'étude de Kuo et al. (2010), les critères de recrutement ont permis d'obtenir des groupes comparables. Les participantes des deux groupes ont pu bénéficier de soins standards durant la grossesse, incluant l'accès à des cours de préparation à la naissance.

6.2.4 Critères d'inclusion

Pour les études de Aune et al. (2015) ainsi que Hollins Martin & Robb. (2013), seules des femmes avec des grossesses à bas risques ont été sélectionnées pour participer à la recherche. L'étude de Mei et al. (2016) s'est déroulée dans une clinique privée, créant un biais de sélection en lien avec la classe sociale élevée des participantes. Dans la majorité des études, les critères d'exclusion concernent les éléments s'éloignant de la physiologie. En effet, toutes complications obstétricales excluaient immédiatement des participantes dans les études de Mei et al. (2016) et Kuo et al. (2010). En revanche, les multipares faisaient partie de l'étude Hollins Martin & Robb (2013), fait plutôt rare dans la littérature et qui apporte une plus-value.

Ces critères indiquent que les études n'incluent que des femmes dont les situations sont sans complications, ce qui constitue un biais non négligeable. En effet, toutes les femmes enceintes dites à risque ont été exclues, ce qui pourrait une fois de plus renforcer le sentiment que le projet de naissance n'est pas compatible avec un accouchement plus compliqué. Or, ces femmes mises à l'écart, auraient probablement eu besoin de bénéficier d'un projet de naissance comme les autres. D'ailleurs, des critères d'inclusion trop stricts peuvent limiter la quantité de participantes, et par conséquent influencer la taille des échantillons.

L'article d'Aragon et al. (2013) est le seul à ne pas mentionner de critère d'exclusion, ce qui a probablement permis à n'importe quelle femme de participer. L'étude ne décrit en revanche pas l'âge des femmes ayant répondu au questionnaire, alors qu'il est probable que l'âge des participantes puisse influencer les résultats. De plus, ni la gestité ni la parité n'est spécifiée.

6.2.5 Echantillons

La taille des échantillons dans les études est relativement hétérogène : 12 participantes pour l'étude de Aune et al. (2015), 109 pour celle de Mei et al. (2016), 228 pour celle de Hollins Martin & Robb (2013), 232 pour celle de Aragon et al. (2013) et 296 pour celle de Kuo et al. (2010).

Dans l'étude de Mei et al. (2016), bien que l'échantillon soit issu d'un grand centre hospitalier, il est restreint (n=109) et les participantes sont recrutées dans un seul et même centre. Dans ces conditions, les résultats sont difficilement transposables à une

plus large population. D'ailleurs, l'étude a été menée uniquement dans une clinique privée, ce qui pourrait créer un biais de sélection, avec des femmes provenant d'un milieu aisé. De plus, le lecteur n'a pas d'indication concernant l'âge des femmes ni leur gestité et parité, ce qui pose une réelle limite. En effet, leurs attentes et préoccupations pourraient varier selon ces facteurs, dont les auteurs n'ont pas tenu compte et qui pourraient impacter sur les résultats. L'étude d'Aragon et al. (2013), a obtenu 232 participants, ce qui est relativement élevé pour une étude liant le qualitatif au quantitatif tout en permettant d'avoir des résultats fiables. La sélection du panel de l'étude de Aune et al. (2015), constitué de 12 femmes, convient à la taille d'un l'échantillon standard pour une étude qualitative, le fait d'avoir une population restreinte étant cohérent avec une approche qualitative. Concernant l'étude qualitative de Hollins Martin & Robb (2013), la taille de l'échantillon paraît conséquente (228 participantes) pour une analyse détaillée réalisée par seulement deux auteurs. Ce grand nombre pourrait avoir un impact sur la qualité et la précision des résultats. Par ailleurs, l'étude de Kuo et al. (2010) justifie la taille de l'échantillon (296) par le « Statistical power analysis », outil permettant de connaître le nombre de personnes nécessaires pour l'obtention de résultats significatifs.

6.2.6 La méthodologie

Pour évaluer la corrélation entre un haut taux de demandes et la satisfaction de l'accouchement, Mei et al. (2016) ont utilisé dans leur étude de cohorte prospective l'outil statistique de corrélation (Spearman). Un des gros biais de cette étude est issu de la méthode d'analyse. En effet, sur les 23 demandes principales, seules 8 d'entre-elles ont été évaluées pour des raisons logistiques, mais sans explication concernant leur sélection. Les auteurs n'ont pas tenu compte d'autres demandes qui auraient pourtant été pertinentes comme *la mobilisation, l'usage de la baignoire lors du travail ou encore limiter la fréquence des examens vaginaux*. Il aurait été très intéressant que ces items soient évalués concernant l'influence des demandes auprès des soignants. En effet, ces demandes semblent être des préoccupations plus représentatives des femmes que les critères sélectionnés par les auteurs, très médicaux-centrés comme *la péridurale ou l'instrumentation*.

L'étude d'Aragon et al. (2013), conduite par une « méthode mixte », associe une étude quantitative et qualitative, principalement utilisée pour des travaux sociologiques. L'intérêt de combiner les deux méthodes est de s'appuyer sur leurs forces et d'offrir des perspectives plus larges. L'analyse des résultats dans cet article est pertinente et adaptée, car les chercheurs ont travaillé en partenariat avec des enquêteurs pour identifier les thèmes importants. L'analyse statistique est correctement décrite dans cet article. En effet, les données quantitatives ont été analysées de façon descriptive, les réponses textuelles aux questions ouvertes ont été annotées par des chercheurs selon différents critères afin d'être analysées. Cependant, nous n'avons pas connaissance de la nature de ces critères. La méthode de la recherche est expliquée de manière succincte et elle manque de précision. En effet, les questions posées aux participants sont évoquées, mais la méthode utilisée pour recueillir l'information n'est pas développée, ce qui pose question lors de la première lecture de l'article. La découverte de l'annexe à la fin de l'article dévoile au lecteur le questionnaire et les différentes questions ouvertes et fermées qui ont guidé les participants dans leurs réponses. Par ailleurs, le questionnaire se révèle être précis et tout à fait en lien direct avec les objectifs de l'étude.

La randomisation de Kuo et al. (2010) a permis d'offrir une comparaison optimale due à une répartition homogène. Or, le projet de naissance générique du groupe expérimental contenait des procédures qui semblent être obsolètes pour des pays occidentaux telle que la Suisse ; des options comme le rasage du pubis, le lavement ou l'épisiotomie systématique étaient proposées. Le groupe témoin a reçu des soins standard. L'étude randomisée est intéressante, puisqu'elle propose une comparaison entre deux groupes aux critères transposables. Le *statistical analysis power* a permis de déterminer le nombre nécessaire de personnes dans chaque groupe afin d'obtenir des résultats significatifs.

Les études qualitatives (Aune et al., 2015; Hollins Martin & Robb, 2013) ont toutes deux employé des méthodes permettant aux chercheurs de mettre en lumière des thèmes émergents après lecture et analyse des entretiens et des commentaires écrits. Ce choix d'analyse qualitative est pertinent pour traiter de sujets tels que le point de

vue des femmes concernant l'expérience de l'accouchement et la physiologie de la naissance. Cependant, dans l'étude d'Hollins Martin & Robb (2013), il aurait été intéressant d'avoir des entretiens.

6.2.7 Outils

Les questionnaires des études de Mei et al. (2016), Aragon et al., (2013), Hollins Martin & Robb (2013), ainsi que Kuo et al. (2010), ont été pensés selon différents modèles dont les références figurent dans l'article, mais dont le lecteur novice n'a probablement pas connaissance. Les questionnaires de l'étude de Kuo et al. (2010) ont été traduits de l'anglais au chinois, puis à nouveau en anglais, ce qui pourrait avoir altéré la retranscription des questions. Le recueil de données concernant l'évaluation du contrôle à un jour post-partum est judicieuse, puisque l'événement est encore très proche et facilement identifiable. En revanche, l'évaluation de la satisfaction générale de la naissance semble être prématurée si peu de temps après l'événement. Le moment idéal se situe entre 4 et 6 semaines post-partum (Carquillat, Boulvain, & Guittier, 2016).

Le questionnaire utilisé dans l'étude de Mei et al. (2016) est décrit précisément. Cependant, la revue n'indique pas le moment exact où les femmes ont complété le questionnaire dans le post-partum. Cette information peut être primordiale, puisque les perceptions de satisfaction sont différentes selon la période post accouchement. Les questionnaires contiennent des réponses fermées. Cela a permis de répondre à une des questions formulées, à savoir l'impact du nombre de requêtes spécifiques.

A la suite de leur première étude quantitative, Hollins Martin & Robb (2013), ont judicieusement proposé aux femmes d'ajouter des commentaires « qualitatifs » personnels dans les 10 jours post-partum. Cette distance qui sépare la femme de son accouchement est intéressante et offre aux participantes la possibilité d'avoir eu un temps de réflexion. En revanche, l'absence d'entretiens individuels se ressent et a un impact sur la qualité de l'étude. En effet, les questionnaires ne permettent pas d'approfondir certains des commentaires et avis des participantes, comme il est possible de le faire lors d'une conversation. Avec cette méthode, il n'a pas été possible de comprendre réellement le sens profond que représente la préparation à la

naissance pour ces femmes. Il manque des explications sensibles et nuancées qu'aurait pu offrir un entretien. Cela peut constituer un biais de désirabilité. Cela traduit-il un désir de ne pas décevoir ou de faire plaisir au chercheur ?

L'outil utilisé dans l'étude de Aragon et al. (2013) est correctement expliqué et le questionnaire en annexe complète la compréhension du lecteur. Malgré cela, il est décrit que les participants ont répondu à ce questionnaire pendant la grossesse ou le post-partum. Le choix des auteurs de questionner des femmes à la fois enceintes ou ayant déjà accouché est étonnant, car une nette différence peut être observée dans les réponses des participantes selon la période qu'elles vivent au moment où elles ont participé à l'étude.

L'étude de Aune et al. (2015), dont les outils sont expliqués clairement, exploite une période post-partum plus tardive, entre les 5^{ème} et 6^{ème} semaines post-partum. Les femmes ont eu le temps de repenser à leur expérience de la naissance avant de participer à l'étude, ce qui rend les résultats intéressants. Les entrevues comportent un entretien guidé par des questions ouvertes, préparées à l'avance, ce qui est décrit clairement et est totalement approprié à l'étude qualitative. Les données présentées proviennent d'entrevues approfondis menés par des sages-femmes durant lesquels les femmes ont discuté du vécu de leur accouchement.

6.2.8 La solidité des analyses des résultats

Les études qualitatives :

Le choix de l'analyse qualitative est justifié pour l'étude de Hollins Martin & Robb (2013). Chaque donnée est lue et interprétée par les auteurs, proposition qui semble judicieuse, dans la mesure où des expériences individuelles sont investiguées et que chacune des réponses obtenues est explorée. La méthodologie employée (Braun et Clarke, 2006) explique comment ils ont obtenu ces résultats.

Bien que les thèmes aient été trouvés grâce à la méthode de Braun et Clarke (2006), il se peut que ces items proposés par les auteurs (« mieux vaut être préparée », « préparée à travers les expériences passées » et « rien ne se passe comme prévu ») soient issus d'une interprétation subjective pouvant entraîner un biais

dans les résultats. Les commentaires annotés par les participantes figurant dans l'article ont été choisis arbitrairement par les auteurs. Bien que les extraits illustrent des résultats obtenus dans diverses études et confirment que les thèmes sont pertinents et crédibles, les auteurs ne précisent pas le nombre de femmes ayant exprimés ces commentaires. L'absence d'entretiens individuels est un vrai manque dans la qualité de l'étude. En effet, les questionnaires ne permettent pas d'investiguer certains des commentaires et explications de manière sensible et nuancée que lors d'un entretien. Avec cette méthode, il est difficile de comprendre réellement le sens profond que représente la préparation à la naissance pour ces femmes.

En revanche, pour la deuxième étude qualitative (Aune et al., 2015), les données présentées proviennent d'entretiens approfondis avec des femmes qui ont partagé le vécu de leur accouchement. Il est important de noter que les entretiens étaient guidés par une sage-femme et non par des médecins. Les entrevues ont été menées cinq à six semaines après l'accouchement, ce qui indique que les femmes ont bénéficié de temps afin de repenser à leur expérience de la naissance avant de participer à l'étude. En revanche, il n'est pas possible de déterminer si l'auteur a pu induire les réponses des participantes ou si celles-ci ont donné des réponses attendues par la chercheuse, ce qui représenterait un biais appelé « biais de désirabilité ». Par ailleurs, de par les critères de sélection, les résultats ne peuvent être transposés à des femmes avec des expériences de la naissance non physiologiques. De plus, seules les femmes ayant jugé leur accouchement comme étant un événement positif ont été invitées à participer à l'étude, discriminant une fois de plus les femmes avec un contexte moins physiologique. Les thèmes retenus après analyse des résultats sont susceptibles d'être biaisés, puisqu'ils ont été déterminés après plusieurs étapes d'interprétations des auteurs.

Dans l'étude Aragon et al. (2013), les questionnaires proposés sont identiques pour les femmes enceintes ou celles ayant déjà accouché, ce qui est un choix surprenant, puisque la période de vie est très différente et non comparable. L'étude répond à la question de la recherche en indiquant que le projet de naissance peut améliorer l'expérience du travail et de l'accouchement si la femme comprend que des circonstances inattendues et incompatibles avec son projet peuvent survenir au cours

du travail. Les résultats décrivent de manière adéquate les informations données par les femmes, ainsi que celles de leurs compagnons. Par ailleurs, il semble que l'étude développe peu les avis des soignants, qui n'ont été pris que brièvement en considération. Cela pourrait signifier que l'étude n'a pas inclus tous les résultats obtenus pour faire apparaître uniquement ceux en faveur de la question de recherche.

Les études quantitatives :

Dans l'étude quantitative de Mei et al. (2016) les critères très médicaux-centrés semblent être éloignés des demandes réelles des femmes et de ce qui a été vu dans la pratique sur le terrain. Il semblerait que cette étude ne soit pas une réelle analyse, mais plutôt une analyse de pratique.

Les auteurs ont permis de faire un état des lieux sur les éléments figurant dans les projets de naissance, mais il serait intéressant de pouvoir évaluer comment ils pourraient améliorer l'expérience de la naissance. Le terme « satisfaction » est réducteur pour évaluer le vécu, car « être satisfaite » des soins n'est pas forcément synonyme de « bonne expérience ».

Seules les attentes des femmes concernant des interventions ont été évaluées alors que leurs émotions et besoins n'ont à aucun moment été considérés. Cette approche très médicale questionne la réalisation de ces projets de naissance, qui mériterait sans doute un accompagnement et une construction avec des sages-femmes. Ces projets d'interventions médicales sont-ils réalistes et applicables dans un contexte hospitalier ? Tiennent-ils compte de la nature imprévisible de l'accouchement et des besoins profonds des femmes ? Cela renforce d'autant plus l'avis que le projet de naissance doit être avant tout un outil pédagogique. Toutefois, il est intéressant de constater que les demandes néonatales étaient plus facilement réalisables, puisque celles-ci sont faites avant le travail de l'accouchement et n'ont pas de raison d'être réévaluées une fois accordées.

Un biais important dans la validité des résultats ainsi que la transposabilité à la population générale vient du fait que les questionnaires contiennent des réponses fermées pouvant induire un biais de désirabilité. La réponse pourrait avoir été influencée par la formulation de la question et ne pas représenter exactement l'avis de

la participante. Finalement, bien que les trois domaines évalués au post-partum semblent être pertinents, les 8 critères sélectionnés par les médecins ne conviennent que très moyennement à l'évaluation du sentiment de contrôle ou des attentes de l'accouchement, par exemple l'usage de l'ocytocine, l'absence d'épisiotomie ou encore l'instrumentation par un forceps ou une ventouse, puisque tous dépendent davantage de l'évolution de la situation et d'une décision médicale que du choix réel de la parturiente. Or, pour avoir le sentiment de contrôle et d'implication de son accouchement, il faut avoir la possibilité de faire des choix.

Le groupe expérimental dans l'étude randomisée de Kuo et al. (2010) bénéficiait d'un projet de naissance générique développé par les chercheurs contenant une série d'option que la femme pouvait ou non choisir pour son accouchement. Cette liste de procédures peut paraître obsolète pour des pays occidentaux, telle que la Suisse puisqu'elle propose des options ne figurant pas dans les protocoles helvétiques. Le projet de naissance proposé sous cette forme rigide a tout de même permis aux femmes, selon les résultats de l'étude, d'être partie prenante dans le contrôle de leur accouchement. Laisser l'option du choix a finalement plus d'impact sur le sentiment de contrôle que sur les propositions en elles-mêmes. Pouvoir exprimer ses envies, prendre activement part à la situation ou simplement se sentir respecté et accompagné par l'équipe médicale participe fortement à ce sentiment de contrôle, même dans le cas où la demande ne pourrait être validée.

L'évaluation du contrôle à un jour post-partum est judicieuse, puisque le ressenti est encore très proche et facilement identifiable. En revanche, l'évaluation de la satisfaction générale de la naissance en lien avec ses attentes formulées durant la grossesse semble être prématurée si peu de temps après l'événement. Juger un tel événement dans sa globalité semble illusoire à quelques heures seulement de son déroulement ; un temps de recul est nécessaire pour pouvoir y réfléchir.

Tous les questionnaires ont démontré des résultats significativement différents entre les deux groupes, pouvant conclure que le projet de naissance participe clairement à une expérience positive de l'accouchement en augmentant le sentiment de contrôle.

Les aspects sociologiques des résultats des études doivent être pris en compte notamment dans la recherche taiwanaise. Il est fort possible qu'un modèle culturel asiatique plus paternaliste n'encourage que peu l'autonomie de la femme et sa participation aux soins. Cette divergence culturelle pourrait expliquer le projet de naissance sous forme de liste. Certains résultats, tout comme ceux de l'étude américaine de Kuo et al. (2010) avec ses procédures désormais très peu appliquée en Suisse, ne peuvent être utilisés.

6.2.9 L'éthique dans les études choisies

La majorité des études (Aune et al. (2015) ; Hollins Martin & Robb (2013) ; Kuo et al. (2010) ont obtenu l'approbation d'un comité d'éthique. Cependant, deux d'entre elles - Mei et al. (2016) ; Aragon et al. (2013) - ne le mentionnent pas clairement.

Les participants de trois des études sélectionnées ont dû signer un consentement éclairé avant de participer à l'étude (Mei et al. 2016 ; Aragon et al. 2013 ; Aune et al. 2015). Concernant l'étude d'Aragon et al. (2013), les participantes ont été recrutées sur les réseaux sociaux, et les méthodes ont été expliquées clairement, ce qui amène à déduire qu'elles étaient consentantes à l'idée de participer à l'étude.

Concernant l'étude de Hollins Martin & Robb, (2013), l'anonymat était préservé car chaque participante avait un numéro attribué conjointement à un « M » pour multipare et un « P » pour primipare. En revanche, la recherche de Aune et al. (2015) nomme les participantes sans préciser s'il s'agit de prénoms d'emprunt.

Malgré tout, aucune des études ne semblent mettre en cause les quatre principes éthiques que sont la justice, l'autonomie, la bienfaisance et la non-malfaisance (AMM, 1964).

De manière générale, il est étonnant qu'une part substantielle de la population soit systématiquement exclue des études, sous prétexte que leur situation obstétricale sort de la physiologie.

6.3 Analyse transversale des résultats par thèmes

6.3.1 L'éducation à la naissance

Plusieurs études mettent en lumière l'importance de l'éducation à la naissance lors de la grossesse pour augmenter la satisfaction de l'accouchement. Selon Aune et al. (2015), les femmes trouvent très utile de recevoir des informations pertinentes pendant la grossesse, notamment en se préparant à l'accouchement grâce à des cours dispensés par des sages-femmes ou en discutant avec d'autres couples à propos du processus de la naissance (Aune et al., 2015). Dans le même esprit, Hollins Martin & Robb (2013) ont permis d'évaluer la signification que représente l'éducation à la naissance pour les femmes. « Être préparée » permet d'avoir la connaissance de ce qui peut être attendu lors de la grossesse et de l'accouchement ; en d'autres mots, « la connaissance est synonyme de pouvoir ». Des femmes multipares ont dit se sentir suffisamment instruites à travers leurs propres expériences, certaines jugeant même ne pouvoir réellement se préparer qu'en vivant l'événement. Recevoir des explications de qualité à travers des cours de préparation à la naissance facilite la compréhension du caractère imprévu de l'accouchement. Aragon et al. (2013) démontre que le projet de naissance agit comme un outil éducatif très important en offrant de nombreux avantages notamment d'exprimer ses attentes à son partenaire, à sa famille et aux soignants.

6.3.2 Les attentes de la naissance

D'après l'étude d'Aragon et al. (2013), connaître les attentes de la femme concernant son accouchement est une notion nécessaire à son bon vécu. Les auteurs ajoutent la notion d'attentes réalistes comme primordiale. Selon Aune et al. (2015), il est fondamental de savoir que l'accouchement reste imprévisible et ne peut être planifié en détail. L'étude de Hollins Martin & Robb (2013) décrit également l'importance de savoir que l'accouchement est accompagné d'événements imprévus, et ce pour favoriser une bonne expérience. En ce qui concerne la planification de l'accouchement, Mei et al. (2016) démontrent qu'un taux trop élevé de demandes contribue fortement à diminuer la satisfaction relative à l'expérience de la naissance. Cependant, le nombre de demandes satisfaites est directement corrélé avec la perception positive de la naissance.

6.3.3 Le sentiment de contrôle

Le sentiment de contrôle perçu par les femmes est décrit comme un élément important du bon vécu de l'accouchement. Un haut niveau de contrôle correspond à une satisfaction plus grande de l'accouchement, selon plusieurs auteurs (Mei et al., 2016 ; Kuo et al., 2010). Dans l'étude de Mei et al. (2016), notamment, le sentiment de contrôle par rapport à des demandes satisfaites a été évalué. Un pourcentage élevé (> 33%) de demandes satisfaites lors de l'accouchement augmente significativement la satisfaction générale et participe à renforcer le sentiment de maîtrise ($p < 0,01$).

L'étude randomisée de Kuo et al. (2010) est du même avis en ce qui concerne le degré de maîtrise et la satisfaction générale. Selon cette étude, le projet de naissance est un moyen efficace pour répondre aux attentes, comme celle de participer aux décisions, en offrant un plus grand contrôle aux femmes. Le sentiment d'avoir pu contrôler son accouchement était significativement meilleur dans le groupe où le projet de naissance a été proposé que dans le groupe « contrôle » ($t = 9,60$, $p < 0,01$). Les femmes du groupe expérimental étaient significativement plus satisfaites grâce à une impression de participation et de maîtrise de l'événement ($t = 3,74$, $p < 0,001$).

6.3.4 Les stratégies de coping

Les stratégies de *coping*, ou comment faire face aux événements, ont été évaluées dans l'étude de Aune et al. (2015) : elles contribuent au bon vécu de l'accouchement. Les expériences personnelles aident à apprendre différentes stratégies d'adaptation. L'accouchement est perçu comme un défi, et des parallèles sont établis avec le vécu antérieur, en utilisant des images mentales pour gérer la douleur de l'accouchement. Les participantes ont décidé de travailler avec, et non contre leur corps. Elles décrivent avoir eu de la force et la sensation d'avoir pu gérer l'événement. Selon leurs témoignages, elles ont fait face à la naissance d'une meilleure façon qu'elles ne l'auraient imaginé. Les stratégies d'adaptation sont « spontanées », mais elles peuvent également être entraînées (Callahan & Chabrol, 2016). Dans l'étude de Hollins Martin & Robb (2013), les femmes décrivent accepter de vivre des situations imprévues lors du déroulement de l'accouchement pour rester « actrices » de l'événement. Concernant les multipares de cette étude, elles expriment avoir mieux

géré leur deuxième accouchement grâce à ce qu'elles ont appris de leur première expérience.

L'un des deux thèmes principaux ressorti de l'étude de Aune et al. (2015) est «l'attitude positive face à l'accouchement». Les participantes ont abordé la naissance comme quelque chose de naturel, acte que les femmes accomplissent depuis la nuit des temps. Dans cette étude, elles ont déclaré avoir confiance en leur corps. Il est essentiel de prendre les éléments comme ils viennent, et de ne pas trop prévoir l'évolution de la situation, puisqu'il est impossible de la contrôler. Certaines expriment que le besoin de soulagement de la douleur est contre-nature, puisque cette sensation n'est pas dangereuse. De plus, elles ont pu se projeter dans la rencontre avec leur bébé et ont choisi de vivre les choses de manière positive plutôt que de se concentrer sur les problèmes. L'étude montre également que la préparation à l'accouchement dans l'idée d'avoir des attentes réalistes peut promouvoir une meilleure santé émotionnelle et, donc, une stabilité dans la vie quotidienne de chaque femme.

6.3.5 L'environnement sécurisant

L'environnement sécurisant est spécialement décrit comme facteur déterminant pour la perception de la satisfaction dans l'étude de Aune et al. (2015). En effet, un cadre rassurant permet de promouvoir un accouchement physiologique et une expérience positive de la naissance. Selon les femmes, pour se sentir dans un environnement sécurisant, il implique de pouvoir vivre une certaine stabilité dans la vie quotidienne, comme avoir planifié sa grossesse et avoir d'« étroites » relations de confiance. La satisfaction du soutien perçu est essentielle lors de la grossesse et permet de se sentir en confiance et donc de percevoir un environnement sûr.

7. DISCUSSION

Projet de naissance

A l'issue de cette recherche de littérature, il semble clair que le projet de naissance se présente toujours sous forme écrite (Aragon et al., 2013; Hollins Martin & Robb, 2013; Kuo et al., 2010; Mei et al., 2016).

Selon Aragon et al. (2013) et Kuo et al. (2010), le projet de naissance agit comme un outil de communication efficace ; il permet une meilleure compréhension des différentes possibilités et issues durant le travail et l'accouchement. Il offre aussi au couple, à travers une discussion prénatale, un temps pour exprimer ses désirs et besoins pour que toutes les personnes impliquées dans l'accouchement soient en accord. Cette démarche facilite la participation aux prises de décision.

Le projet de naissance de Kuo et al. (2010) a permis aux femmes d'acquérir une meilleure connaissance des procédures, de recevoir des réponses ainsi que d'obtenir des informations auxquelles elles n'auraient pas songé. Cet atout éducatif du projet de naissance est également décrit comme très bénéfique par Aragon et al. (2013) ; l'information permet l'autonomisation et par conséquent un sentiment de contrôle renforcé.

En revanche, les projets de naissance que l'on trouve sur internet ne donnent aucune explication aux futurs couples et ne les aide pas à donner du sens aux procédures ou aux choix possibles concernant la venue au monde de leur enfant (Kaufman, 2007). Le projet de naissance, lorsqu'il n'a pas pu être suivi (Aragon et al., 2013), peut alors créer une grande déception ou réduire énormément la satisfaction générale de la naissance si les attentes étaient trop importantes (Mei et al., 2016). L'étude de Hollins Martin & Robb (2013) encourage les femmes à faire un projet de naissance dans le but d'anticiper leurs attentes auprès des sages-femmes et d'améliorer la communication. Un tiers des femmes a indiqué que les projets de naissance peuvent mener à l'inflexibilité et à la rigidité (Aragon et al., 2013), pouvant conduire à des résultats médiocres, en donnant un faux sentiment de contrôle sans préparer les femmes à l'inattendu. Pour trois des études (Aragon et al., 2013, Kuo et al., 2010, Mei

et al., 2016), l'utilisation du projet de naissance est remis en question, notamment sur son lien avec la satisfaction de la naissance.

Pour être satisfaite de son accouchement, les attentes doivent être réalistes (Aragon et al., 2013) et ne pas être trop nombreuses (Mei et al., 2016) ; les auteurs concluent qu'avoir un nombre de demandes trop élevé (> 15) et, de plus, sous forme de liste, induit une perception négative de la satisfaction de l'accouchement. Cette exigence d'attentes spécifiques et trop importantes enferme les futures mères dans une idée de l'accouchement sans aucune modification possible. D'après de nombreuses études, il est primordial que les futurs parents aient connaissance de l'imprévisibilité de l'accouchement, surtout pour rendre les attentes flexibles (Aragon et al., 2013; Aune et al., 2015; Cook & Loomis, 2012; Hauck et al., 2007). Avoir l'esprit ouvert aux changements est la clé pour vivre un accouchement harmonieux et satisfaisant, puisque cette capacité d'ouverture permet en tout temps de contrôler la situation, de participer aux décisions et d'avoir la sensation de vivre pleinement l'accouchement (Hauck et al., 2007).

La perception positive de l'accouchement dépend du degré de gestion des événements imprévisibles au cours de la naissance (Hauck et al., 2007). Pour cela, la femme doit mobiliser des ressources appelées « stratégies de *coping* », qui sont des processus mentaux inconscients qu'un individu met en place pour faire face à un événement perçu comme stressant Callahan & Chabrol (2016). Dans l'étude norvégienne (Aune et al., 2015), l'utilisation des ressources internes des patientes a fortement contribué à ce que le vécu de leur accouchement soit satisfaisant. Elles se sont servies de leurs expériences passées afin de reproduire les stratégies mises en place lors d'autres situations perçues comme stressantes. Au préalable, elles avaient pu en discuter avec une sage-femme durant la grossesse. Certaines parturientes expliquent avoir simplement « fait avec » le processus naturel de la naissance, en ayant eu confiance en leurs compétences (Hollins Martin & Robb, 2013).

La capacité d'utiliser ses ressources internes pour améliorer la santé fait partie du concept du sentiment de cohérence (SOC) décrit par Antonovsky (1980). Ce sens de la cohérence comporte trois domaines : le sentiment de « compréhensibilité » (*sens of*

comprehensibility), manière de comprendre le déroulement des événements, ainsi que le sentiment de faisabilité (*sens of manageability*), avoir la certitude de pouvoir résoudre une difficulté avec des ressources internes et externes. Le troisième et dernier domaine implique le sentiment de trouver un sens ou de l'importance (*sens of meaningfulness*), soit la composante motivationnelle à vivre les événements de la vie (Berghändler, 2010). Le concept de la « salutogenèse » liée au sens de la cohérence défini par Antonovsky explique que plus le SOC est élevé, plus la possibilité d'être en bonne santé est grande. Cela voudrait signifier qu'un grand sens de la cohérence permet aux êtres humains de réagir avec flexibilité aux événements de la vie et de mobiliser des ressources adéquates (Berghändler, 2010). Une femme enceinte avec un fort sentiment de cohérence s'adaptera plus facilement aux événements. La manière dont les femmes vont faire face aux événements peut influencer leur sentiment de compétence (Razurel et al., 2011). Ce sentiment d'efficacité personnelle ou de compétence a été défini par Bandura (1977) et désigne les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières (Rondier, 2004). L'environnement sécurisé est un exemple de facteur favorisant ce sentiment, au même titre que le soutien perçu par l'individu. (Aune et al., 2015; Razurel et al., 2011). Selon Aune et al. (2015), un cadre sécurisant permet la promotion d'un accouchement physiologique et, surtout, une perception positive de l'expérience de l'accouchement. Cette étude montre également que le soutien des proches et des soignants favorise la création d'un environnement sécurisant qui augmente le sentiment de confiance, surtout lors de cette période de vulnérabilité. Un grand nombre de femmes indique qu'il est essentiel d'évoluer dans une ambiance propice à la relaxation et à la détente, surtout pour pouvoir garder le contrôle lorsqu'un événement imprévu survient. Avoir une salle de naissance accueillante, pouvoir se déplacer librement ou encore contrôler la luminosité sont des éléments importants (Newburn & Singh, 2003). Le soutien social participe à la perception d'un environnement sécurisant (Aune et al., 2015) ainsi qu'au sentiment de compétence des femmes (Razurel et al., 2011). Le fait de se sentir soutenue par son compagnon augmente le sentiment de confiance de la femme (Aune et al., 2015), d'autant plus lorsque des événements imprévus apparaissent (Hauck et al., 2007). Les mères des femmes sont également des ressources lors de la grossesse

et de l'accouchement (Lundgren et al., 2003). L'accompagnement par des sages-femmes est primordial dans les négociations et les changements imprévisibles de l'accouchement (Cook & Loomis, 2012). La sage-femme peut défendre les droits et besoins de la femme et lui prodiguer un sentiment de contrôle tout en étant garante de son intimité en limitant les intervenants (Butler, 2017; Hauck et al., 2007).

En effet, il est primordial pour la femme qu'elle se sente impliquée dans la prise de décision, pour qu'elle éprouve un meilleur sentiment de contrôle (Lavender et al., 1999) ; un bon contact avec les soignants ainsi qu'une communication adéquate permet la participation aux prises de décisions (Cook & Loomis, 2012; Hodnett, 2002). Cette (ré-)appropriation de la naissance fait partie du concept d'*empowerment*. Les pouvoirs d'action et de décision ont une influence sur son environnement et sa vie. La femme accouche. Elle ne se fait pas accoucher. Elle devient alors actrice de son accouchement. Pouvoir participer aux décisions à chaque étape renforce l'*empowerment* des femmes et les conforte dans leurs capacités à devenir mère (Vadeboncoeur, 2010).

La satisfaction de l'accouchement est induite par un haut sentiment de contrôle (Mei et al., 2016 ; Kuo et al., 2010). En effet, un pourcentage élevé d'attentes satisfaites donne le sentiment de maîtrise des événements lors du travail et de la naissance, ce qui a un effet positif sur la satisfaction générale de l'expérience.

Beaucoup de femmes ont souligné le fait qu'un projet de naissance ne doit pas être un « plan », mais plutôt un guide et qu'il doit absolument rester flexible. Le document doit être vivant et évoluer avec la situation (Lothian, 2006). C'est pour cette raison qu'il devrait être élaboré dans l'idée d'améliorer la communication, de créer une opportunité de discussion autour des préférences et besoins des femmes et d'inclure le conjoint (Brown & Lumley, 1998). Pourtant, de nombreux lieux proposent encore le projet de naissance comme une liste d'option à choix de procédures établies par l'institution. Cette méthode est fortement critiquée par différents auteurs (Brown & Lumley, 1998; Lothian, 2006; Simkin, 2007). Ces listes, que l'on trouve même sur internet, ne donnent qu'une illusion de choix ; elles sont impersonnelles et n'ont pas de signification

particulière pour le couple, puisqu'elles n'ont pas été pensées par lui. Les parents croient participer et être impliqués, pourtant ce ne sont que des procédures institutionnelles. Ces listes empêchent le couple d'avoir une réelle discussion à propos de ses besoins et craintes alors que la connaissance des préoccupations est tellement bénéfique au soignant pour une prise en soin individualisée et censée (Simkin, 2007). De plus, ce projet de naissance sous forme de plan détaillé et inflexible rend la relation au soignant plus compliquée et peut créer de l'incompréhension (Brown & Lumley, 1998; Lothian, 2000; Simkin, 2007). Mais alors comment préparer les femmes à faire face à l'imprévisible tout en promouvant une expérience de la naissance satisfaisante ? Puisque le projet de naissance semble avoir de l'intérêt pour les femmes, sous quelle forme serait-il le mieux exploité ? Selon Razurel (2015), il est risqué de confiner le projet de naissance à une forme très rigide ; il suggère alors l'intérêt d'un entretien. Cette méthode est une piste à envisager puisqu'elle permet, à travers une discussion d'investiguer les ressources et représentations des femmes avec une sage-femme. Cette forme d'entretien permet de créer un soutien éducatif ciblé, personnalisé et donc parfaitement adapté. La communication, la participation aux prises de décisions, les attentes flexibles, l'environnement sécurisant, le soutien et les stratégies de *coping* sont des concepts cibles qui doivent être développés dans l'élaboration du projet de naissance pour permettre de favoriser l'accouchement physiologique ainsi que le bon vécu de l'accouchement. Le projet de naissance établi à travers une discussion est un outil de choix à proposer à tous les couples.

8. RETOUR DANS LA PRATIQUE

L'élaboration du projet de naissance peut être envisagée à travers une discussion prénatale avec une sage-femme. Idéalement, celle-ci devrait être proposée vers 30 semaines d'aménorrhées. Ce début du troisième trimestre est une période propice pour réfléchir à l'accouchement, puisque la femme sent de plus en plus son bébé bouger. Son rôle parental se met en place et le jour de la naissance de son enfant approche. Winnicott décrit également la capacité des mères à développer

progressivement un « sens », durant la grossesse, dans le but de s'ajuster aux besoins de leur bébé (Winnicott D, W., 1969).

A la maternité de Genève, un entretien prénatal avec une sage-femme est proposé dès le quatrième mois de grossesse à toutes les futures mères. Ce moment d'écoute permet d'aborder des questions autour de la grossesse et du rôle parental. Cet entretien s'adresse à toutes les femmes enceintes, mais il ne semble pas être proposé systématiquement. En effet, bien souvent, un entretien prénatal semble être plus facilement suggéré à une population à risque, dans une démarche préventive de dépistage de la dépression périnatale et du soutien à la parentalité. Dans une optique de santé publique, l'entretien prénatal permet de dépister précocement un stress ou une situation de vulnérabilité maternelle (Nanzer, Sancho Rossignol & Etter, 2010).

Les cours de préparation à la naissance doivent cibler davantage les besoins profonds des femmes dans un but de promotion. C'est dans ce sens que la préparation à la naissance dispensée par les HUG a évolué, puisqu'aujourd'hui les cours sont proposés à la carte. Les couples peuvent choisir la classe à laquelle ils souhaitent participer selon leurs préférences (allaitement, autohypnose, préparation aquatique, préparation pour le retour à la maison et l'accueil du nouveau-né, accouchement, etc.) et également selon l'âge gestationnel. Néanmoins, cette approche semble porter principalement sur des notions théoriques et ne permet peut-être pas une discussion plus générale sur les besoins et croyances des futurs parents.

La venue d'un enfant implique de tels changements et processus d'adaptation que proposer un entretien particulier lors de la grossesse est intéressant. La fondation PROFA, dans le canton de Vaud, offre un entretien « conseil en périnatalité » à toutes les femmes souhaitant discuter avec une sage-femme de leur grossesse et de leur accouchement. Cet entretien est basé sur le modèle de l'entretien psycho-éducatif, qui augmente significativement le sentiment d'efficacité des mères et qui améliore la relation avec leur bébé (Razurel 2017). Cette technique d'entretien psycho-éducatif est enseignée aux futures sages-femmes à la Haute école de santé de Genève.

Aujourd'hui, avec un accès à l'information facilitée, il paraît intéressant pour la sage-femme d'axer l'entretien sur une discussion à propos des connaissances des futurs

parents, sur leurs questions, leurs représentations et leurs envies, plutôt que sur un apport uniquement théorique. Recevoir des informations générales concernant la grossesse et l'accouchement pourrait ne pas être très efficace, voire angoissant, puisqu'elles ne sont pas liées à une expérience et qu'elles n'ont donc pas de signification pour la femme. Nous souhaitons ainsi proposer un projet de naissance accessible à toutes les femmes, basé sur la communication à travers une discussion d'une heure vers 30 semaines d'aménorrhées. En parallèle, l'entretien psycho-éducatif ainsi que la structure du Calgary Cambridge auront servi d'outils pour son élaboration. Il se déroulera en plusieurs étapes figurant ci-dessous :

ETABLIR LA RELATION DE CONFIANCE

• Placer la femme au centre de la discussion

• Utiliser les outils de communication:

- Reflet simple
- Reformulation
- Ecoute active
- Résumer

• Attitude non-verbale adéquate

• Empathie

• Congruence

• Respect

• Non-jugement

• Bienveillance

1

DÉBUTER L'ENTRETIEN

- Poser le cadre : 1 heure pour parler du projet de naissance
- Anamnèse : qui est-elle ?
- Identifier les points importants de son discours --- *Question ouverte*

RÉSUMER

RECUEIL DE DONNÉES

- Investiguer les représentations de la femme par rapport à l'accouchement --- *Question ouverte*
 - Croyances + Attentes
 - Connaissances
- Comprendre ses représentations → Quel sens ?

REFORMULER / RÉSUMER

2

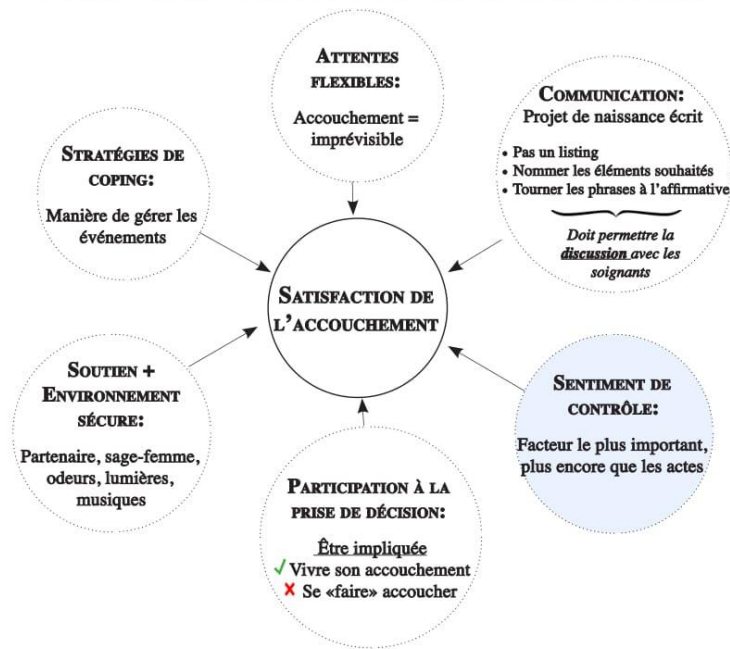
3

PARTAGER L'INFORMATION

- Expliquer le rôle de la sage-femme: promotion de la santé → Importance du vécu de l'accouchement
- Travailler autour des représentations de la femme pour apporter du soutien éducatif → Comment accueille-t-elle l'info?
 - Proposer un scénario différent → «Comment pense-t-elle gérer?»
 - Importance d'avoir des attentes flexibles
- Investiguer ses ressources, soutien, stratégies d'adaptation
- Evaluer l'efficacité de ses stratégies de coping
- Valoriser ce qu'elle met en place dans sa vie de tous les jours

REFORMULER / RÉSUMER

RÉSULTAT DE LA DÉMARCHE DU PROJET DE NAISSANCE



4

5

TERMINER L'ENTRETIEN

- Encourager la réflexion autour du projet de naissance (avec le conjoint, l'entourage, les professionnels).
- Proposer un suivi sage-femme pour la suite de la grossesse + participation à des cours de préparation à la naissance.
- Encourager le couple à rédiger son projet de naissance en autonomie puis en discuter avec sa sage-femme.

A la suite de cet entretien, nous aimerions proposer au couple s'il le désire, de mettre par écrit quelques notions importantes pour lui retenues dans son projet de naissance ceci dans le but de favoriser la relation avec le soignant le jour de l'accouchement. Pour obtenir l'effet positif de cet outil de communication, nous proposons d'être particulièrement vigilants à la formulation de ce document. Le listing doit être abandonné et laisser place à des propositions et souhaits sous la forme affirmative. A la lecture de ce papier, le soignant doit comprendre que le couple s'est préparé à pouvoir vivre des situations inattendues.

9. FORCES ET FAIBLESSES DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE

Le choix des cinq articles est approprié pour répondre à la question de recherche de cette revue de la littérature. Les études sélectionnées sont de différents types : un mélange d'études quantitatives (une cohorte prospective et un essai randomisé contrôlé) et des études qualitatives qui offrent l'avantage d'une vision élargie des divers aspects de la thématique. En revanche, certaines limites sont à relever quant à ce travail concernant l'analyse de ces cinq articles. Ils sont, ainsi que la majorité des articles utilisés pour les références de ce travail, en anglais. La lecture dans une langue étrangère n'a pas facilité la compréhension, et l'analyse s'est révélée complexe.

La très grande majorité des études actuellement disponibles sur le sujet du projet de naissance et de la satisfaction de la naissance se concentre sur des populations à bas risque et aux primipares : les résultats ne sont donc exploitables qu'à une moindre échelle.

Le nombre incalculable d'études concernant le sujet dont le présent travail traite ne permet pas une revue exhaustive de la littérature et d'autres articles auraient pu amener des informations complémentaires intéressantes. Il n'existe pas de manière « parfaite » de construire un projet de naissance. En effet, l'accouchement est une expérience imprévisible et la disparité des individus est tellement vaste qu'il semble difficile de créer un projet de naissance idéal, promettant une satisfaction optimale à toutes les femmes.

Cependant, une des forces de ces différents articles est d'offrir des pistes de réflexion pertinentes grâce à leur large vision de la thématique. D'ailleurs, les divers résultats des cinq études sont comparables à ceux des articles ayant servi de référence à ce travail. Effectivement, bien que ses auteures étaient préalablement convaincues des bénéfices du projet de naissance pour le vécu des femmes, elles ont tenu compte de la diversité des avis répertoriés dans la littérature et choisi des études aux avis contraires.

La lecture d'une multitude d'articles en anglais a permis de renforcer une certaine maîtrise de cette langue dans son usage professionnel. En revanche, la non-maîtrise totale de cette langue a pu présenter un biais d'interprétation dans l'analyse des études, mais l'implication et la volonté des auteures à les comprendre a permis de limiter ce biais. Il semble important de spécifier dans cette partie du travail la satisfaction quant à la collaboration entre le binôme d'auteures. Leur complémentarité et le soutien mutuel ont contribué à l'élaboration de ce travail.

10. CONCLUSION

Cette revue de littérature a pour objectif de mettre en évidence les éléments essentiels à considérer lors de l'élaboration d'un projet de naissance, cela dans le but de favoriser la perception positive de l'accouchement et de son processus.

Les nombreuses études sélectionnées ont permis de faire un état des lieux sur les avantages et les inconvénients des projets de naissance en lien avec la satisfaction de l'accouchement et contribué à répondre à la question de recherche.

Pour que le projet de naissance soit efficace sur l'expérience d'accouchement de la femme, il doit être employé de manière adéquate.

Initialement, le projet de naissance a été proposé dans l'idée de redonner voix aux femmes, ainsi qu'une place centrale dans l'événement de la naissance. Au fil du temps, les « plans de naissance » sont apparus. Ces documents, constitués d'une liste de souhaits et d'attentes, ont gagné du terrain en salle d'accouchement et sont à l'origine de nombreuses tensions. Elaborés à partir d'internet ou de plans génériques,

ils ne sont pas conçus après réflexion et ressemblent davantage à une protection contre des procédures institutionnelles dépourvues de sens pour les couples. Pourtant, il s'avère indispensable de prendre lors de la grossesse un temps de réflexion et d'échange autour des souhaits et craintes liés à l'accouchement.

Les nombreuses lectures de ce travail de recherche indiquent plusieurs facteurs essentiels à la satisfaction de l'accouchement : la flexibilité des attentes, les stratégies de *coping*, la communication, le sentiment de contrôle, la participation aux décisions, le soutien et l'environnement sécurisant.

La littérature est unanime : le sentiment de contrôle est déterminant pour une perception satisfaisante de son accouchement. La manière dont les événements de la grossesse et de l'accouchement sont gérés par la femme compte davantage que les faits eux-mêmes.

Par conséquent, la femme doit savoir que des événements imprévus pourraient s'immiscer dans son accouchement ; elle devra développer des stratégies d'adaptation pour faire face à ces changements. Le soutien du partenaire, la relation avec les soignants ainsi qu'un lieu sûr favorisent le sentiment d'implication et de participation aux décisions. Les projets de naissance devraient alors être élaborés à partir d'une introspection des besoins, des préoccupations et des craintes des femmes. Le temps accordé pendant les consultations obstétricales de grossesse ne permet pas toujours d'évoquer ces craintes, ce qui crée une insatisfaction maternelle importante. Pourtant, l'identification du stress et des préoccupations durant la grossesse permet de promouvoir des soins et du soutien de qualité.

A l'issue de ce travail, un entretien spécifique autour d'une réflexion sur le projet de naissance est proposé à toutes les femmes s'apprêtant à vivre un moment qui, pour la plupart, est totalement inconnu. L'objectif de cette discussion est d'avancer avec la femme, d'identifier ses besoins, ses difficultés et ses ressources dans le but d'adapter sa prise en soins et d'être au plus près de ce qu'elle vit.

Le projet de naissance proposé sous la forme d'entretien crée un partenariat avec la femme et l'aide à se sentir « actrice » de son accouchement.

Idéalement, ce projet de naissance, construit grâce à cette revue de la littérature, devrait être proposé dans les maternités de Suisse romande, à toutes les femmes enceintes autour de 30 semaines d'aménorrhées.

La perspective d'une nouvelle recherche serait également intéressante dans le but d'évaluer l'efficacité de l'élaboration du projet de naissance grâce à un entretien. Une étude randomisée est plus spécifique et idéale pour l'obtention de résultats significatifs. La création d'un groupe contrôle dépourvu de l'utilisation du projet de naissance, ainsi que d'un groupe expérimental avec son utilisation, permettrait de constater l'effet de cet entretien et mettrait en avant l'impact sur la population de la « trame » créée dans cette revue de la littérature. Cependant, ce type d'étude présenterait un conflit éthique, car un des groupes serait exclu du projet de naissance et n'en bénéficierait pas. Une étude qualitative permettant l'élaboration d'un projet de naissance dans la période prénatale à travers un entretien, puis une discussion post-natale avec les femmes, permettrait donc d'évaluer les bénéfices de l'utilisation du projet de naissance sur le vécu de l'accouchement, le sentiment d'autonomie et le degré de contrôle lors du travail.

En tant que sage-femme, promouvoir la santé physique et psychique de la femme et du couple est d'une importance capitale. Ce projet de naissance s'inscrit dans une démarche de défense des droits des femmes tout en les aidant à garder un souvenir positif de cet événement incroyable qu'est l'accouchement.

11. LISTE DES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Akca, A., Corbacioglu Esmer, A., Ozyurek, E. S., Aydin, A., Korkmaz, N., Gorgen, H., & Akbayir, O. (2017). *The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. Archives of Gynecology and Obstetrics*, 295 (5), 1127-1133. Accès <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4345-5>
- Alvarez, L., & Cayol, V. (2015). *Psychologie et psychiatrie de la grossesse*. Paris : O Jacob
- Antonovsky, A. (1980). *Health, stress, and coping* (1ère ed). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Arcade Sages-femmes. (s. d.). *Un plan de naissance : Pourquoi? Comment?* Accès http://www.arcade-sages-femmes.ch/asf/downloads/Plan_de_naissance.pdf
- Attarha, M., Keshavarz, Z., Bakhtiari, M., & Jamilian, M. (2016). *The Outcome of Midwife-Mother Relationship in Delivery Room: A Qualitative Content Analysis. Health*, 08(04), 336-343. Accès <https://doi.org/10.4236/health.2016.84035>
- Bick, D. (2004). Caesarean Section. Clinical Guideline. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health: Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 1(3), 198-199. Accès <https://doi.org/10.1111/j.1524-475X.2004.04060.x>
- Bell, A. F., & Andersson, E. (2016). *The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. Midwifery*, (39), 112-123. Accès <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.014>
- Berghändler, T. (2010). La spiritualité: un complément au modèle bio-psycho-social. *PrimaryCare*, 10(09), 162–164.
- Brown, S., & Lumley, J. (1998). *Communication and decision-making in labour : do birth plans make a difference ? Health Expectations, Volume 1, Issue 2, 106-116*
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*. (67) Accès http://www.irepspdl.org/_docs/Fichier/2015/2-150316040214.pdf

- Butler, M. M. (2017). Exploring the strategies that midwives in British Columbia use to promote normal birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 168. Accès <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1323-7>
- Bydlowski, M. (2001). Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir* 2001/2 (Vol. 13), p. 41-52.
doi :10.3917/dev.012.0041
- Callahan, S., & Chabrol, H. (2013). *Mécanismes de défense et coping* (2^e éd.). Paris : Dunod
- Carolan-Olah, M., Kruger, G., & Garvey-Graham, A. (2015). *Midwives' experiences of the factors that facilitate normal birth among low risk women at a public hospital in Australia*. *Midwifery*, 31(1), 112-121. Accès <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.07.003>
- Carquillat, P., Boulvain, M., & Guittier, M.-J. (2016). *How does delivery method influence factors that contribute to women's childbirth experiences?* *Midwifery*, 43, 21-28. Accès <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.10.002>
- 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(4), 199-206. Accès <https://doi.org/10.1007/s12611-016-0380-x>
- Cook, K., & Loomis, C. (2012). *The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences*. *Journal of Perinatal Education*, 21(3), 158-168. Accès <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.3.158>
- Dahlberg, U., & Aune, I. (2013). *The woman's birth experience ? The effect of interpersonal relationships and continuity of care*. *Midwifery*, 29(4), 407-415. Accès <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006>
- Denis, A., & Callahan, S. (2009). *État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature*. *Journal de Thérapie Comportementale et cognitive*, Volume 19, (n°4), pp.116-119. Accès <http://www.em-consulte.com/en/article/235835>
- Escott, D., Spiby, H., Slade, P., & Fraser, R. B. (2004). *The range of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of*

- labour. Midwifery, 20(2), 144-156. Accès*
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2003.11.001>
- Fédération suisse des sages-femmes. (2016). Définition professionnelle de la sage-femme Accès sage-femme.ch
- Fenwick, J., Toohill, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., Sneddon, A., Scuffham, P.A. & Ryding, E. L. (2015). *Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. BMC Pregnancy & Childbirth, 15, 1-8. Accès*
<https://doi.org/10.1186/s12884-015-0721-y>
- Formarier, M., & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon: Mallet conseil.
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). *Factors related to childbirth satisfaction. Journal of advanced nursing, 46(2), 212–219.*
- Harvey, S., Rach, D., Stainton, M. C., Jarrell, J., & Brant, R. (2002). *Evaluation of satisfaction with midwifery care. Midwifery, 18(4), 260-267. Accès*
<https://doi.org/10.1054/midw.2002.0317>
- Hauck, Y., Fenwick, J., Downie, J., & Butt, J. (2007). *The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. Midwifery, 23(3), 235-247. Accès*
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.02.002>
- Hodnett, E. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 186(5), S160-S172. Accès*
<https://doi.org/10.1067/mob.2002.121141>
- Hollins Martin, C., & Fleming, V. (2011). *The birth satisfaction scale. International Journal of Health Care Quality Assurance, 24(2), 124-135. Accès*
<https://doi.org/10.1108/09526861111105086>
- Hôpitaux universitaires Genève (2014). *L'analgésie péridurale lors d'un accouchement* [Brochure]. Accès
http://www.hugge.ch/sites/interhug/files/structures/anesthesiologie/fr_analgesie_peridurale_2014_06_04.pdf

- Hôpitaux universitaires Genève (2013). *Plan de naissance : Parlons ensemble de vos attentes et préférences*. Accès http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/plan_naissance.pdf
- House of Commons. (2003). *Select Committee on Health Ninth Report*. Accès <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200203/cmselect/cmhealth/796/79603.htm>
- Kaufman, T. (2007). Evolution of the Birth Plan. *The Journal of Perinatal Education*, 16(3), 47-52. Accès <https://doi.org/10.1624/105812407X217985>
- Lamaze International. (2007). Position paper: promoting, supporting, and protecting normal birth. *Journal of Perinatal Education*, 16(3), 11-15.
- Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2009). *Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis*. *Midwifery*, 25(2), e49-59. Accès <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.010>
- Lauwers, H., Rime, A., & Caufriez, S. (2015). *Allier écoute active et promotion de la santé pour un meilleur accompagnement des femmes enceintes*. Accès <http://www.em-consulte.com/article/1016299/article/allier-ecoute-active-et-promotion-de-la-sante-pour>
- Lavender T., Walkinshaw, S.A., & Walton, E. (1999). *A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience*. *Midwifery* 15, 40-46, Harcourt, Brace
- Leap, N. (2009). Woman-centred or women-centred care: does it matter? *British Journal of Midwifery*, 17 (1), 12-16. Accès <https://doi.org/10.12968/bjom.2009.17.1.37646>
- Lock, L. R., & Gibb, H. J. (2003). *The power of place*. *Midwifery*, 19(2), 132-139.
- Lothian, J. (2006). Birth Plans: The Good, the Bad, and the Future. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(2), 295-303. Accès <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00042.x>
- Lothian, J. A. (2000). The Birth Plan Revisited. *The Journal of Perinatal Education*, 9(2), viii-xi. Accès <https://doi.org/10.1624/105812400X87581>

- Lundgren, I., Berg, M., & Lindmark, G. (2003). *Is the Childbirth Experience Improved by a Birth Plan? The Journal of Midwifery & Women's Health*, 48(5), 322-328. Accès [https://doi.org/10.1016/S1526-9523\(03\)00278-2](https://doi.org/10.1016/S1526-9523(03)00278-2)
- Martin Hollins, C. J., & Martin, C. R. (2014). *Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R)*. *Midwifery*, 30(6), 610-619. Accès <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.006>
- Michels, A., Kruske, S., & Thompson, R. (2013). *Women's postnatal psychological functioning: the role of satisfaction with intrapartum care and the birth experience*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(2), 172-182. Accès <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.791921>
- Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., & Makuch, M. Y. (2013). *Evaluation of a birth preparation program on lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise: a randomized controlled trial*. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1), 154.
- Moreau, A., Kopff-Landas, A., Séjourné, N., & Chabrol, H. (2009). *Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude quantitative*. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 37(3), 236-239. Accès <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2008.07.019>
- Nanzer, N., Sancho Rossignol, A., & Etter, J.-F. (2010). *L'entretien prénatal : un outil de prévention de la dépression périnatale et de soutien à la parentalité*. Accès http://ge.ch/sante/media/site_sante/files/imce/promotion-sante-prevention/doc/rapport-entretien_prenatal-14.06.10.pdf
- Newburn, M., & Singh, D. (2003). *Creating a better birth environment. Women's views about the design and facilities in maternity units : a national survey*. Accès http://activebirthpools.com/wpcontent/uploads/2016/12/BBE_report_311003.pdf
- Nilsson, L., Thorsell, T., Hertfelt Wahn, E., & Ekström, A. (2013). *Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers*. *Nursing Research and Practice*, (Volume 2013), 6 pages. Accès <https://doi.org/10.1155/2013/349124>
- Office fédéral de la Santé publique. (2015). *La santé nous tient à coeur*. Accès <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/auftrag-ziele.html>
- O'hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). *Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis*. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37-54. Accès

<https://doi.org/10.3109/09540269609037816>

- Organisation mondiale de la santé (2017). *Définition de la santé de l'OMS*. Accès <http://www.bioenergetique.com/definition-de-la-sante-oms/>
- Razurel, C. (2015). *Se révéler et se construire comme mère, L'entretien psycho-éducatif périnatal*. Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène.
- Razurel, C., Antonietti, J.-P., Rulfi, F., Pasquier, N., Domingues-Montanari, S. & Darwiche, J. (2017). *The impact of pre- and post-natal psycho-educational intervention on the construction of parenthood*. *Archives of Women's Mental Health*, 20(3), 469-472. Accès <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0720-2>
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O. & Epiney, M. (2009). *Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study*. *Midwifery*, 27(2), 237-242. Accès <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.06.005>
- Razurel, C., Desmet, H., & Sellenet, C. (2011). *Stress, soutien social et stratégies de coping: quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares ?* *Recherche en soins infirmiers*, 106(3), 47-58. Accès <https://doi.org/10.3917/rsi.106.0047>
- Richard, C., Lussier, M.-T., Galarneau, S., & Jamouille, O. (2010). *Compétence en communication professionnelle en santé*. *Pédagogie Médicale*, 11(4), 255-272. Accès <https://doi.org/10.1051/pmed/2011009>
- Rondier, M. (2004). A. Bandura. *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris : Éditions De Boeck Université. (33/3), 475-476.
- Ruiz-Moral R, Peralta Mungía L, Pérula L, Martínez M, Ramón J, Lara L & Carrion MT, (2010). *Participation des patients à la décision. Que font les médecins? Comment les patients le ressentent*. *Revue Exercer*, 95. Accès <http://perso.wanadoo.es/barellab/Be80.pdf>
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., Könönen, T. & Halmesmäki, E. (2001). *A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth*. *Obstetrics and Gynecology*, 98(5 Pt 1), 820-826.

- Seibold, C., Licqurish, S., Rolls, C., & Hopkins, F. (2010). « *Lending the space* »: *midwives' perceptions of birth space and clinical risk management*. *Midwifery*, 26(5), 526-531. Accès <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.06.011>
- Simkin, P. & Reinke, C. (1980). *Planning your baby's birth* (document pdf obtenu par F. Roy Malis)
- Simkin, P. (1992). Just Another Day in a Woman's Life? Part 11: Nature and Consistency of Women's Long-Term Memories of Their First Birth Experiences. *Birth*, 19(2), 64-81.
- Simkin, P. (2007). Birth Plans: After 25 Years, Women Still Want To Be Heard. *Birth*, 34(1), 49-51. Accès : <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00126.x>
- Simon, E. (2014). Préparation à la naissance et à la parentalité. Accès <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.675.2792&rep=rep1&type=pdf>
- Spiby, H., Slade, P., Escott, D., Henderson, B., & Fraser, R. B. (2003). *Selected Coping Strategies in Labor: An Investigation of Women's Experiences*. *Birth*, 30(3), 189-194. Accès <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00244.x>
- Staehler, T. (2016). Passivity, being-with and being-there: care during birth. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 19(3), 371-379. Accès <https://doi.org/10.1007/s11019-016-9686-5>
- Thomson, D. G., & Downe, S. (2008). *Widening the trauma discourse: the link between childbirth and experiences of abuse*. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(4), 268-273. Accès <https://doi.org/10.1080/01674820802545453>
- Tsivos, Z., Wittkowi, A., Calam, R. & Sanders, M. (2011). *Postnatal depression - the impact for women and children and interventions to enhance the mother-infant relationship*. Perspective -NCT's journal on preparing parents for birth and early parenthood.
- Vadeboncoeur, H. (2010). L'accouchement, des impacts dont on parle peu: empowerment ou traumatisme. Québec, [Support de cours]. Accès http://www.aspq.org/documents/file/251110_15h40_hvadeboncoeur_accouchement-empowerment-ou-traumatisme.pdf

- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). *A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample*. *Birth*, 31(1), 17-27. Accès <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x>
- Welsh, J. V., & Symon, A. G. (2014). *Unique and proforma birth plans: A qualitative exploration of midwives' experiences*. *Midwifery*, 30(7), 885-891. Accès <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.004>
- Whitford, H. M., Entwistle, V. A., van Teijlingen, E., Aitchison, P. E., Davidson, T., Humphrey, T. & Tucker, J. S. (2014). *Use of a Birth Plan within Woman-held Maternity Records: A Qualitative Study with Women and Staff in Northeast Scotland*. *Birth*, 41(3), 283-289. Accès <https://doi.org/10.1111/birt.12109>
- Winnicott D.W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Editions Payot.

12. BIBLIOGRAPHIE

- Aragon, M., Chhoa, E., Dayan, R., Klufftinger, A., Lohn, Z., & Buhler, K. (2013). *Perspectives of expectant women and health care providers on birth plans. Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada*, 35(11), 979-985
- Aune, I., Torvik, H. M., Selboe, S.-T., Skogås, A.-K., Persen, J., & Dahlberg, U. (2015). *Promoting a normal birth and a positive birth experience - Norwegian women's perspectives. Midwifery*, 31(7), 721-727. Accès <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.016>
- Hollins Martin, C. J., & Robb, Y. (2013). *Women's views about the importance of education in preparation for childbirth. Nurse Education in Practice*, 13(6), 512-518. Accès <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.02.013>
- Kuo, S.-C., Lin, K.-C., Hsu, C.-H., Yang, C.-C., Chang, M.-Y., Tsao, C.-M., & Lin, L.-C. (2010). *Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: A randomised controlled trial. International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 806-814. Accès <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.012>
- Mei, J. Y., Afshar, Y., Gregory, K. D., Kilpatrick, S. J., & Esakoff, T. F. (2016). *Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. Birth, Issues in perinatal care* 43(2). Accès <https://doi.org/10.1111/birt.12226>