

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2023-2024

**ÉTUDE QUALITATIVE DU VÉCU DES FEMMES DE L'ACCOMPAGNEMENT DE  
L'ACCOUCHEMENT PAR LES SAGES-FEMMES**

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE RÉDIGÉ ET SOUTENU  
PAR

**LAETITIA JOUY**

**Née le 17 janvier 1999 à Bourg-en-Bresse**

Directrice de mémoire : Madame Mylène BAPST

Co-directrice de mémoire : Madame Sandrine VOILLEQUIN

## REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de nombreuses personnes à qui je voudrais ici témoigner ma reconnaissance :

À ma directrice de mémoire, Madame Mylène BAPST, pour son guidage dans la réalisation de ce mémoire, pour ses conseils avisés, sa disponibilité et ses encouragements,

À ma co-directrice de mémoire Madame Sandrine VOILLEQUIN, pour son accompagnement pédagogique et sa bienveillance,

À toutes les sages-femmes libérales qui ont relayé ma recherche auprès de leurs patientes, pour leur aide précieuse,

À Rachel, pour la pertinence de ses questions et de ses conseils,

À Madame DUPUY, pour sa bienveillance et sa considération qui m'ont permis d'achever mon mémoire dans de bonnes conditions,

À mes parents, pour leur présence et leur soutien constant,

À Anne-Claire, pour le récit de son accouchement, ses conseils en matière de conduite d'entretiens, pour son soutien dans le travail et son amitié,

À toutes les mamans, à mes cousines, qui m'ont inspiré ce sujet de mémoire par le récit de leur accouchement,

À toutes les participantes de cette étude, pour le temps qu'elles m'ont accordé dans leur emploi du temps bien rempli, pour leur confiance et pour la richesse de leurs témoignages.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>7</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODE.....</b>	<b>12</b>
I. Type d'étude.....	12
II. Recueil des données.....	12
III. Population étudiée.....	12
1. Critères d'inclusion.....	12
2. Critères de non inclusion et critères d'exclusion.....	12
3. Justification du choix des critères d'inclusion.....	13
4. Échantillonnage.....	13
IV. Élaboration du guide d'entretien.....	14
V. Déroulement de l'étude.....	15
VI. Gestion des données.....	16
VII. Analyse des données.....	16
VIII. Considérations éthiques et réglementaires.....	16
1. Sécurité et confidentialité des données.....	16
2. Information et consentement.....	17
3. Avis de comités consultatifs.....	17
<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>18</b>
I. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON.....	18
II. FACTEURS INFLUENÇANT L'ETAT D'ESPRIT ET LES RESENTIS DE LA PATIENTE.....	20
1. Vécu de la grossesse .....	20
1.1. Type de suivi de grossesse.....	20
1.2. Préparation à la naissance.....	21
2. Expériences personnelles de la patiente.....	22
2.1. Expériences précédentes d'accouchement.....	22
2.2. Expérience professionnelle de la patiente.....	24
3. Caractéristiques cliniques de la grossesse et de l'accouchement.....	26
3.1. Caractéristiques cliniques de la grossesse.....	28
3.2. Caractéristiques cliniques de l'accouchement.....	29
3.3. Vécu de la douleur.....	29

3.4. Rapport au temps.....	31
3.5. Confrontation entre les attentes et le vécu.....	33
4. Contexte de l'accouchement et environnement.....	35
4.1. Contexte de l'accouchement.....	36
4.2. Environnement.....	36
5. Personnalité et représentations de la patiente.....	37
5.1. Personnalité et ressentis divers de la patiente.....	37
5.2. Représentations de la patiente.....	41
III. PERCEPTION DE LA PERSONNALITE ET DE LA DISPONIBILITE DE LA SAGE-FEMME PAR LA PATIENTE.....	46
1. Perception des qualités de la sage-femme par la patiente.....	52
1.1. Perception par la patiente des qualités relationnelles des sages-femmes.....	52
1.2. Perception par la patiente de la compétence professionnelle de la sage-femme.....	52
1.3. Perception par la patiente de la capacité de réassurance de la sage-femme.....	54
2. Présence et disponibilité de la sage-femme.....	55
2.1. Perception par la patiente de la disponibilité de la sage-femme.....	55
2.2. Influence des contraintes d'organisation sur la disponibilité de la sage-femme.....	58
2.3. Perception par la patiente de la qualité de présence de la sage-femme.....	59
IV. QUALITES DE LA RELATION DE SOINS DU POINT DE VUE DE LA PATIENTE.....	60
1. Perception par la patiente de la qualité de la communication avec la sage-femme.....	60
1.1. Perception par la patiente de la qualité des explications reçues.....	60
1.2. Perception par la patiente de la qualité de la communication entre professionnels..	63
1.3. Perception par la patiente d'un manque d'information en suites de couches.....	65
2. Perception par la patiente de la qualité du guidage par la sage-femme.....	67
2.1. Participation aux décisions de la patiente.....	67
2.2. Perception de la qualité du guidage par la sage-femme.....	71
3. Perception par la patiente de la qualité de l'écoute de la sage-femme.....	73
3.1. Prise en considération des souhaits, des besoins et des attentes.....	73
3.2. Proximité dans la relation de soins et recours à l'humour par la sage-femme.....	75
3.3. Perception par la patiente de l'intégration du conjoint et du respect de l'intimité par la sage-femme.....	78

<b>DISCUSSION .....</b>	<b>80</b>
I.    PRINCIPAUX RESULTATS.....	80
II.   CONFRONTATION AVEC LES HYPOTHESES ET AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE.....	81
1. Hypothèses de recherche initiales.....	83
2. Perspectives issues des résultats.....	88
III.  PRECONISATIONS POUR LA PRATIQUE.....	94
1. Qualité de la communication avec la patiente.....	94
2. Qualité du soutien par le guidage et la réassurance.....	94
3. Qualité de l'écoute et de la considération de la patiente.....	94
IV.   LES FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	95
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>96</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>98</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>100</b>

*Annexe I : Affiche de présentation de l'étude*

*Annexe II : Note d'information*

*Annexe III : Consentement de participation*

*Annexe IV : Guide d'entretien*

*Annexe V : Grille COREQ*

## **LEXIQUE**

**AEG** : Altération de l'état général

**APD** : Analgésie péridurale

**ARCF** : Anomalie du rythme cardiaque fœtal

**ATCD** : Antécédent

**AVB** : Accouchement voie basse

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CER** : Comité d'Ethique et de Recherche

**COREQ** : *C*onsolidated *c*riteria for *R*eporting *Q*ualitative *r*esearch (en) (Lignes directrices pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative)

**FCS** : Fausse-couche spontanée

**FIV** : Fécondation *in vitro*

**G1P1** : primigeste primipare

**GO** : gynécologue-obstétricien

**HRP** : Hématome rétro-placentaire

**MAP** : Menace d'accouchement prématurée

**SF** : sage-femme

**SFL** : sage-femme libérale

## INTRODUCTION

Au point de départ de notre projet se trouvent des mamans. Des mamans qui, connaissant notre formation de sage-femme, nous ont livré spontanément le récit de leur accouchement, et d'autres, que nous avons accompagnées dans le cadre de nos stages pour un court mais profondément marquant moment de leur histoire : la naissance de leur enfant. Dans les témoignages reçus comme dans des situations observées et vécues en stage, nous avons constaté combien la relation établie avec les sages-femmes semble marquer le vécu de cet événement.

« Toute naissance implique une mort de soi pour une naissance de soi autre. C'est un passage fondateur pour l'identité féminine, ouvrant l'accès à une autre dimension de son être, créateur de sens et d'intégration de l'enfant à naître [...]. Plénitude et rupture, vide et morcellement, perte, attachement, fusion, mais aussi rejet, constituent la toile de fond de la naissance, exprimant la fragilité, la sensibilité de cette période unique ; d'où notre rôle de protéger les mères »(1). Cette phrase de la sage-femme Doris Nadel, tirée de l'article « Transmettre et accueillir la vie » publié dans la revue Spirale en 2008, exprime bien la grande portée de la naissance dans la vie d'une femme et d'un couple. La grossesse et l'accouchement sont des moments uniques, marqués par la vulnérabilité (la maternité touchant à l'intimité de la femme) et des bouleversements à tous les niveaux (corporels, psychiques, sociaux). De nombreux témoignages de femmes montrent l'impact sur le long terme d'une naissance (2)(3).

Il est alors aisé de saisir l'importance pour les femmes d'être bien accompagnées dans cette période de vulnérabilité et de bouleversement, pour vivre ce passage le plus sereinement possible. C'est en particulier le rôle de la sage-femme d'assurer non seulement un suivi médical, mais un accompagnement humain de la femme dans cette période, en établissant une relation de confiance avec ses patientes, que ce soit au cours de la grossesse ou au moment de l'accouchement (4). Les prises en charges médicales apparaissent aujourd'hui relativement standardisées dans les maternités françaises et entre professionnels de santé, en particulier au moyen des protocoles établis selon les recommandations des autorités de santé. Cependant, nous avons été marquée au cours de nos stages par la diversité des attitudes des sages-femmes, dans des situations de soins similaires auprès des femmes enceintes, parturientes ou jeunes mamans. En effet, la relation est caractérisée par une grande subjectivité, donnant lieu à une importante variabilité entre les personnes.

Si l'expérience de la maternité est communément vécue comme un « heureux évènement » marquant positivement la vie des femmes (5), il n'est pas rare que les femmes expriment avoir mal vécu leur grossesse, l'accouchement ou le post-partum. L'accouchement est parfois associé à un traumatisme qui peut prendre des années à être surmonté (6).

Les études menées auprès de femmes pour mieux comprendre leur vécu ont révélé l'importance de la communication avec le soignant. L'insuffisance de celle-ci dans de nombreuses situations a été identifiée comme un facteur aggravant les vécus difficiles, voire traumatiques de l'accouchement (7)(8)(9). Pour certaines femmes, les caractéristiques médicales ou des complications pathologiques survenues y sont en cause. Pour d'autres cependant, le vécu négatif semble autant sinon davantage lié aux caractéristiques de l'accompagnement qu'aux caractéristiques médicales en tant que telles. Une étude interrogeant un grand nombre de femmes ayant eu un vécu traumatique de l'accouchement révèle, parmi les éléments les plus fréquemment mis en cause, les interactions avec les soignants, qui seraient plus importantes que les interventions elles-mêmes dans leurs vécus (10). De manière complémentaire, des études cherchant les principaux facteurs associés à un vécu positif de la maternité et de l'accouchement par les femmes ont mis en évidence des caractéristiques relationnelles des soins : respectueux et personnalisés, marqués par une communication efficace. Il apparaît dans plusieurs recherches que la qualité de la relation avec les professionnels les entourant, se manifestant par la manière dont elles sont traitées, prime même sur la réalisation effective de souhaits spécifiques pour le travail ou l'accouchement (11)(12). D'autres éléments comme la participation aux décisions, et le sentiment de sécurité et d'être respecté par les professionnels de la naissance ont aussi été identifiés comme participant à un vécu positif (11)(12).

L'intensité et l'unicité du moment spécifique de la naissance donne lieu à des expériences particulièrement marquantes. C'est pourquoi nous avons choisi de cibler notre recherche sur ce moment précis.

Aujourd'hui, des défis liés à l'organisation des soins, au contexte de la médicalisation, aux attentes des patientes rendent l'enjeu de l'établissement d'une relation de confiance, lors de cet évènement, particulièrement délicat. Tout d'abord, l'accès facile à des sources d'informations diverses, par le moyen d'internet notamment, concernant la maternité, associé à un contexte de médicalisation marquée, rejeté par de plus en plus de femmes aspirant à un accompagnement plus naturel de la naissance, implique une communication d'autant plus qualitative qu'il existe parfois des méfiances vis-à-vis du système hospitalier (13) (14). De plus, en France, le standard des soins entourant la naissance n'est pas caractérisé par la



continuité des soignants, en raison de l'organisation des maternités avec le roulement des sages-femmes : l'établissement d'une relation de confiance constitue un défi d'autant plus exigeant que le temps de la rencontre et de la connaissance mutuelle est limité. En effet, il est aujourd'hui rare qu'une patiente mette au monde son enfant accompagnée par une sage-femme connue (15). Dans la mesure où la continuité dans la relation de soins a été identifiée comme un élément favorisant le vécu positif de l'accouchement (11), nous estimons qu'il ne faut pas négliger cette difficulté, tant pour les femmes que pour les professionnels de la périnatalité, dans l'établissement d'une relation de confiance, au moment, si intense sous bien des aspects, que représente la naissance. Enfin, le temps hospitalier, caractérisé par sa rapidité et la recherche d'efficacité, avec un fréquent manque de temps et de disponibilité expérimenté par les équipes et les patients, constitue un réel défi dans la communication et génère chez plusieurs femmes une perte de confiance dans ce système qu'elles perçoivent comme ne pouvant pas répondre à leurs besoins (16)(17)(18).

Dans ce contexte, nous pouvons donc légitimement nous demander quels types de stratégies peuvent aider à favoriser l'instauration d'une relation de soins de qualité avec les femmes qui accouchent.

D'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), la relation se définit comme un « rapport qui lie des personnes entre elles, en particulier, lien de dépendance, d'interdépendance ou d'influence réciproque. »

Les soins désignent quant à eux désignent l' « ensemble des actions et pratiques mises en œuvre pour conserver ou rétablir la santé. »

Dans ce mémoire, nous entendons par relation de soins dans le cadre de l'accouchement le lien singulier qui unit la patiente et la sage-femme, caractérisé par la mise en œuvre de soins et un rôle relationnel dans l'accompagnement.

Le terme d'accompagnement comprend la notion de guidage, de protection et de présence aux côtés d'une autre personne.

Le problème sur lequel notre étude se penche est celui des expériences négatives des femmes liées à l'accompagnement des sages-femmes dans le cadre de l'accouchement. Les enjeux de cette recherche seraient de favoriser un meilleur vécu des femmes de l'accompagnement par les sages-femmes dans leur accouchement, et de diminuer la prévalence des expériences traumatiques d'accouchement liées à des facteurs d'ordre relationnel.

Pour cela, il convient d'avoir une connaissance approfondie du point de vue des femmes qui accouchent sur la manière dont elles vivent l'accompagnement par les sages-femmes. Or, à notre connaissance, aucun travail antérieur n'a abordé ce problème sous cet angle, dans le contexte de la population française, sous l'angle de l'accompagnement du point de vue de la femme, au cours de l'accouchement. La question que nous nous posons est donc la suivante :

Pour une femme en travail, qu'est-ce qui participe ou non à la qualité de l'accompagnement par la sage-femme ?

L'objectif principal de ce travail est d'identifier, à partir du discours de la patiente, les éléments participant à un bon vécu de l'accompagnement par la sage-femme au cours du travail et de l'accouchement, et ceux au contraire associés à un mauvais vécu de son accompagnement.

L'objectif secondaire est de proposer des préconisations pour la pratique des sages-femmes pour améliorer la qualité de la relation de soins avec la patiente dans l'accompagnement du travail et de l'accouchement.

Les hypothèses générales de notre recherche sont les suivantes :

L'expression par la sage-femme de questions pour connaître les souhaits de la femme pour son accouchement et le temps accordé à son écoute participeraient à un bon vécu de l'accompagnement de l'accouchement.

Les mots et gestes de soutien de la sage-femme envers la femme en travail favoriseraient un bon vécu de l'accompagnement de l'accouchement.

L'inclusion par la sage-femme de la femme dans la prise de décisions relatives à son travail et son accouchement participerait au bon vécu de l'accompagnement.

Les remarques de la sage-femme traduisant un jugement négatif d'un souhait de la patiente seraient associées à un vécu négatif de l'accompagnement.

Nous avons également formulé des hypothèses complémentaires :

Les données cliniques obstétricales influenceraient la perception de la qualité de la relation avec la sage-femme au cours du travail et l'accouchement.

La nature et les caractéristiques de l'accompagnement dont la patiente a bénéficié au cours de la grossesse influenceraient la manière dont elle vit la relation de soins avec les sages-femmes au cours du travail, en influant sur l'état d'esprit dans lequel elle se trouve au moment de la rencontre avec ces sages-femmes.

Les expériences d'accouchement passées influenceraient le vécu des femmes de la relation de soins avec les sages-femmes.

Pour répondre à notre question, nous avons choisi de mener une étude qualitative s'appuyant sur l'analyse thématique de contenu, au moyen d'entretiens semi-dirigés auprès de patientes ayant accouché entre un et six mois avant le moment de l'entretien.

Dans une première partie, nous présenterons en détail la méthodologie employée. Dans une deuxième partie, nous présenterons nos résultats organisés selon les thèmes identifiés à partir du discours des participantes. Enfin, dans une troisième partie, nous discuterons de nos résultats en les confrontant à nos hypothèses et aux données de la littérature pour tenter de répondre à notre problématique.

## **MATÉRIEL ET MÉTHODE**

### **I. Type d'étude**

Pour répondre à notre question, nous avons choisi de mener une étude qualitative observationnelle prospective s'appuyant sur l'analyse thématique inductive de contenu de témoignages. Cette méthode s'appuie sur les données du terrain, dans une logique de construction progressive des connaissances, « souple et ajustée à la complexité des phénomènes humains. » (19)

Nous avons utilisé la grille COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) détaillant les caractéristiques de notre étude. (20) (*ANNEXE V*)

### **II. Recueil des données**

Pour recueillir les données, nous avons choisi de recourir à des entretiens semi-dirigés. Cette méthode permet de s'intéresser au vécu des personnes sur un sujet donné, en leur offrant la possibilité d'exprimer librement leurs perceptions, leurs ressentis et leurs pensées, tout en étant guidées par l'enquêteur à travers quelques questions ouvertes. Ce mode de recueil de données est cohérent par rapport au caractère subjectif de notre sujet de recherche, et est comparable aux méthodes utilisées pour des articles traitant de sujets proches dont nous avons pris connaissance dans la revue de la littérature. Nous avons préféré les entretiens semi-dirigés aux entretiens non-dirigés afin de faciliter l'analyse dans le cadre de ce travail.

### **III. Population étudiée**

#### **1. Critères d'inclusion**

Dans notre étude ont été incluses des femmes majeures ayant accouché au moins une fois, dont le dernier accouchement remontait à plus d'un mois et moins de six mois, ayant bénéficié d'un accompagnement par au moins une sage-femme au cours de l'accouchement. Seules ont été incluses des patientes de nationalité et de langue française.

#### **2. Critères de non inclusion et critères d'exclusion**

Aucun critère de non inclusion n'a été défini *a priori*. Aucune participante n'a été exclue de la recherche.

### 3. Justification du choix des critères d'inclusion

Nous avons inclus les femmes majeures dans notre étude en posant le postulat que les femmes mineures ont des besoins spécifiques en terme d'accompagnement qui peuvent différer des femmes majeures.

Le critère de maîtrise de la langue française a été défini par souci pratique de compréhension, et estimant que le vécu de l'accompagnement diffère lorsque la communication verbale est gênée par la non-maîtrise de la même langue. Le critère de nationalité française a été choisi pour limiter les biais liés aux différences de culture en matière de communication.

Nous avons choisi d'inclure les femmes primipares comme les femmes multipares, afin de pouvoir bénéficier du retour d'expérience de celles ayant vécu plusieurs accouchements et un recul supplémentaire sur ces expériences ; la comparaison entre ces deux groupes sera présentée dans la partie discussion.

La temporalité pour le moment de l'entretien, à savoir un accouchement remontant à plus d'un mois et moins de six mois au moment de l'entretien, a été choisie dans le but de bénéficier d'un temps de recul sur l'expérience vécue, tout en conservant une relative proximité avec l'événement, permettant de pouvoir se rappeler davantage d'exemples concrets d'attitudes, gestes ou paroles illustrant la relation avec leur sage-femme. Interroger les patientes très près de l'accouchement pourrait conduire à minimiser certains sentiments négatifs, étouffés par le soulagement qui peut dominer suite à la naissance. (12) (21)

### 4. Échantillonnage

Dans les études qualitatives identifiées dans la littérature sur des sujets similaires, le nombre de participantes incluses était compris entre 9 et 36. Par souci de faisabilité dans le cadre d'un mémoire de fin d'études de sage-femme, notre objectif était d'interroger entre 10 et 15 femmes. Étant donné la diversité des facteurs ayant potentiellement une influence sur la qualité de la relation entre la parturiente et la sage-femme, nous savions que ce nombre ne permettrait pas nécessairement d'atteindre la saturation des données, et que notre étude

s'inscrirait plutôt dans une démarche exploratoire non exhaustive. Cela sera détaillé dans les limites de notre étude.

Nous avons eu recours à un échantillonnage de convenance. Les patientes ont été recrutées dans la zone urbaine de Dijon, par souci pratique, l'investigatrice y étant implantée au moment de la mise en œuvre du recueil de données, et dans la mesure où le sujet s'intéresse à un sujet commun laissant libre le choix du lieu. Les patientes ont été recrutée en passant par des sages-femmes libérales de la zone urbaine de Dijon, qui ont relayé notre recherche directement auprès de leurs patientes, ou *via* des affiches et notes d'information présentant l'étude (*ANNEXE I et II*). Une patiente a été recrutée par le bouche-à-oreille par le biais d'une connaissance commune.

Les patientes intéressées de participer à l'étude nous ont contactée par mail ou par téléphone, et après vérification des critères d'inclusion étaient incluses dans l'échantillon.

Onze patientes ont ainsi été incluses dans notre étude. Nous ne connaissions aucune de ces patientes. Pour l'une d'elle toutefois, nous avons une connaissance en commun.

#### **IV. Élaboration du guide d'entretien**

Un guide d'entretien (*ANNEXE IV*) a été conçu à partir des thèmes identifiés dans la littérature en lien avec notre sujet et à partir de nos hypothèses de recherche.

Selon les recommandations, les questions de ce guide étaient des questions ouvertes afin de favoriser la liberté de parole et de s'approcher au plus près du vécu des participantes. Nous avons également veillé à utiliser des questions les plus neutres possibles afin de ne pas orienter le discours des participantes.

Les thèmes utilisés dans l'élaboration du guide d'entretien étaient les suivants :

- la qualité de la communication
- la qualité de l'information et des soins
- les qualités de la sage-femme
- le rapport au risque et le sentiment de sécurité
- le rôle vécu dans la prise de décision
- le vécu de la grossesse

Afin de valider notre guide d'entretien, nous avons effectué un premier entretien exploratoire. Cet entretien n'a pas été inclus dans nos résultats en raison de l'insatisfaction d'un critère de sélection par la personne interviewée (délai supérieur à six mois depuis le dernier accouchement).

## **V. Déroulement de l'étude**

L'ensemble des données a été recueilli entre novembre et décembre 2023.

Après vérification des critères d'inclusion et rappel des modalités de l'entretien, notamment les règles de confidentialité, détaillées dans la note d'information, les modalités pratiques de l'entretien (date et lieu) ont été fixées en tenant compte des préférences des participantes.

Nous avons privilégié les entretiens en présentiel lorsque cela était possible afin de faciliter la communication, ce mode d'entretien permettant de donner plus d'indications sur le langage non-verbal, les intonations de la voix, les ressentis. Toutefois, la possibilité d'un entretien en visio-conférence ou téléphonique était également exposé aux participantes.

Sept entretiens ont ainsi été effectués en présentiel : au domicile des participantes pour cinq d'entre elles, au domicile de l'investigatrice pour une participante, dans un café pour une autre, et quatre entretiens ont été réalisés sous la forme d'entretiens téléphoniques, selon les préférences des participantes ou par souci d'organisation lorsque la distance rendait trop compliqué le déplacement.

Les entretiens ont été menés et analysés par nous-même, étudiante sage-femme en cinquième année à l'UFR de médecine, maïeutique et sciences de la santé de Strasbourg. Il s'agissait de notre première expérience en matière de conduite d'entretien.

L'analyse thématique des verbatim a été supervisée par notre directrice de mémoire.

Un seul entretien par participante a été mené. La durée des entretiens était comprise entre durée 15 et 52 minutes, avec une durée moyenne de 33 minutes et une durée totale de 396 minutes, soit 6h36.

## **VI. Gestion des données**

Le matériel utilisé pour le recueil de données était un dictaphone. Les entretiens étaient ensuite retranscrits sur un ordinateur au moyen d'un logiciel de traitement de texte, Microsoft® word. Un serveur sécurisé aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Seafire®, a été utilisé pour le stockage des données identifiant les participantes.

## **VII. Analyse des données**

L'analyse des données a été réalisée en nous inspirant de la méthode d'analyse thématique inductive de contenu décrite par David R. Thomas. (19). Le verbatim issu des entretiens a été relu avec attention à plusieurs reprises afin de nous imprégner des données. Puis nous avons associé à chaque segment de verbatim des codes, qui ont permis de constituer des catégories, c'est-à-dire des unités de sens, ensuite regroupés en grands thèmes, par un système de classification cohérent, présenté dans la partie résultats, accompagné de citations issues de la retranscription des entretiens pour les illustrer.

## **VIII. Considérations éthiques et réglementaires**

### **1. Sécurité et confidentialité des données**

Les données ont été traitées de manière pseudo-anonyme. Les entretiens enregistrés au moyen d'un dictaphone ont été retranscrits en verbatim dans un document écrit, en remplaçant d'emblée les noms et prénoms par des lettres aléatoires. Une lettre d'identification a ensuite été attribuée aléatoirement à chaque entretien. Une table de correspondance entre les données identifiantes et les lettres d'identification a été rédigée sur un document numérique conservé sur un serveur sécurisé des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et protégé par un mot de passe. (Seafire®)

À l'issue de leurs retranscriptions, les entretiens enregistrés sur le dictaphone ont été supprimés. Ainsi, les données identifiantes sont accessibles uniquement par les personnes responsables de la recherche sur le serveur sécurisé. Les données issues d'un entretien d'une participante pourront être supprimées sur simple demande de la participante.

La conservation d'un tableau de correspondance permet aux participantes d'exercer leur



droit de rétractation à tout moment. Les documents de retranscription en eux-mêmes ne permettent pas de reconnaître les participantes. Dans notre mémoire, seuls des segments de verbatim choisis sont cités pour illustrer les différents thèmes issus de l'analyse des données, et ne révèlent pas de donnée identifiante.

## 2. Information et consentement

Toute personne intéressée par une participation à notre étude a reçu une note d'information précisant les modalités de l'étude, le procédé de pseudo-anonymisation et son droit de se retirer à tout moment de l'étude et d'exercer son droit à l'effacement sur les données collectées la concernant (*ANNEXE II*).

Le consentement a été recueilli oralement et par écrit auprès de la participante, suite à une information claire et loyale (délivrée par écrit dans la note d'information, et à l'oral au début de l'entretien). Avant l'entretien, un formulaire de consentement lui a été remis en deux exemplaires, dont l'un nous a été remis signé en préalable à l'entretien, et l'autre a été conservé par la participante (*ANNEXE III*).

## 3. Avis de comités consultatifs

Notre thème et protocole de recherche ont été acceptés par le comité scientifique du département de maïeutique de l'Université de Strasbourg le 22 mai 2021.

Notre protocole de recherche a été présenté et étudié par le Comité d'Ethique pour la recherche (CER) de l'Université de Strasbourg et a reçu un avis favorable le 8 janvier 2024 avec le numéro d'accréditation suivant : CER#2023-63.

## RÉSULTATS

### I. Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens

Le tableau ci-dessous résume les principales caractéristiques de notre échantillon présentant un intérêt par rapport à notre sujet : le délai depuis leur dernier accouchement, leurs antécédents obstétricaux, le type de suivi de grossesse dont elles ont bénéficié, les complications et hospitalisations et les caractéristiques cliniques de leur accouchement.

Lettre d'identification	Délai après le dernier accouchement	Gestité et parité	Antécédents obstétricaux	Type de suivi de grossesse	Complications de la grossesse	Hospitalisation (en CHU) et suivi à domicile (SFL)	Modalités d'accouchement
A	2 mois et 3 jours	G2P2	1 AVB avec HRP	SFL	-	SFL à domicile (ATCD HRP)	AVB
B	3 mois et 7 jours	G3P3	1 AVB, 1 FCS tardive	GO en CHU	-	SFL à domicile (ATCD FCS)	AVB
C	2 mois et 29 jours	G1P1	-	GO en clinique privée + SF fin de grossesse	-	-	AVB
D	1 mois et 8 jours	G1P1	-	SFL + SFL échographie	AEG fin de grossesse	Hospitalisation quelques jours avant l'accouchement (CHU)	AVB, ventouse

						pour AEG	
E	1 mois et 21 jours	G1P1	-	SFL + hyponnaissa nce	-	-	Césarienne en cours de travail pour stagnation dilatation et ARCF
F	2 mois et 28 jours	G2P2	1 AVB	SFL + SFL haptonomie	-	-	AVB
G	3 mois et 24 jours	G1P1	-	SFL	Anémie	Hospitali sation courte pour anémie (CHU)	AVB
H	1 mois	G1P1	-	SFL + GO en clinique privée en fin de grossesse	MAP au 6 <sup>e</sup> mois	-	AVB
I	1 mois et 2 jours	G1P1	-	GO + SFL en fin de grossesse	-	-	Déclenchement, Césarienne en cours de travail pour stagnation dilatation et ARCF
J	1 mois et 23 jours	G7P2	1 AVB, 5 FCS précoces (FIV)	GO (suivi rapproché parcours FIV)	-	-	Déclenchement, AVB
K	2 mois et 2 jours	G1P1	-	SFL + SF au CHU fin de grossesse	Arrêt de travail pour MAP	-	AVB

La suite des résultats est organisée selon les thèmes identifiés dans les entretiens.

## **II. Facteurs influençant l'état d'esprit et les ressentis de la patiente**

L'état d'esprit et les ressentis de la patiente influencent ses besoins en termes d'accompagnement. L'état d'esprit et les ressentis de la patiente lorsqu'elle se présente à la maternité pour son accouchement sont influencés par plusieurs facteurs, qui sont présentés dans cette première partie.

### **1. Vécu de la grossesse**

L'état d'esprit de la patiente lors de son accouchement est influencé par la manière dont elle a vécu sa grossesse.

#### **1.1. Type de suivi de grossesse**

Les patientes de notre étude ont bénéficié de suivis de grossesse variés.

Sept patientes ont bénéficié d'un suivi principal auprès d'une sage-femme libérale. Parmi ces patientes, une a été suivie à partir du septième mois par un gynécologue-obstétricien en clinique en vue d'un accouchement dans cette clinique, une autre a été suivie à partir du septième mois par une sage-femme en Centre universitaire hospitalier (CHU) où elle allait accoucher. Trois d'entre elles ont été momentanément suivies au CHU pour une complication de la grossesse (anémie, menace d'accouchement prématuré, complication non identifiée). Enfin, l'une d'entre elles était suivie par une deuxième sage-femme libérale travaillant proche de son domicile pour une surveillance de la grossesse rapprochée en raison d'un antécédent pathologique (hématome rétroplacentaire).

Les grossesses des quatre autres patientes ont été suivies par un gynécologue-obstétricien. Parmi celles-ci, une a été suivie de manière complémentaire par une sage-femme libérale dans le cadre d'une surveillance de grossesse pathologique, deux ont bénéficié d'un suivi complémentaire par une sage-femme libérale en fin de grossesse avec des cours de préparation à la naissance.

Au cours des suivis de grossesse, les patientes ont mentionné différents aspects de l'accompagnement qu'elles ont apprécié ou non.

La patiente E a apprécié la vision de la naissance transmise par sa sage-femme libérale axée sur la physiologie : “C’est génial, c’est vrai qu’encore une fois ils nous rappellent que c’est un événement normal, qu’on n’est pas obligés d’aller à la péridurale, d’aller à la césarienne.” (E)

Les patientes expriment leurs perceptions du suivi de grossesse dont elles ont bénéficié, comme le sentiment de bon suivi global de la grossesse : “c’était bien suivi dans l’ensemble.” (G) La patiente C évoque un regret de manque d’information sur les possibilités d’activités pour femmes enceintes : “J’aurais peut-être pu avoir plus d’informations, peut-être voir d’autres choses, enfin voilà faire une activité qui peut-être était organisée à la piscine à côté, on ne sait pas ! pour les femmes enceintes. (...) j’ai pas été vraiment aiguillée en fait.” (C) Une autre regrette de ne pas avoir pris de rendez-vous avec une sage-femme qu’en fin de grossesse avec le sentiment d’un accompagnement insuffisant : « je l’ai pris *très* tard, et je regrette de l’avoir pris si tard parce que finalement les gynéco c’est assez rapide comme rdv, enfin c’est surtout centré sur le bébé et pas trop sur l’accompagnement de la maman, donc c’était un peu compliqué pour moi à gérer. » (I)

## 1.2. Préparation à la naissance

### 1.2.1. Description des méthodes de préparation à la naissance des participantes

Parmi les participantes à notre étude, deux ont bénéficié selon leur choix de méthodes de préparation à la naissance complémentaires, à savoir l’haptonomie pour deux d’entre elles, et l’hypno-naissance pour une autre.

### 1.2.2. Influence de la préparation à la naissance sur les ressentis des patientes

Les patientes associent les cours de préparation au sentiment d’être prête et au sentiment de sérénité, comme nous le constatons dans le discours la patiente E ayant bénéficié d’une préparation en hypnonaissance et dans celui de la patiente F en haptonomie : “j’ai refait un maximum les audios, et puis je me sentais du coup relativement prête, plutôt détendue.” (E) ; “à la fin, - j’ai dû faire 5 séances il me semble (...) - je me suis sentie prête pour l’accouchement.” (F) Le rôle de la préparation à la naissance dans le sentiment de préparation à la naissance se manifeste chez la patiente E par une impression de "s’écarter et de ne plus savoir" lorsqu’elle ne suivait pas les cours, et un sentiment d’être prête à la fin

des cours : “Quand j’avais fini les cours d’hypno-naissance j’avais l’impression que ça y est, j’étais prête.” (E)

Plus précisément, la représentation positive de l’accouchement centrée sur la physiologie, mise en avant au cours de la préparation en hypnonaissance, a eu un effet apaisant sur la patiente E.

Nous remarquons également un effet positif de la préparation en haptonomie sur la relation au sein du couple et le lien avec l’enfant à naître : “Du coup avec mon conjoint, on faisait aussi des exercices à la maison, on se sentait vraiment plus proches, enfin c’est vraiment autre chose, on se sent plus connecté avec le bébé, et entre nous plus connectés.” (F)

### 1.2.3. Influence de la préparation à la naissance sur le vécu de l’accouchement des patientes

Nous notons un effet aidant de méthodes particulières de préparation à la naissance sur le vécu des patientes, notamment dans la gestion de la douleur, comme pour la patiente D : “je m’étais un peu entraînée à faire des exercices de respiration, j’ai aussi fait de la piscine avant d’accoucher. Et ça m’a un peu aidée, je pense.” (D)

Pour la patiente F, l’utilisation de l’haptonomie au moment de la naissance est associée à un sentiment de meilleure connexion et de plus grande sérénité à ce moment.

## 2. Expériences personnelles de la patiente

### 2.1. Expériences précédentes de grossesse et d’accouchement

Quatre des onze participantes avaient une ou plusieurs expériences passées de grossesse et d’accouchement. Nous avons remarqué dans leur discours que celles-ci ont influencé leur état d’esprit et leurs attentes, et donc leur vécu en termes d’accompagnement.

L’expérience d’une grossesse et d’un accouchement précédent peut jouer sur le sentiment d’être prête, et apaiser ainsi d’emblée des inquiétudes qui étaient présentes lors d’une première expérience, par la connaissance issue de l’expérience.

Cela passe aussi par l’expérience mais aussi par des détails pratiques : « il y a déjà une expérience, alors on est déjà plus prête. Et puis, oui, c’est moins l’inconnu, quoi. Et même

nous, dans la maison, c'est notre grand qui a changé de chambre, et le petit qui récupère l'autre chambre. On était plus prêts aussi, les habits on les avait déjà pour le premier. Enfin, plein de choses qui font qu'on était très sereins. » (A)

La patiente K a eu le sentiment de ne pas avoir besoin de préparation à la naissance particulière du fait d'une deuxième expérience d'accouchement : « pour V, vu que c'est la deuxième, il n'y a pas eu plus d'accompagnement que ça (...) j'ai pas eu le besoin de savoir quoi que ce soit pour l'accouchement, donc j'ai pas repris (les cours de préparation à la naissance)... » (K)

Pour la patiente F, le choix d'accompagnement a aussi été orienté par le vécu d'une première grossesse. Elle souhaitait bénéficier d'une approche différente pour « voir autre chose », se sentir « plus proche » de son enfant, et a choisi une préparation en haptonomie : « je voulais voir aussi autre chose que le classique, celle qui m'accompagnait pour la grossesse par exemple, c'était super bien. Juste je voulais voir un peu autre chose car je l'avais fait l'année dernière, enfin... je voulais aussi être au plus proche de mon bébé, je m'étais renseignée sur l'haptonomie, et puis je me suis dit « ah, ça a l'air d'être trop cool » du coup je me suis réorientée là-dedans. » (F) Cette patiente recherchait aussi des professionnels « chaleureux » (F), ayant trouvé les conditions d'accompagnement « froides » et « pas bonnes » pour la naissance de son premier enfant.

Les ressentis des patientes sont influencés par le vécu des accouchements vécus. Ainsi, plusieurs patientes ont exprimé des sentiments de crainte liés soit à une complication, soit à un mauvais vécu de l'accompagnement lors d'un accouchement précédent. Les vécus antérieurs ont généré chez les patientes des émotions, par exemple l'inquiétude chez cette patiente qui avait vécu des complications et un manque d'accompagnement : « j'étais pas si sereine sur le deuxième pour accoucher » (F). Pour une autre, c'est un effet de panique généré par les symptômes de la première grossesse qui a été réactivé lors de l'accouchement : « Et comme la première grossesse il y a eu des saignements 2 jours avant l'accouchement et les semaines qui ont suivi, j'ai pas remarqué qu'il y avait un saignement parce que le col se modifiait à la fin. Donc là moi j'ai paniqué en disant (ton paniqué) : « oh je saigne, c'est l'hématome qui revient ! » (A) Les paroles de réassurance de la sage-femme ont ensuite permis d'apaiser son inquiétude.

Les attentes des patientes sont influencées par leurs vécus, comme pour cette patiente qui avait mal vécu l'accompagnement de son premier accouchement : « je voulais absolument pas que ça se repasse comme ça. Enfin... une fois, mais pas deux. » (F)

La manière dont les sages-femmes y ont répondu a influencé la qualité de l'accompagnement perçu, par exemple pour la patiente B, les sages-femmes ont été très présentes et la patiente l'a très bien vécu : « limite on avait quelqu'un qui me tenait la main et qui me disait que (...) tout allait bien et qu'il fallait pas que je m'inquiète. C'était vraiment rassurant. (...) pour moi en tout cas, c'est super important (...) par rapport à ce que j'avais vécu avant. » (B) (il s'agit ici de la description de son troisième accouchement).

A l'inverse, le vécu négatif d'un sentiment de solitude a été renforcé par le fait d'avoir eu une expérience d'accouchement précédente négative : "On s'est retrouvés tous seuls. Alors que j'avais pas eu une bonne expérience avant !... donc j'étais pas très bien" (B) (il s'agit ici de la description de son deuxième accouchement).

Les discours de comparaison entre les différentes expériences sont récurrents, et la qualité de l'accompagnement est évaluée à l'aune de ces comparaisons : « Mes premiers accouchements, c'était vraiment l'enfer, donc là ça a été très différent. (...) » « par rapport à ce que j'avais vécu avant, ça a été vraiment le jour et la nuit. » (B)

Nous avons remarqué que les expériences d'accouchement modifient les représentations de l'accouchement, comme pour cette patiente qui a constaté après deux expériences négatives et une positive que l'accouchement peut bien se passer : "comme quoi, des fois ça marche bien." (B)

## 2.2. Expérience professionnelle de la patiente

L'activité professionnelle influence parfois le vécu de la grossesse.

Les patientes ont mis en lien la poursuite de l'activité professionnelle avec un bon déroulé de la grossesse : "ma grossesse s'est bien passée, franchement j'ai eu une grossesse facile (...) j'ai pu continuer de bosser" (D) "j'ai travaillé jusqu'à très très tard, jusqu'au mois de M pour accoucher trois semaines plus tard. Donc ça se passait bien." (E)

L'arrêt prématuré imprévu de l'activité professionnelle à cause d'une complication (menace d'accouchement prématurée) a été mal vécu par la patiente K, du fait du caractère imprévisible déstabilisant de celui-ci, de son impact sur sa vie sociale (avec un sentiment de solitude) et de son effet limitant dans son caractère actif :



« j'ai été arrêtée 1 mois avant le congé normal, (...) c'était pas tout-à-fait ce que j'avais prévu, donc ça m'a un peu déstabilisée, de devoir dire au revoir aux collègues immédiatement (...) et puis tout arrêter » (K)

« c'est pas forcément une période que j'ai trop appréciée, parce que je me sentais quand même un peu seule. » (K)

La perte de capacité a été mal vécue : « je devais rester à la maison, prendre la voiture que quand c'était vraiment nécessaire, etc. (...) c'était pas évident, j'ai surtout en fait pas aimé le fait de pas être capable de... vivre comme avant. (...) Jusqu'à ce qu'on m'arrête, j'avais pas tellement pris conscience que la grossesse pouvait limiter aussi les mouvements, donc je continuais de vivre normalement, et c'est vrai que ça, voilà, ce que j'ai le plus mal vécu c'est vraiment le fait d'avoir une diminution des capacités, où je suis quand même quelqu'un qui a l'habitude de bien bouger... et ça, voilà, c'était pas facile. » (K)

L'activité professionnelle et ses implications pratiques jouent par ailleurs sur les ressentis, comme la fatigue :

« je faisais des trajets 1 heure le matin – 1 heure le soir, c'était un peu dur au premier trimestre ». (D)

Deux des patientes interrogées exerçaient une profession médicale, qui a eu une influence sur leur vécu de l'accompagnement de l'accouchement.

L'expérience professionnelle médicale a influencé la perception des données cliniques et les émotions ressenties en conséquence : ainsi la patiente E a éprouvé une inquiétude devant un critère clinique anormal :

« Il y a peut-être eu des petites choses où moi, je me suis posée des questions, ben de mon expérience médicale, quand j'étais toute seule face au monito et qu'il décélérait, (...) De l'expérience que j'ai eue, les médecins réagissaient beaucoup plus vite aux décélérations... (...) et donc moi, ça me faisait assez peur. » (E)

Cette patiente exprime la difficulté à être rassurée du fait de ses connaissances professionnelles.

« elle me disait : « non, ne vous inquiétez pas », mais moi je me posais des questions, bien entendu. » « elle essaie de me rassurer en me disant « ne vous inquiétez pas » (...) « il faut pas regarder le monito » mais il déroule sous mes yeux ! je suis obligée... enfin, ça c'est un truc qui est paradoxal : il faut pas le regarder, mais j'ai quand même des notions d'interprétation de ce monito et il déroule sous mes yeux. Je suis obligée de voir. » (E)

L'expérience professionnelle médicale a aussi influencé la perception de compétence d'une sage-femme dans la prise en charge d'une complication.

« Ça a pas été très très bien pris au sérieux quand j'ai été consulter, enfin j'ai été aux urgences de la mat, et la sage-femme a un peu minimisé, parce que j'étais constipée, j'avais mal au ventre, et elle a mis ça sur le compte de la constipation, elle m'a prescrit des trucs pour ça et elle m'a laissée sortir. »(D)

Toutefois les patientes interrogées ont exprimé leur appréciation de bénéficier d'un suivi « lambda » malgré leur appartenance au milieu médical, notamment en terme d'explications reçues :

« c'est des choses que je sais en étant en médecine, mais (...) j'aime bien, moi, même quand tu précises que tu es de ce milieu et que tu comprends, avoir un suivi un peu lambda »

« elle expliquait les choses (...) c'était pas mal. » (D)

« Je trouvais son cours intéressant, même si c'était plein de rappels, enfin j'avais déjà eu plein de choses là-dessus, mais c'était intéressant. » (E)

L'influence de l'exercice d'une profession médicale sur les besoins en tant que patiente au moment de l'accouchement était relative dans l'expérience des patientes interrogées. Ainsi leurs connaissances théoriques sur l'accouchement ont eu un effet limité sur leur besoin d'accompagnement et de préparation à la naissance :

« on n'est pas du tout comme quand on travaille » (D)

« j'ai beaucoup de connaissances théoriques, j'ai assisté à des accouchements : oui des connaissances j'en avais, mais confiance en moi pour vivre cet événement-là c'était pas du tout le cas. Donc j'avais besoin de quelque chose comme ça. (méthode de préparation à la naissance) » (E)

### 3. Caractéristiques cliniques de la grossesse et de l'accouchement

#### 3.1. Caractéristiques cliniques de la grossesse

Le vécu du suivi de grossesse est influencé par les caractéristiques de celle-ci.

Ainsi, la patiente A a bien vécu le suivi médicalisé de sa grossesse en raison des données cliniques normales de celle-ci.

« Elle était très suivie parce qu'il y a eu plusieurs choses pour le premier (...) Mais en fait ça ne m'a pas inquiétée parce que tout allait bien. »

« On me disait tous les deux jours que tout allait bien, donc c'était facile. » (A)

Plusieurs patientes a relient un bon vécu de la grossesse à une bonne santé globale pendant la grossesse :

« ma grossesse s'est bien passée, franchement j'ai eu une grossesse facile. (...) je n'étais pas malade, enfin voilà, ça s'est bien passé » (D)

« La grossesse, elle s'est très bien passée, j'ai pas eu de problème particulier » (E)

« je l'ai super bien vécu, je n'ai pas eu trop de maux particuliers » (F)

Au contraire, plusieurs patientes ont relié un mauvais vécu de la grossesse avec un état pathologique :

« Alors je n'ai pas très bien vécu ma grossesse – mes grossesses – ça ne se passe pas très bien, j'ai été très très malade. » (B)

« la fin de la grossesse a été compliquée surtout par la fatigue, j'arrivais plus à me lever (...) j'ai trouvé ça vraiment très dur par la fatigue. (...) » (D)

Chez une patiente, la perte de capacité et le stress lié à l'incompréhension des symptômes a particulièrement participé au vécu négatif de cet état clinique :

« j'ai mal vécu (...) mon état (...). Je tenais plus debout, j'arrivais plus à me doucher. J'arrivais plus à chanter, j'arrivais plus à marcher autour de chez moi, j'arrivais plus à... rien faire quoi ! Donc, vraiment, j'étais très mal. » (D)

« je comprenais pas trop ce qui se passait (...) et ça m'a un peu stressée par rapport à ça » (D)

De même, pour une autre patiente l'immobilisation à 6 mois de grossesse à cause d'une complication (menace d'accouchement prématuré) a été vécue difficilement :

« j'ai dû rester couchée pendant un mois et demi parce qu'à six mois elle voulait déjà sortir ! Du coup ça a quand même été dur ». (H)

Les caractéristiques de la grossesse peuvent influencer le ressenti d'une patiente au moment du travail. Ainsi la patiente B a éprouvé un soulagement lié au dépassement du terme de la grossesse, elle s'est sentie « libérée ».

« j'en pouvais plus, j'étais vraiment très très mal... donc il était temps qu'il sorte » (B)

Pour la patiente D l'état de fatigue marquée causé par son état clinique a influencé son vécu de l'accouchement :

« j'étais plus hospitalisée, mais je sortais d'hospit' et j'étais fatiguée, et j'ai accouché en étant crevée, quoi. C'est ça qui a été vraiment plus dur. » (D)

### 3.2. Caractéristiques cliniques du travail et de l'accouchement

Les caractéristiques cliniques de la grossesse et de l'accouchement donnent lieu à des ressentis divers, qui ne demandent pas le même accompagnement.

Les interventions médicales ont eu une influence sur le vécu de l'accouchement chez les patientes interrogées. L'absence de certaines interventions est bien vécue, et le recours à d'autres n'est pas mal vécu.

« j'ai pas eu d'épisio, donc c'est très bien. » (D)

« même la ventouse, ça m'a pas semblé incroyable quoi. » (D)

Les données médicales ont participé chez une patiente au sentiment d'avoir eu un « accouchement de rêve », en particulier la rapidité et l'absence de déchirure. (H) Cette caractéristique a aussi été reliée à un bon vécu chez la patiente A.

« J'ai pas eu de déchirure, j'ai pas été recousue du tout. C'est grandiose, quoi. » (A)

L'efficacité d'une intervention médicale influence le vécu : par exemple la patiente B a éprouvé le sentiment d'avoir souffert pour rien du fait de l'inefficacité d'un déclenchement.

« la péridurale elle n'a pas marché, donc j'ai eu super mal, donc c'était... pas cool. (...) Et puis j'ai quand même fini au bloc (...) donc au final ça a pas servi à grand-chose. » (B)

Les données cliniques peuvent influencer le vécu des patientes à travers leur influence sur la possibilité de réaliser un projet de naissance.

Ainsi une décision médicale de péridurale pour stagnation du travail a empêché la réalisation du projet de la patiente E d'accoucher sans péridurale. La progression lente du travail et les signes de fatigue de son enfant ont provoqué chez la patiente un sentiment de « couperet qui tombe » par anticipation et crainte de la décision de césarienne. (E)

Les données cliniques influencent aussi la qualité de la communication.

Par exemple, la capacité à recevoir des informations a été limitée par les émotions ressenties au moment d'une complication, en l'occurrence une détresse respiratoire de l'enfant à la naissance : « Je sais qu'on me parlait, mon conjoint me racontait ce qui se passait mais franchement je n'entendais rien parce que j'étais un peu sonnée on va dire, par ce qui se passait. » (F)

La perception d'une complication clinique peut influencer le vécu d'une décision.

Ainsi, la prise de conscience et la peur chez une patiente causée par le ralentissement du cœur de son enfant a favorisé son adhésion à une décision de césarienne, dans un contexte de projet d'accouchement naturel :

« je voulais pas prendre de risque pour lui, c'était pour lui que je faisais tout ça, et il fallait que ça se passe bien pour lui, à la fin. Je commençais à avoir peur qu'il souffre. Là, je commençais à me dire « j'aime pas que ses bruits du cœur, ils diminuent », ils se divisaient par 2 (...). Ben non, en fait, on fait quelque chose quoi ! Donc, même moi, je ne le sentais pas. » (E)

Les données cliniques influencent directement les ressentis de la patiente. Ainsi, la patiente E a éprouvé du soulagement devant les signes de bon état de santé de son bébé :

« Il allait très bien, il a crié tout de suite, enfin... et voilà, ça se voyait qu'il allait bien et qu'il avait pas plus souffert que ça, sinon il n'aurait pas crié. Moi, ça m'a vachement rassurée quand il a crié immédiatement. » (E)

Le caractère d'urgence d'une situation clinique influence la possibilité de participation aux décisions :

« pour l'accouchement du grand, c'était assez différent, on ne m'a pas demandé grand-chose, mais parce que c'était plus l'urgence. » (B)

### 3.3. Vécu de la douleur

Parmi les caractéristiques cliniques de l'accouchement, la douleur occupe une place importante dans le vécu des patientes de leur accouchement. Le rapport à la douleur et son vécu par les patientes entre en relation avec l'accompagnement dont elles bénéficient, en particulier en matière de soulagement de la douleur.

Le vécu de la douleur est des effets sur les émotions, sur le moral, sur la mémoire et sur la pensée des patientes :

« C'est vrai que ce jour-là, qu'est-ce que j'ai pleuré. J'étais pas toute tendre à la douleur, mais quand même. »(E)

« Je pense qu'avec la douleur, là on pense même plus. » (G)

« Je ne me souviens pas non plus de tout, parce que j'avais tellement mal. » (G)

Les patientes interrogées n'avaient pas toutes le même rapport à la douleur et les mêmes besoins en termes de soulagement.

La patiente B apprécie qu'on lui propose rapidement la péridurale et la demande elle-même rapidement.

« La péridurale, j'ai tendance à la demander... mais on me la propose aussi assez vite. Mais si on ne me l'avait pas proposée, je la demanderais, parce que la douleur (*elle rit*) j'aime pas trop ! Donc on demande vite, on a mal, on a mal, « est-ce que vous voulez une péridurale ? » (*d'un ton soulagé*) « Oui ! » (B)

La patiente D au contraire souhaitait gérer sa douleur et attendre que le travail ait bien avancé avant de bénéficier d'une péridurale :

« Mon objectif au début, c'était d'attendre l'espèce de cap douloureux, là, le plus douloureux, pour poser la péri. » « Devoir gérer ma douleur – ça j'avais envie de le faire » (D)

On peut remarquer une variation dans le rapport à la douleur chez une même patiente entre deux expériences d'accouchement. Ainsi, la patiente F a demandé rapidement la péridurale pour son premier enfant, et pour le deuxième elle souhaitait accoucher sans péridurale.

L'efficacité de la péridurale est associée à un sentiment de satisfaction. L'absence de douleur ressentie lors de l'accouchement et de l'utilisation d'un instrument pour aider à la naissance a participé au bon vécu de l'accouchement chez la patiente G, décrit comme un « accouchement de rêve. »

Au contraire, le dysfonctionnement de l'analgésie péridurale est associé à un vécu plus difficile. « La péridurale elle n'a pas marché, donc j'ai eu super mal, donc c'était... pas cool » (B)

« La péridurale elle marchait plus ou moins, mais que d'un côté, donc c'était... globalement douloureux. (...) ça a été assez long et... difficile. » (B)

« C'était un peu mieux au niveau lombaire, mais après j'avais très très mal à l'aîne, à droite. » « L'anesthésiste est revenue, elle avait du mal à me soulager. » (D)

De la même façon nous notons l'effet difficile lié à l'absence de soulagement par un moyen antalgique utilisé :

« ça t'endort, tu te fais réveiller par les contractions, et je crois que c'est plus horrible que d'arriver à l'anticiper. C'est trop trop dur de se faire réveiller par les contractions. Tu comprends pas ce qui t'arrive, et c'est très dur à gérer, beaucoup plus que si tu la vois venir, et t'as le temps de mentaliser, de faire l'hypnose, des choses comme ça. » (E)

L'absence de considération du ressenti douloureux de la patiente lors d'un examen médical a généré un sentiment de peur chez une patiente :

« Elle m'a fait un examen gynéco, mais qui était trop douloureux. Et je lui disais que malgré la péridurale, je sentais absolument tout, et en fait, elle me dit : « mais enfin, vous êtes sûre que vous sentez ? » et je lui dis : « Oui, oui, je le sens, oui vraiment ! » (E)

« Et le pire, c'était le truc pour faire les pH du scalp (...) Ça, ça a fait super mal quand elle l'a mis. Mais en fait, elle pensait que je sentais pas, je pense. Mais j'avais quand même toutes les sensations qui étaient pareilles. » (E)

« Sur le coup, quand elle m'a fait ça, c'était très désagréable, elle m'a fait peur, la gynéco, je me suis dit : « wow, euh, je suis tombée sur qui... » (E)

Sans être décrite comme un mauvais vécu, l'absence de péridurale dans un contexte où elle était souhaitée peut être associée à une douleur particulièrement marquante.

« cette douleur, je m'en souviendrai toute ma vie. Même si on dit qu'on l'oublie. » (G)

#### 3.4. Rapport au temps

Les perceptions temporelles lors du travail influencent le vécu de l'accouchement et les besoins en termes d'accompagnement.

La moitié des patientes interrogées a vécu un accouchement qu'elles ont perçu comme rapide. Le plus souvent, cette rapidité est perçue positivement.

Nous remarquons ainsi une perception positive de l'avancement rapide du travail au moment de l'arrivée en maternité :

« Ça s'est très bien passé. J'étais déjà à 4, en fait. » (A)

« quand je suis arrivée à la maternité, j'étais ouverte à 4, avec un col complètement effacé. (...) » (H) : pour cette patiente, la rapidité associée au peu de douleur a participé au vécu d'un « accouchement de rêve. »

« Et puis ça a été super vite, j'ai eu le début des contractions, et en... même pas une heure, j'étais à l'hôpital parce qu'elles étaient super rapprochées, et en même pas une demi-heure on m'a mis une péridurale, donc ça a été... très très vite. » (B)

« Elles ont fait le premier point (...) j'étais à 1-2 doigts presque, je me suis dit « cool ! c'est déjà un peu dilaté, j'ai eu même pas 2h de contractions, et pas très intenses, j'ai réussi à gérer ça » (...) j'étais trop enthousiaste au départ. » (E)

Nous remarquons aussi un discours relatif à la rapidité du travail et de l'accouchement, avec une perception positive de la rapidité.

« En fait en dix minutes, je suis passée de 4 à 10. » (F) « Je suis arrivée, et ¾ d'heure après la petite était arrivée. » (G)

« J'ai accouché ma fille - la délivrance est partie dans la foulée (...) c'était vraiment génial. Pour le coup j'ai vraiment eu un très bel accouchement. » (C)

« Tout s'est bien enchaîné, ça a été rapide, il était bien positionné, il est bien descendu... enfin, voilà. Tout était bien. » (B)

Parfois, la rapidité est parfois associée à un vécu plus difficile, en particulier dans un contexte d'urgence, générant une incompréhension difficile à vivre pour la patiente. L'exemple de la patiente B nous le montre, dans le contexte d'un accouchement nécessitant une extraction instrumentale avec une équipe peu disponible :

« C'était pas drôle et ça se passait pas bien donc tout était dans l'urgence et je comprenais pas trop ce qui se passait ». (B)

Parfois encore, les effets de rapidité ne sont pas perçus négativement ou positivement : le discours des patientes est plutôt descriptif. Une patiente souligne ainsi l'effet de la rapidité sur la possibilité de réflexion :

« J'ai pas eu le temps de penser, j'ai pas eu... voilà. Ça a été... très rapide. » (G)

Considérons maintenant le vécu négatif lié à la perception de longueur du travail.

La perception de longueur peut renforcer le mauvais vécu de ressentis désagréables comme la douleur, la solitude ou la faim. Autrement dit, le mauvais vécu du manque de soulagement et d'accompagnement sont renforcés par la perception temporelle longue.

Ainsi la patiente B a vécu difficilement la longueur du travail associée un dysfonctionnement de la péridurale.

« Puis c'était déclenché, alors je ne sais pas si c'est tout le temps comme ça, mais ça a été... hyper long. » « ça a été très très très long et très très douloureux ». (B)

Notons le lien possible entre les caractéristiques cliniques de travail et la longueur objective de celui-ci : dans le cas de la patiente B, un mauvais positionnement du bébé *in utero*.

« Mon bébé n'était pas bien positionné, donc il ne descendait pas. (...) je suis restée plus de 48h. Donc sans manger, en étant tous seuls. La péridurale fonctionnait à moitié donc c'était globalement douloureux (...) ça a été assez long et... difficile. » (B)

La longueur du travail a parfois un effet négatif sur le vécu, en association avec des contraintes organisationnelles et des contraintes cliniques d'urgence. Ainsi la longueur du



travail combinée à l'indisponibilité de l'anesthésiste a conduit à la nécessité d'une aide instrumentale à la naissance sans anesthésie, le pochon d'anesthésiant vidé à cause de la longueur du travail n'ayant pas pu être remplacé.

« Elles sont quand même allées le chercher, mais sans anesthésie ça a été... ça a été épique. » (B)

Nous notons aussi la perception négative de la longueur du travail dans un contexte de projet d'accouchement sans péridurale.

« Ça avançait un petit peu, mais pas assez vite quoi. (...) J'étais en salle nature, mais dilatée à 3-4. (...) oui c'était trop lent. » (E)

« c'était pas le meilleur moment, parce qu'on voyait que ça stagnait. » (E)

Nous pouvons noter un effet de stress lié la durée de l'accouchement, par peur du recours à une intervention médicale pour aider à faire naître l'enfant.

« Et il y a leur chef, la gynéco je suppose, qui est venue... et c'est plus là où ça me stressait, parce que je ne savais pas, enfin je voyais qu'1/2h était passée, et je savais pas s'il fallait, je sais pas, sortir les forceps ou faire une épisio. » (G)

### 3.5. Confrontation entre attentes et vécu

La confrontation entre les attentes des patientes et leur vécu influence leurs ressentis, leurs besoins en termes d'accompagnement et leur vécu de l'accompagnement par les sages-femmes.

La concordance entre un désir d'accueillir un enfant et l'arrivée de la grossesse a été associée à un bon vécu de celle-ci.

« Je l'ai super bien vécu, après moi c'était un enfant voulu, donc euh... du coup c'était pas une surprise, enfin voilà. C'était planifié. » (F)

Plusieurs patientes ont élaboré un projet de naissance pour faire part de leurs souhaits aux professionnels.

« Mais là, j'avais fait un document écrit, et tout, en disant que ben, on évitait tout ce qui était médical au possible et puis on verrait, on aviserait au fur et à mesure, quoi. » (E)

« J'avais un projet de naissance, je voulais faire un accouchement physio et sans péridurale. » (F)

Les projets étaient plus ou moins exigeants selon les patientes.

« Moi mon projet, d'ailleurs c'était ce que j'avais dit à mon conjoint, le seul truc que je voulais c'était sortir vivante (elle rit), donc voilà, c'était le principal ! » (I)

Une patiente préférait ne pas élaborer de projet de naissance en se situant dans une attitude d'ouverture, par souci de ne pas se faire de faux espoirs. Elle avait tout de même exprimé un souhait, à savoir de ne pas souffrir et bénéficier de la péridurale.

« On verra bien comment ça va se passer. » (H)

Nous remarquons dans le discours des patientes des expressions de satisfaction liée à la correspondance entre le vécu de l'accouchement et les attentes.

C'est le cas, par exemple, de la patiente A, qui a expérimenté une naissance correspondant à son projet, en utilisant la salle nature et en accouchant sans péridurale.

« C'était un moment joyeux, qui s'est passé comme on le voulait. » (A)

« Je suis super contente d'avoir réussi en salle nature d'un bout à l'autre. » (A)

« En fait j'ai un peu eu tout ce que je voulais. » (C)

Dans le même ordre d'idée, l'absence d'interventions ou de complications dont une patiente avait peur a été associée à un très bon vécu de l'accouchement.

« Et puis j'ai pas eu de points, enfin j'ai eu 2 points à l'intérieur, mais c'est rien du tout. J'avais peur d'être déchirée, j'avais peur d'avoir une épisio, j'avais peur de tout ça. Et au final, pas du tout, quoi. Pour moi c'est un accouchement de rêve. » (G)

Nous remarquons un discours de concordance entre les attentes et le vécu de l'accompagnement chez plusieurs patientes.

Par exemple, le sentiment que la disponibilité de la sage-femme convenait car elle était concordante avec les besoins et les attentes de la patiente et en particulier en adéquation avec son souhait d'accoucher sous péridurale.

« On voyait qu'elle avait d'autre travail, qu'elle avait plein d'autres choses à faire, et ça, c'était aussi quelque chose auquel je m'attendais, puisque je le savais. (...) je pense que c'était compatible aussi parce que moi, je ne voulais pas un accouchement physio, et que j'avais demandé la péri, et que ça me convenait, et que j'étais capable, du coup, de gérer un peu toute seule. » (D)

Un autre exemple est la réalisation d'un souhait en termes d'information.

« Moi j'avais demandé, enfin c'était dans mon projet de naissance, qu'on m'explique et qu'on me dise ce qu'on fait. Et c'est ce qu'elles ont fait. » (D)

A l'inverse, le décalage entre l'expérience attendue et l'expérience vécue a été vécu difficilement par plusieurs patientes.

En particulier, la décision de la césarienne dans le contexte d'un projet d'accouchement sans a provoqué un sentiment d'échec et a été vécu difficilement par la patiente, par l'inaboutissement des efforts fournis.

« J'ai quand même versé ma petite larme, à ce moment-là, je me suis dit : « bon ben, voilà, tu as joué, tu as pas gagné. » Enfin, c'est pas un jeu où on gagne ou on perd, mais je ne voulais pas que ça se passe comme ça, j'avais tout fait pour éviter la césarienne et finalement on y est allé quand même, quoi. Donc là, j'étais un peu dég' sur ce coup. » (E)

« Du coup oui, ce qui était difficile, c'était pas tant la douleur, c'était la peur que ça se passe pas comme je l'entendais. » (E)

Pour une autre patiente nous retrouvons aussi ce mauvais vécu lié à un décalage entre les attentes et le vécu, mais plus lié à un manque de communication de la part des professionnels.

« J'ai pas très bien accepté la césarienne parce que j'étais pas du tout préparée à ça. » (I).

Nous notons aussi que pour une patiente, le souhait de ne pas avoir d'épisiotomie exprimé oralement a été respecté, mais un mauvais vécu reste associé à ce souvenir à cause d'une remarque de la sage-femme perçue comme un jugement, blessante pour la patiente :

« Il y a eu une déchirure et je l'ai entendue dire, mais elle ne savait pas que j'avais entendu : « Ah, ben ça aurait été mieux une épisiotomie ». (F)

#### 4. Contexte de l'accouchement et environnement

##### 4.1. Contexte de l'accouchement

Le contexte du début de travail influence l'état d'esprit de la patiente lorsqu'elle se présente en maternité pour l'accouchement. De même, les caractéristiques de son environnement jouent sur celui-ci. Ces éléments peuvent donc influencer ses besoins et attentes en termes d'accompagnement.

Le contexte de la mise en travail peut influencer l'état de fatigue.

« J'étais plus hospitalisée, mais je sortais d'hospit' et j'étais fatiguée, et j'ai accouché en étant crevée, quoi. C'est ça qui a été vraiment plus dur. » (D)

Le contexte clinique de la grossesse influence l'état d'esprit en début de travail. Par exemple, le mauvais vécu de grossesse en lien avec ses caractéristiques cliniques a provoqué une hâte d'accoucher.

« Ça contractait tellement, avec mon état où j'étais mal avant, que j'avais qu'une envie, c'était d'accoucher. » (D)

L'organisation du quotidien influence aussi la manière d'accueillir les contractions en début de travail.

« J'ai commencé à contracter vers T0, je suis restée chez moi jusqu'à T0 + 6h, j'avais prévu d'attendre jusqu'à T0 +7h pour que le supermarché d'à côté soit ouvert (*rire*) pour acheter un sandwich à mon mari, mais j'arrivais plus à tenir, je faisais les exercices de respiration, enfin j'arrivais pas à dormir, clairement. » (D)

Le contexte d'un projet de naissance en lien avec un contexte clinique a influencé l'attitude de deux patientes. En particulier, le souhait d'éviter un déclenchement associé à l'absence de contractions les ont amenées à faire des efforts pour déclencher les contractions.

« les dernières semaines, ben j'avais pas de contractions, et comme je voulais pas de déclenchement j'ai fait plein d'efforts la veille du terme. » (D) Elle est finalement arrivée à la maternité avec des contractions éloignées, une poche des eaux rompue et un travail peu intense.

« Et puis c'est vrai que la journée, ben on a un peu tout fait avec mon conjoint pour que ça arrive le plus rapidement possible. De la voiture, on a beaucoup marché, enfin voilà. » (G)

#### 4.2. Environnement

L'environnement a eu une influence sur les ressentis de plusieurs patientes.

Nous notons par exemple le ressenti stressant lié à un contexte de travaux pendant la grossesse :

« C'était plus personnellement où c'était un peu compliqué parce qu'on était dans les travaux, donc un peu stressant on va dire pour la préparation. » (G)

Au cours du travail, nous notons la perception de l'influence de l'environnement sur le sentiment d'être à l'aise.

« Puis il y a le fait aussi que la salle nature était loin des autres salles... (...) pour moi c'est un côté réconfortant, en me disant : « je suis loin, on m'entendra moins aussi ! » (A)

De la même façon, la patiente C a bien vécu la limitation du nombre de personnes au moment de son accouchement comme favorisant l'intimité du moment.

« J'ai accouché dans un CHU, en plein été, et un dimanche, ce qui fait que je n'avais pas tous les étudiants (...) j'ai eu la chance de pouvoir accoucher avec deux sages-femmes et mon mari, c'était en comité restreint, dans l'intimité, c'était génial. » (C)

Nous avons noté une influence de la disponibilité du conjoint sur l'aide obtenue par la patiente au cours du travail, à cause de la fatigue de celui-ci.

« il était venu à tous les cours avec A, plein de cours avec la sage-femme, donc il était briefé au maximum pour savoir ce qu'il pouvait faire pour soulager les contractions, changer les positions, pour... il était juste épuisé et ça c'était un problème, mais il savait ce qu'il fallait faire. » (D)

La fatigue du conjoint a aussi été rapportée par la patiente E, avec une conséquence dans les besoins en termes d'accompagnement, non remplis ici :

« Et donc là mon compagnon était là, il n'avait pas nos affaires encore... j'aurais bien aimé qu'on aille chercher nos affaires quand même, parce qu'il y avait un peu à manger, et comme j'avais pas de péridurale j'avais le droit de manger. Mais du coup, c'était lui le plus crevé des deux. Il dormait, en fait. » (E)

## 5. Personnalité et représentations de la patiente

### 5.1. Personnalité et ressentis divers de la patiente

#### 5.1.1. Ressentis divers de la patiente

Nous avons constaté dans le discours des femmes diverses émotions pouvant entrer en relation avec leur vécu de l'accouchement.

Ainsi, les discours des patientes ont révélé diverses émotions ressenties, parfois opposées, au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

« Moi personnellement, ma grossesse... comment décrire ? c'est un chamboulement d'émotions... je suis passée par la joie, comme la peur. » (G)

« Parce que j'étais quand même stressée, même si j'avais très envie et que ça se passait bien. » (B)

« (je me sentais) stressée ! Parce que c'est quand même l'inconnu (...). Stressée, mais excitée à la fois, c'est un chamboulement d'émotions pour moi, je l'ai vécu comme ça. On a hâte, mais en même temps on n'a pas hâte, on se pose beaucoup de questions". (G)

« je trouve qu'émotionnellement, c'est compliqué aussi... donc... moi j'ai trouvé que je pleurais très facilement. » (D)

La patiente G a exprimé la difficulté à gérer ces émotions diverses et le sentiment de perdre ses moyens au moment de l'accouchement.

« je croyais me sentir prête, et au final au moment venu, j'ai perdu un peu tous mes moyens. » (G)

Certaines patientes ont exprimé des peurs qu'elles avaient : peur d'interventions, peur de ne pas réussir à pousser, peur de ne pas aller à la maternité au bon moment.

« Moi, j'avais très très peur de la péridurale. » (G)

« j'avais terriblement peur de ne pas réussir à savoir bien pousser. Je sais pas pourquoi, j'avais peur de ça. » (G)

Une patiente a exprimé avoir bien vécu l'état de grossesse en tant que tel.

« moi, j'ai aimé ma grossesse, j'ai aimé être enceinte. » (G)

Au contraire, une patiente n'a pas apprécié cet état : "j'ai eu une bonne grossesse même si j'ai pas aimé être enceinte." (C)

La patiente A, quant-à-elle, « redoutait » que ses deux enfants « aient la même date de naissance » (A). La conséquence en a été la non reconnaissance des contractions.

« je pense que les premières contractions je les ai un peu prises comme des fausses contractions, en me disant « c'est dû au stress parce que je veux pas que ce soit aujourd'hui » (...) "Donc je me suis pas trop écoutée » (A) Elle a finalement accepté cette situation qui s'est effectivement produite.

« Finalement je trouve ça très drôle et ça me va très bien. » (A)

Plusieurs patientes primipares ont exprimé des ressentis de difficulté liés à la nouveauté de l'expérience de l'accouchement : difficulté à reconnaître les contractions, difficulté à pousser, peur de l'inconnu.

« Puis je n'arrivais pas à pousser en fait la première fois, parce que c'était mon premier accouchement, enfin bref j'avais du mal à pousser. » (F)

« Je lui disais : « je crois que j'ai une sensation de contraction » parce qu'avec la péri du coup on ressent beaucoup moins (...) c'était mon premier accouchement, c'étaient des sensations nouvelles, donc je ne savais pas. » (F)

« Mais je n'avais pas de point de comparaison, moi, sur une grossesse, donc voilà, je sentais que ça contractait, que j'avais mal, mais bon, impossible, j'arrivais pas à savoir. » (G)

« Alors moi, j'avais terriblement peur... Enfin moi, j'avais peur de l'accouchement, c'était ma première, j'avais terriblement peur de tout ça. » (H)

Le vécu de l'accompagnement a été influencé par ces ressentis, comme pour la patiente F : le manque de paroles de soutien et d'explications a été d'autant plus mal vécu qu'elle avait besoin de soutien en lien avec la nouveauté de cette expérience.

De même, certaines patientes ont éprouvé une difficulté à s'occuper de leur bébé en lien avec la nouveauté de l'expérience et la perception de l'accompagnement en a été ainsi influencée.

« Oui, c'est quand même tout nouveau, t'es quand même enfermée dans cette chambre (...) et on te laisse là toute la journée, à attendre et à gérer ton bébé » (D)

« Après c'est vrai qu'on arrive, c'est son premier. On va en chambre, on se retrouve seuls avec un petit bébé. » (F)

« C'était ma première donc j'étais pas sûre de moi du tout. Je savais pas, elle buvait pas, enfin il y avait pas mal de choses... » (F)

#### 5.1.2. Traits de personnalité de la patiente

La perception de qualité de l'accompagnement est aussi influencée par les traits de personnalité de la patiente.

Ainsi, la disposition à se remettre en question conduit une patiente à remettre en cause le sentiment d'un manque d'information dans les suites de couches.

« C'est peut-être moi qui avait trop de questions... parce que c'était nouveau... Oui, je sais pas, peut-être c'est moi, je pense, qui ai posé énormément de questions. » (F)

Le besoin de la patiente de parler et de rire lorsqu'elle a peur a été associé à un vécu particulièrement positif de la capacité de la sage-femme à détendre l'atmosphère par son humour.

« Alors moi, quand je stresse, il vaut mieux que je parle que... moi voilà, je stressais beaucoup, donc... enfin je stressais : j'avais peur plutôt, moi j'avais besoin de parler, j'avais besoin de... ben de rigoler. » (H)

Le caractère pudique, associé à une appréhension du regard des professionnels sur son corps, a influencé le vécu d'une patiente de l'accompagnement par sa sage-femme et elle a particulièrement apprécié de pouvoir accoucher avec la sage-femme l'ayant accompagné tout au long du travail en lien avec ce trait de sa personnalité :

« moi je suis quelqu'un de très pudique. Alors moi, c'est ce que j'appréhendais, je me disais : « Oh là là, mais accoucher, s'il y a 5-6 nénettes, moi je veux pas qu'elles me voient toute nue... » voilà, moi je suis très pudique sur ça et j'appréhendais. (...) Donc c'est vrai que, heureusement que je les connaissais déjà, au final. Ça m'a bien rassurée. » (H)

Le trait de caractère d'une patiente de ne pas aimer déranger a eu une influence sur son vécu du manque d'information en suites de couches, avec une tentative de se débrouiller seule par peur de déranger, un sentiment de peur de mal faire et un sentiment de culpabilisation quand l'équipe a remis en cause sa façon de faire. (C)

La « tendance à poser beaucoup de questions » (I) chez la patiente I a eu pour conséquence le fait qu'elle pose spontanément beaucoup de questions aux professionnels pour comprendre les propositions de soins ; elle a exprimé bien vivre le fait de se laisser guider dans la mesure où elle comprend ce qui est proposé. Sa tendance à poser des questions permet donc de faciliter un bon vécu de l'accompagnement en termes de participation aux décisions.

La crainte devant la « vue du sang », des « cicatrices » et des « aiguilles » (I) a eu une influence sur le vécu d'une intervention clinique, la césarienne, en raison des peurs associées.

Les habitudes de vie comme le caractère actif influence aussi les ressentis et le vécu de caractéristiques cliniques.

« Je suis quand même quelqu'un qui a l'habitude de bien bouger. » (K)

Cette patiente a eu un vécu particulièrement difficile de la limitation des activités dans un contexte de menace d'accouchement prématuré.



## 5.2. Représentations de la patiente

La manière de vivre l'accompagnement par les sages-femmes est influencée par les représentations que les patientes ont.

### 5.2.1. Représentations du métier de sage-femme

Nous pouvons noter en premier lieu les représentations du métier de sage-femme. Par exemple, la patiente A associe le métier avec l'adaptation au rythme des contractions : "c'était très bien, parce que - après, elles ont l'habitude, elles connaissent, mais - elles sont à notre rythme des contractions. Donc forcément c'est moins galère. Parce qu'on a fait une pause de cinq minutes au milieu du couloir. Je veux dire, dans d'autres circonstances les gens... mais là elles, bah on voit que c'est leur boulot : on attend que ça passe et puis on y va après." (A)

On peut noter aussi une représentation des qualités des sages-femmes suffisantes pour un bon vécu de l'accouchement, en particulier la compétence professionnelle, la douceur et le sourire : " moi je pars du principe que je pense, bah une sage-femme si elle connaît son métier, si elle a des mots doux, si elle sourit, si il y a de la tendresse, et ben je pense que ça peut que bien se passer avec tout le monde." (H)

La représentation du rapport à l'intimité particulier des professionnels joue sur le ressenti de la patiente H qui se décrit comme "quelqu'un de très pudique." : "j'avais toujours cette sage-femme et puis cette gynéco qui étaient à côté de moi et je me disais (...) inconsciemment, « elles ont déjà dû en voir d'autres, je suis pas la première.. » : j'essayais de me rassurer." (H)

La représentation du rôle des professionnels joue également sur le vécu de l'accompagnement en termes de prise de décision. Ainsi, dans le point de vue de la patiente B, la connaissance placée du côté du professionnel justifie son rôle de guider dans les décisions : "moi, ça me convient, mais j'estime que je suis pas sage-femme, je suis pas médecin, donc je sais pas trop ce qui est bon, à quel moment... donc c'est vrai que je me laisse pas mal guider." (B) On note ainsi une disposition de la patiente à accepter les propositions de l'équipe du fait de l'inégalité des connaissances et par une confiance en la bonne volonté et la compétence des professionnels : "j'ai tendance à dire oui, parce qu'encore une fois c'est pas mon métier, moi je sais pas trop, puis tu te dis que tout ce qu'on te propose c'est pour... bah, sûrement pour des bonnes raisons, pour que j'aie moins mal ou

pour que ça se passe mieux, etc. Donc... je me laisse assez guider à ce niveau-là.” (B) De même, D estime que le niveau approprié d'autonomie à avoir dans les décisions est relatif au moment de l'accouchement : “c'est pas non plus le moment de dire : « est-ce que vous voulez ceci-cela », tout dans le détail. Elle m'a posé la question pour les choses qu'elle jugeait utiles. Quand elle m'injectait un truc, l'anesthésiste elle m'a pas dit ce qu'elle injectait et ça ne m'a pas posé de problème.” (D)

La représentation du rôle des professionnels en termes d'information joue sur les attentes et la manière de recevoir les informations par les patientes. Ainsi la patiente G pense que leur rôle est de “donner des bases” et que l' “instinct maternel” joue un rôle complémentaire, excusant le ressenti d'un certain manque d'information dans son vécu en service de maternité. A l'inverse, la patiente C pense que leur rôle est de les guider et a mal vécu le manque d'information perçu : “Moi je me dis que c'est leur boulot de venir me former, me driver... me briefer en fait tu vois ! (...)” “du coup, j'ai fait par instinct, mais voilà : après on me disait « (...) c'est pas comme ça qu'il faut faire ! » « - Oui, mais on m'a pas montré ! » Mais du coup je culpabilisais...” (C)

Par ailleurs, la représentation de la charge de travail et des difficultés associées au métier de sage-femme influence l'acceptation d'un sentiment de manque d'accompagnement. Ainsi la patiente G déclare, après avoir exprimé un regret qu'on ne lui ai pas proposé de garder son enfant pendant une nuit après l'accouchement pour lui permettre de se reposer : “Après non, le suivi est très bien, et puis bon, elles ont tellement de personnes aussi à voir que c'est... c'est pas facile non plus tout le temps, elles sont débordées quoi ! Mais bon, ce que je me dis aussi c'est qu'elles doivent aussi en voir des vertes et des pas mûres, je pense que des fois, des mamans, ça doit pas être simple tout le temps.” (G)

### 5.2.2. Représentations de l'hôpital, du personnel et des interventions médicales

La représentation du suivi par un gynécologue-obstétricien comme permettant un suivi global et la constatation de l'inverse a généré un sentiment de déception chez la patiente C : “j'avais choisi ma GO de base, parce que pour moi GO veut dire suivi de A à Z jusqu'à l'accouchement, sauf qu'elle n'accouche plus ! (...) mais moi, je voulais une part de confiance, être suivie par la même personne, donc j'ai déjà eu là cette déception-là.” (C)

La représentation d'un personnel désagréable rapportée par la patiente H et issue de retours d'expérience entendus générerait chez elle la crainte d'accoucher avec une équipe

désagréable. Cette représentation s'est confrontée avec son propre vécu qui s'est révélé différent : "j'avais peur de tomber sur une équipe un peu blasée, parce qu'on entend tous « oh ben, moi j'ai pas trop aimé » et puis moi en fait, elles étaient toutes cool, gentilles." (H)

Les représentations de l'hôpital et du personnel jouent également dans le vécu de la patiente A, comme favorisant l'absence de gêne par l'habitude et la connaissance : "Le fait d'être dans la salle nature et puis à l'hôpital, on sait que les gens qui sont là, ils sont habitués, ils savent, ils connaissent, y a pas de gêne, alors c'est... enfin, j'ai senti que j'avais pas à être gênée en fait. Et ça, c'était agréable aussi." (A) La salle nature est représentée comme facilitant l'absence de gêne, comme l'exprime cette patiente : " la salle nature c'est fait pour qu'on soit naturelles." (A)

A l'inverse, on note dans le discours de E une représentation du milieu médical (en particulier la péridurale) comme source d'interventions et de complications par effet de cascade, induisant chez elle une peur et un rejet de la péridurale et du milieu médical en conséquence : "j'avais pas envie de déclenchement, j'avais pas envie de mettre un pied dans le monde médical. J'avais pas envie de péridurale, puis déclenchement puis césarienne... j'avais peur de ça, en fait je me disais si j'ai une péridurale, ça va aboutir sur un déclenchement, qu'il y a plus de risque de césarienne, et je le sais, c'est une réalité que dès qu'on met un pied dans le médical, après, il y a plus de risque que ça grimpe les échelons." (E) De cette représentation découle une représentation de la meilleure manière d'accueillir son enfant, à savoir sans péridurale, de manière naturelle : "je me disais que j'avais plus de chances de l'aider en mode naturel qu'avec une péri, et donc du coup j'avais envie de le faire en mode naturel." (E)

Nous notons aussi chez cette patiente une association entre la représentation des interventions médicales, en particulier l'analgésie péridurale, et la perte d'autonomie dans les décisions : "je savais que du moment que j'avais la péri, je perdais le contrôle de tout, que c'était plus moi qui décidait comment ça allait se passer derrière." ; "j'avais mis un pied dans le médical, je savais qu'à ce moment-là, ça ne m'appartenait plus, j'avais l'impression de ne plus être décideur, du tout." (E) Nous remarquons toutefois dans son discours une représentation de sécurité associée à la pratique d'une intervention médicale, la césarienne, en France : " je me suis dit ben « merci d'être dans ce pays, à cette époque pour pouvoir faire des césariennes », parce qu'on aurait été dans un autre contexte, ben je sais pas comment ça aurait fini, honnêtement." (E), ou encore une représentation du CHU comme élément rassurant sur la sécurité de la prise en charge, suite à une inquiétude pour son

enfant au cours du travail : “je me suis dit «bon je suis au CHU, ça devrait quand même aller»” (E).

Chez une autre patiente, on trouve la représentation de la péridurale comme étant associée à un accouchement plus long, jouant sur son souhait d’attendre avant d’en bénéficier : « je voulais en plus attendre le plus longtemps possible pour la péridurale pour pouvoir bien bouger et pas avoir un accouchement qui durait 35h. » (I)

### 5.2.3. Représentations de l’accouchement

La représentation de l’accouchement en tant que tel a été notée dans le discours des patientes, avec son caractère unique : “c’est quand même un moment un peu particulier” (B), «ultra-stressant » pour la patiente I, limitant la possibilité d’autonomie pour la patiente D : “Après je pense que le jour de son accouchement, aussi, on peut pas tout contrôler” (D)

Parmi les représentations de l’accouchement, nous notons le point de vue de E sur une représentation “pessimiste” de l’accouchement qu’elle constate dans son entourage et dans la société, dont le bon vécu dépend de l’efficacité de la péridurale, la douleur de l’accouchement étant perçue très négativement : “je trouve que dans la société il y a une vision très pessimiste et... on a l’impression que tout le monde dit que l’accouchement c’est horrible ! (...) j’avais beaucoup de retours de femmes qui me disaient « moi ça a été l’enfer, j’ai eu trop mal », « heureusement j’ai eu la péridurale », ou alors « la péridurale n’a pas marché »... tout tourne autour de la péridurale. Alors je trouvais que c’était extrêmement pessimiste, de la nature, et j’avais du mal avec ça.” (E) Cette représentation a joué dans son choix de préparation à la naissance (hypnonaissance).

La patiente H rapporte aussi une représentation de la douleur de l’accouchement issue des expériences de son entourage, qui influence son état d’esprit initial. Elle compare son début de travail avec le début de travail très douloureux de certaines amies, générant chez elle une peur de souffrir, et la relative absence de souffrance finalement ressentie est associée à un vécu très positif. “je m’estime heureuse, parce que quand je vois certaines amies qui ont galéré à être ouvertes rien qu’à 3, je crois, pour avoir la péridurale, qui ont souffert, moi j’avais peur de souffrir, mais en fait, pas du tout. (...) Pour moi c’est un accouchement de rêve” (H)

#### 5.2.4. Représentations de la place du conjoint et de l'entourage

Les représentations de la place du conjoint jouent sur les attentes en termes d'intégration de celui-ci au cours de l'accouchement. Ainsi, la patiente F a apprécié l'intégration du conjoint dans les discussions, cohérente avec sa représentation de son rôle actif en tant que père de l'enfant à naître : "Elle lui parlait. Quand elle me parlait à moi, elle lui parlait aussi à lui, qui était présent. Il est pas juste spectateur, c'est aussi son enfant. C'est la femme qui porte, mais c'est aussi son enfant." (F)

Pour la patiente H, la représentation de la place de l'entourage dans le post-partum, issue des témoignages reçus, a été confrontée avec son propre vécu. Elle rapporte ainsi un discours de l'entourage sur les visites après l'accouchement insistant sur leur caractère fatiguant, qu'elle n'a pas éprouvé, appréciant au contraire les visites du fait de son propre caractère sociable. " on m'avait dit « tu verras, tu vas être fatiguée, les visites, et patati et patata (...) mais moi, au final, j'ai adoré avoir des visites. Je pense que j'aurais fait un baby-blues si j'avais pas eu de visites. Parce que je suis quelqu'un qui adore parler, qui aime être en contact... et moi, être toute seule, je déprimais. Donc là, je me sentais vraiment... bien, en fait." (H)

### III. Perception de la personnalité et de la disponibilité de la sage-femme par la patiente

Le vécu de l'accompagnement de la patiente dépend de la perception de la personnalité et de la disponibilité de la sage-femme par la patiente.

#### 1. Perception des qualités de la sage-femme par la patiente

##### 1.1. Perception par la patiente des qualités relationnelles des sages-femmes

La perception des qualités de la sage-femme par la patiente influence sa perception d'un accompagnement de qualité. Nous nous proposons ici de présenter ces qualités à travers les mots employés par les patientes.

La personnalité des sages-femmes a marqué la patiente H.

« Elles m'ont toutes marquée par leur personnalité » (H)

« Moi à chaque fois que je parle de mon accouchement, je fais de la pub pour les sages-femmes de là-bas, parce que j'ai adoré mon séjour. » (H)

Les sages-femmes sont décrites comme « accueillantes », « avenantes » (G), par le fait de se présenter et par leur sourire notamment.

« Elle a été très accueillante, parce qu'elle s'est présentée » (A)

« C'est important, d'ailleurs, de dire qui on est, je pense quand on va voir les gens, et il y en a très peu qui le font » (I)

« C'était un accueil grand sourire quand on est arrivés » (C)

Les sages-femmes sont décrites comme « bienveillantes », à travers l'écoute et les paroles notamment.

« elle a bien écouté, elle a pas eu de jugement. » (F)

« dans les propos qu'il y a, on sent que c'est : « faites ce que vous pouvez quand vous pouvez, et puis vous appelez quand vous avez besoin ». Oui, c'était bienveillant. » (A)

Aux yeux de la patiente F, c'est la qualité la plus importante dans l'accompagnement.  
« Vraiment, la bienveillance. Se sentir accompagnée, mais en respectant nos choix, finalement. Sans jugement. » (F)

« les filles m'ont demandé si je voulais allaiter – elles ne m'ont pas jugée. Parce qu'il y en a beaucoup aussi qui jugent. » (C)

Les sages-femmes sont décrites comme « chaleureuses », à travers l'écoute, la prise en compte des souhaits, la manière de parler, le regard, le ressenti de proximité :

« C'était une jeune, une jeune sage-femme, et elle a été très chaleureuse. Là, j'ai beaucoup apprécié. Très chaleureuse, très à l'écoute. » (F)

« elle était très chaleureuse, elle nous demandait ce qu'on voulait. » (F)

« C'est dans la manière de parler. C'est bienveillant, enfin elle regarde dans les yeux, il n'y a pas de jugement, c'est... comme si « c'était une copine ». On se sent vraiment accompagnée. » (F)

A l'inverse, une sage-femme est décrite comme « froide », à travers les mots employés, ayant eu un effet très négatif sur le vécu de la patiente.

« Froide. (...) Enfin vraiment, j'en ai souffert. Après j'ai fait un petit baby-blues à cause de ça, donc c'était vraiment... les mots en fait ont beaucoup joué, et moi les mots, je les ai ressassés... voilà, pendant une année entière, je me rappelle encore mot pour mot ce qu'on m'a dit tout le long de l'accouchement. Et ça m'avait beaucoup blessée. » (F)

Les sages-femmes sont décrites comme « gentilles », par le fait de se présenter, par des gestes attentionnés, par le fait de montrer des soins, par l'écoute, par le fait d'être attentive aux ressentis et aux besoins de la patiente (douleur, besoin de réassurance ou d'un geste de tendresse), par le fait de rassurer : « Elle était gentille, tout simplement. Elle s'est présentée (...)

elle était sympa comme fille, enfin je ne sais pas, oui, j'ai bien aimé son contact » (D)

« elles étaient très gentilles, et hyper à l'écoute, j'avais l'impression d'être considérée. » (D)

« Même après, avec le bébé, elle l'a posé sur moi, elle m'a montré les soins, enfin tu vois elle a été gentille. » (D)

« J'avais une super sage-femme vraiment, à l'écoute, gentille, enfin... super. » (F)

« Quand je suis arrivée, j'ai eu je pense une gynéco, elle a vu que vraiment je souffrais beaucoup, enfin super gentille, adorable » (G)

« Je suis tombée vraiment que sur des personnes super gentilles, qui rassuraient énormément, donc je l'ai super bien vécu en fait » (H)

« Quand j'y suis allée, je suis tombée sur une première sage-femme très cool, très sympa » (H)

« Elles étaient toutes cool, gentilles » (H)

« Elles étaient toutes adorables avec moi (...) limite, j'aurais eu besoin d'un câlin, elles m'auraient fait un câlin, quoi » (H)

« sympa » (I)

Les sages-femmes sont décrites comme « rassurantes ». Quand nous les avons questionnées sur ce qui les amenait à employer ce mot, les patientes ont évoqué des exemples et caractéristiques diverses.

Les sages-femmes sont perçues comme rassurantes par leur calme, par des paroles d'encouragement, par des paroles valorisantes, des paroles exprimant la confiance en la patiente, par l'emploi de conseils de guidage, par des gestes de réconfort et de soutien, par le regard, le sourire, la douceur de la voix, le recours à l'humour, les explications permettant d'apaiser une crainte, par l'écoute des ressentis... voici plusieurs extraits permettant de l'illustrer.

« Elles me rassuraient beaucoup » (E)

« Elle m'a beaucoup rassurée » (F)

« Zen, pas stressée"... (...) ça, c'était super. » (G)

"Franchement elles ont été super : elles m'ont beaucoup encouragée, enfin... elles sont rassurantes !" (G)

« Moi je dirais, je redirai la même chose, leur gentillesse et puis leur... oui, leur calme, leur façon d'être rassurantes... vraiment oui, c'était plus dans les paroles. » ; « faites comme ça »

« vous poussez bien » « voilà c'est ça ! » « allez-y! » (G) « Mais vous allez y arriver » (H)

« Je ne sais pas comment expliquer, mais cette sage-femme elle avait vraiment les mots pour rassurer » (H)

« Heureusement qu'elle était là, parce que j'étais tétanisée de cette fameuse péridurale. (...) Et en fait, elle me disait tout le temps : « mais vous êtes une warrior, vous allez y arriver, vous inquiétez pas, je suis là », enfin elle avait toujours les mots pour. » (H)

« (C'est important) d'avoir quelqu'un qui est calme à côté de nous » « quelqu'un qui parle calmement » (pour apaiser la peur liée à l'accouchement) (I)

« Elle arrivait à poser les choses. Et ça, c'était génial. » (E)

« Elle posait sa main sur ma main » ; « Il y avait de la tendresse » ; « Des fois c'était juste une caresse, une tendresse, un regard, un sourire, et en fait ben je comprenais que ça allait bien se passer, que j'étais bien entourée et j'étais surtout rassurée » (H)

« J'étais avec une sage-femme qui m'a bien accompagnée (au moment de la pose de péridurale), et puis qui avait les mots pour rassurer, des fois c'est peut-être rien, mais une



main sur une épaule, une caresse, enfin ça rassure tout de suite. Donc moi je me suis sentie vraiment bien entourée pour le coup. » (H)

« Limite on avait quelqu'un qui me tenait la main et qui me disait que ça allait aller ! et puis que tout se passait bien et puis qu'il fallait pas que je m'inquiète... donc c'était vraiment rassurant. » (B)

« Elle était à côté de moi, et je la revois encore me tenir la main et me dire (*d'une voie douce, encourageante*) « allez-y, vous allez y arriver, vous êtes la plus forte ! » Enfin des mots... j'en avais besoin, donc il y a ça qui m'a marquée. » (G)

“(Elles étaient calmantes) parce qu'elles ont des paroles – elles avaient des paroles en tout cas – apaisantes, et puis très à l'écoute... Et puis, voilà, à essayer que ça se passe au mieux, que j'aie moins mal... en tout cas, que j'aie l'impression d'être écoutée et comprise. » (B)

« Elles avaient toutes le sourire... je pense que ça, ça joue beaucoup (...) déjà si tu souris, ça donne envie (...) moi personnellement, ça m'a énormément... *rassurée*. » (H)

« Et puis elles avaient toutes un humour... ben voilà, elles rigolaient, ouais elles rigolaient toutes, elles me rassuraient. » (H)

« Il faut ce petit grain de « déconne »... parce que, si c'est trop froid, que c'est trop sérieux... on va être sur le point d'accoucher. Donc pour les nanas – même si c'est, je pense, si c'est pas le premier et que c'est même le cinquième, sixième – on a besoin de ce moment de « faut se détendre » (C)

La capacité de réassurance d'une sage-femme a été perçue de manière particulière par une patiente dans un moment difficile lié à des données cliniques remettant en cause un projet de naissance naturel.

« Elle m'a marquée par le fait qu'elle me motive, à la fois elle me motivait et elle me rassurait et elle était réaliste. Enfin, elle me regardait dans les yeux, elle me prenait dans ses bras. C'était des choses basiques, mais en fait (*voix émue, au bord des larmes*) dans ces moments-là, franchement, tu...(*en chuchotant, émue*) c'est énorme. » (E)

« Elle a su me rassurer, m'expliquer que si ça se passait pas comme je l'entendais, comme je voulais au départ, que c'était pas grave et que voilà, on essaierait de faire au mieux... qu'elle m'accompagnait là-dedans, quoi. » (E)

Les sages-femmes sont aussi décrites comme « réalistes », ce qui a un effet rassurant.

« C'était plutôt honnête, et du coup c'était agréable de savoir réellement ce qui allait se passer. » (I)

« Elle m'a marquée par le fait qu'elle me motive, à la fois elle me motivait et elle me rassurait et elle était réaliste. » (E)

Elles sont aussi décrites comme « réconfortante » (F), « calmantes », (B), entourantes :  
« que ça fasse cocooning » (F)

Au contraire, une sage-femme a été perçue comme « stressante » : compétente, « carrée » mais « très stressante » :

« Et là je suis tombée sur une sage-femme – qui est très bien, il n'y a pas de souci – mais très stressante. Donc du coup, voilà, j'ai eu pas mal d'examens à faire, il y avait beaucoup de choses à penser, mais après, voilà. On va dire qu'elle est stressante, mais voilà, qu'elle était carrée, très bien dans ce qu'elle faisait. » (G)

La perception d'une qualité de calme en situation stressante a été appréciée par une patiente dans un contexte d'urgence :

« Ils ont complètement su garder la gravité du moment (...). Sur le moment on a bien senti qu'il y avait un truc pas normal, mais qu'on passait à côté de la césarienne, qu'on passait à côté de plein de choses, ça sur le moment je n'ai pas réalisé. Du coup ça reste un bon souvenir. Parce que l'équipe a été super, ils ont gardé leur stress. » (A)

Les professionnels sont décrits comme empathiques et « à l'écoute », par des signes d'écoute et l'implication dans les discussions.

« J'avais une super sage-femme vraiment à l'écoute, gentille, enfin... super » (F)

« Je voyais qu'elle écoutait, donc elle hochait la tête, elle souriait, elle prenait aussi ses exemples à elle aussi de son vécu, enfin on va dire c'était un vrai échange. » (F)

Pour la patiente I, il est particulièrement important d'être accompagnée par « quelqu'un qui soit à l'écoute, à qui on peut poser des questions. » (I)

Les sages-femmes sont décrites comme attentives aux ressentis des patientes.

« Elle a vu que vraiment je souffrais beaucoup » (G)

« Elle a vu que j'étais pas très en forme ». (I)

Les sages-femmes sont décrites comme « douces ». (D)

Elles sont décrites comme attentives au couple et à son confort.

« Elle était attentive à ce qu'on soit bien et confortables, enfin que ça se passe bien et que ce soit une expérience qu'on vive bien tous les deux. » (D)

« Après-coup elles ont demandé : « est-ce que vous voulez vous rhabiller tout de suite ? est-ce que vous voulez rester comme ça ? est-ce qu'on met des draps propres ? » enfin, elles m'ont fait un tas de propositions pour mon confort» (A)

Elles font preuve de délicatesse par l'expression du souci de ne pas blesser.

« Elle est revenue sur le fait qu'elle trouvait qu'elle m'avait un peu engueulée – alors que c'était pas le cas. » (A)

Certaines sages-femmes sont perçues comme plus « brutes » (D) ou « sèches » (I), notamment par la limitation de la communication et le peu d'explications données :

« Celle de la nuit – soit parce qu'elle était fatiguée, soit parce qu'on ne l'a pas vue longtemps – elle était plus... un peu plus brute." (D)

« Elle a dit : « installez-vous », enfin « je vous laisse vous installer, je vous pose le monito », elle parlait peut-être pas... mais c'est plus un ressenti dans ce sens-là, elle était pas dans la réassurance, plus dans « on s'installe, et moi je pars. » (D)

« C'était pas très facile de discuter avec elle. » (I)

Certaines sages-femmes sont décrites comme « hautaines », notamment à travers la formulation de remarques désagréables en réponse à des demandes, par exemple une demande de soutien dans un contexte de grande fatigue après l'accouchement :

« Je lui avais demandé si elle pouvait me la prendre un peu, début de nuit, pour que je puisse me reposer, recharger un peu mes batteries, et elle m'a dit (...) « on n'est pas une nurserie ! on garde que les enfants de césarienne, ou de pathologie grave... » : enfin je me suis fait un peu envoyer balader, quoi." (C)

« Je voulais pas du bain à la mat (...) la puer', elle était un peu hautaine : « ah bon ?.. je peux au moins lui faire un shampoing ? » (C)

Une sage-femme est décrite comme étant « hargneuse », en lien avec sa manière de répondre à une question de la patiente, en l'occurrence savoir si elle pouvait utiliser le bain.

« *(Elle imite un ton sec, énérvé)* : « Oui, bah vous êtes déjà 3 dessus, c'est pas sûr que vous l'ayez ! » (C)

Certaines sages-femmes sont décrites comme manquant de délicatesse, notamment à travers la formulation de remarques perçues comme des jugements par les patientes :

« Mon conjoint est allé vers ma fille, après il est revenu vers moi. Parce qu'il a senti qu'elle était entre de bonnes mains (...) Et quand il est revenu, ils lui ont fait la remarque : « ah bah,

vous êtes déjà là ? » Sauf que moi j'étais toute seule. Donc il a dit, « ben oui, je vais voir ma femme », moi j'étais toute seule, je savais pas ce qui se passait ! » (F)

« Je voulais toucher ma fille, sauf que je ne savais pas, mais en fait ça commençait à la réveiller et un peu à pleurer, parce qu'en fait le toucher c'est pas agréable pour eux. Mais moi je ne savais pas. Et la sage-femme elle m'a dit : « non, il ne faut pas la toucher, ça va la réveiller. » Mais c'est ma fille quoi. Sur le moment je n'ai rien dit, j'étais tellement... enfin sonnée. (...)» (F)

« Au début j'avais dit que je ne voulais pas d'épisiotomie (...) il y a eu une déchirure et je l'ai entendue dire, mais elle ne savait pas que j'avais entendu : « Ah, ben ça aurait été mieux une épisiotomie » (...) ça m'a marquée, parce que... enfin, c'est mon corps, enfin... non. » (F)

## 1.2. Perception par la patiente de la compétence professionnelle de la sage-femme

Dans le discours des patientes et parmi les qualités des sages-femmes, nous avons retrouvé des propos relatifs à la compétence professionnelle des sages-femmes, qui influencent la perception de qualité de l'accompagnement.

Ainsi, nous avons relevé un discours traduisant le repérage d'une équipe organisée.

« c'était tout fait pour qu'à ce moment-là où je sois plus en état de connecter, c'était déjà organisé. » (A)

Nous remarquons la perception par les patientes de la compétence technique de la sage-femme, associée à un bon vécu.

« Elle m'a évité, j'ai pas eu une déchirure, j'ai pas été recousue du tout. C'est grandiose, quoi. » (A)

La compétence des sages-femmes dans le guidage est également mise en avant et appréciée, à travers les paroles et le ton de la voix (notamment l'emploi d'un ton directif dans un contexte de sentiment de perte de contrôle par la patiente), les conseils de postures, les explications sur la suite du déroulé du travail.

« Je garderai en tête, je pense qu'elle m'a évité les déchirure, clairement. Parce qu'elle a su : en fait elle connaît tellement bien son boulot qu'elle a su orienter les choses et avoir le ton qu'il fallait au bon moment pour pas que je... alors je ne sais pas très bien comment elle a

fait, mais avoir la bonne position qui fait que je me suis pas trop mise en vrac, et quand sa tête est passée, c'est bien passé, quoi. » (A)

«Elles ont une manière de capter mon attention pour... emmener là où on veut quoi. Là où elles veulent plutôt. Au niveau des positions, qu'il faut pousser à ce moment-là ou s'arrêter.. de me regarder, enfin en disant (*elle imite un ton assuré, un peu directif*) « je suis là, A. ! (*prénom de la mère*) je suis là ! c'est là que ça se passe. Voilà vous faites... ! Allez-y. On se recentre. » Alors que moi j'étais dans la fameuse phase – quand on est dedans on ne se rend pas compte qu'on est là-dedans, on est juste désespérée.» (A)

« La sage-femme, elle a été super dans l'accompagnement, j'ai trouvé, parce qu'elle était très axée sur les positions, des positions pour faire descendre le bébé bien et pour être un peu soulagée. » « elle coachait bien. » (D)

« Et puis elle connaissait très bien son métier, donc elle nous disait « voilà, ça va se passer comme ça » « il y a si, il y a ça », elle nous rassurait énormément, parce qu'avec le monito, on avait toujours peur qu'il y ait quelque chose qui aille pas, etc, mais non, nickel. » (H)

Les sages-femmes sont perçues comme compétentes et efficaces.

« J'avais même le temps de rien voir que les nanas elles avaient fait le taff quoi ! enfin elles étaient vraiment habituées, elles respiraient leur métier quoi ! » (C)

Plusieurs patientes établissent un lien entre l'expérience personnelle de maternité de la sage-femme et sa compétence professionnelle, à travers la justesse de ses paroles dans l'accompagnement.

« Les discussions, la manière dont elle parle de l'accouchement, c'est du vécu. Parce que je pense que c'est le genre de truc, comme beaucoup de choses, quand on l'a pas vécu, on n'en parle différemment que quand on l'a vécu. Et là tu dis OK, là elle sait ce que c'est.. »

« Je saurais pas redire les mots ou les phrases – mais je me suis dit : « ah, elle sait de quoi elle parle » Personnellement, je veux dire. »(A)

La patiente H établit également ce lien entre l'expérience personnelle de la maternité de la sage-femme et ses compétences, en particulier sa capacité de réassurance.

A l'inverse, nous remarquons un discours traduisant la perception d'un manque de compétence de la sage-femme, lié à un manque d'écoute de la patiente dans ses ressentis et le sentiment d'insuffisance dans le traitement des symptômes.

« Ça a pas été très très bien pris au sérieux quand j'ai été consulter (...) la sage-femme a un peu minimisé, parce que j'étais constipée, j'avais mal au ventre, et elle a mis ça sur le compte de la constipation, elle m'a prescrit des trucs pour ça et elle m'a laissée sortir. » (D)

« C'est l'hospitalisation en grossesse patho qui était, selon moi, très *light*." (D)

La perception de manque de compétence a généré un sentiment de peur chez la patiente I.  
« J'ai fait une première chute de tension (...) et la seule réaction de la sage-femme a été de dire à mon conjoint de me faire du vent. Moi du coup moi j'ai un peu paniqué. » (I)

Pour finir, nous notons la perception d'un manque de compétence d'une étudiante sage-femme pour diagnostiquer la bonne progression du travail, par une erreur de diagnostic.

« Elle me dit : « On sent bien la tête de bébé, je vais chercher la gynéco, elle va vérifier mais ça devrait bientôt arriver. » (...) La gynécologue vient, effectivement mon col était bien ouvert, mais mon bébé était encore très haut, et là la gynécologue m'a dit : « en fait, elle descend pas du tout, donc on part en césarienne » « j'ai paniqué... j'étais pas du tout préparée à ça. » (I)

### 1.3. Perception par la patiente de la capacité de réassurance de la sage-femme

Parmi les qualités de la sage-femme, sa capacité à rassurer a été citée par toutes les patientes. Les caractéristiques vécues comme rassurantes sont détaillées dans la sous-partie relative aux qualités de la sage-femme. Nous ajouterons ici quelques exemples de situations associées au caractère rassurant.

Le connaissance préalable du professionnel présent à la naissance par la patiente a été décrit comme un élément rassurant, en l'occurrence sa gynécologue.

« C'est elle qui m'a accouchée et c'est elle qui m'a suivie au long de ma grossesse, donc c'est vrai que le fait de connaître la personne qui t'accouche, déjà rassure. » (H)

La patiente relie le caractère rassurant d'accoucher avec un professionnel connu à son caractère pudique.

« Moi je suis très pudique sur ça et j'appréhendais. Et au final, ben le fait de connaître, déjà sa gynéco, puis sa sage-femme, et ben... ça m'a, ouais quelque part, ça m'a aidée et puis ça m'a rassurée, je me disais « bon, c'est elles, elles m'ont déjà vue... » (H)

Le fait de connaître le professionnel est associé par la patiente à la facilitation du dialogue et de l'expression de ses craintes sur ce sujet :

« On a parlé de ça, des anecdotes qu'elle avait déjà eues... et puis que généralement on se faisait une fixette là-dessus, alors que elles, tout ce qu'elle regarde c'est ben le bébé quoi, où est-ce qu'il en est ! Donc c'est vrai que, heureusement que je les connaissais déjà, au final. » (H)

## 2. Présence et disponibilité de la sage-femme

### 2.1. Perception par la patiente de la disponibilité de la sage-femme

La plupart des patientes ont trouvé les sages-femmes présentes et disponibles, à travers leurs passages réguliers, la rapidité de leur réponse aux appels, leur présence spontanée dans des moments difficiles, l'emploi de phrases exprimant la disponibilité et la facilité à échanger avec elles pour leur poser des questions.

« Pendant toute la période où j'avais la péridurale, mais où il fallait que le col continue de s'ouvrir, elles venaient très régulièrement (...) Donc ça, c'était pas mal. »(B)

« Elles sont vraiment passées sans même que j'aie besoin de les appeler, juste pour voir si ça allait. » (B)

« J'avais une sage-femme qui venait me voir régulièrement, et puis une étudiante aussi » (E)

« La sage-femme elle venait me voir toutes les... ben toutes les heures, en fait, surveiller un petit peu, et puis pour parler aussi un petit peu, pour voir comment moi, je me sentais. » (H)

« Dès qu'on appelait elles étaient là rapidement. » (A)

« j'ai ma poche des eaux qui a rompu, donc là j'ai commencé à paniquer car mon conjoint n'était pas là, j'ai eu mal (...) et du coup elle est revenue tout de suite vers moi pour me rassurer. » (F)

« On sent qu'on peut discuter facilement, on peut leur poser des questions, elles sont toujours là (...) c'est agréable. » (I)

« Elle disait : « si jamais vous avez besoin, n'hésitez pas à appeler » (B)

Cette disponibilité a également été appréciée chez les sages-femmes libérales les ayant accompagnées durant leur grossesse.

« Je sais que si j'ai la moindre question, j'ai leur numéro de téléphone. » (H)

« Dès que j'ai le moindre souci je peux les appeler, elles sont là à tout moment. » (H)

« Si j'avais la moindre question je pouvais leur écrire, elles me rassuraient énormément. » (H)

« j'ai de la chance parce que dès que j'ai une question ou un besoin, j'envoie un texto à ma sage-femme et elle me répond. » (C)

Plusieurs patientes ont exprimé l'importance de la présence accompagnante et de la disponibilité des sages-femmes.

« Ce qui est important, c'est qu'on soit pas seuls, qu'on ait quelqu'un qui soit là (...) quelqu'un d'un peu disponible, qui prenne ne serait-ce que cinq minutes pour tenir la main le temps que ça passe. » (B)

« Je pense que juste, pas être tout seuls, tout le temps, c'est pas mal. » (B)

« Tout s'est passé comme il faut, elles étaient présentes, puis ben tout s'est bien enchaîné. » (B)

« Là les sages-femmes pour le coup elles ont été vraiment super, elles m'ont pas laissé toute seule du tout. » (F)

« Mon conjoint s'est absenté (...), j'étais toute seule, et du coup la sage-femme elle est restée vers moi tout le long du moment où j'étais toute seule. Voilà, à surveiller le monitoring, de temps en temps parler un peu (...) j'étais pas toute seule donc c'était cool. » (F)

La présence d'une étudiante sage-femme, plus disponible, a été bien vécue.

« Le fait qu'il y avait une étudiante, elle était beaucoup plus présente que la sage-femme elle-même, et du coup elle avait plus le temps pour être avec moi, pour me parler, pour me tenir la main. » (B)

La présence régulière de la sage-femme a été rapportée comme rassurante en lien avec la difficulté à interpréter les sensations au cours du travail.

« je sentais des choses bizarres, donc ça me rassurait qu'elle vienne tout le temps. » (H)

La correspondance entre la perception de disponibilité des sages-femmes et le besoin des patientes a été rapporté comme un critère positif dans l'accompagnement des patientes.

Ainsi, les absences momentanées d'une sage-femme ont été vécues positivement par une patiente car correspondant à son projet d'accouchement en salle nature.

« Elles n'étaient pas beaucoup là, mais c'est l'intérêt de la salle nature. » (A)

La présence des sages-femmes peut modifier la perception temporelle de longueur du travail. Ainsi pour la patiente H, la qualité de l'accompagnement des sages-femmes a participé au ressenti d'un écoulement rapide du temps.

« Un accouchement c'est long. (...) Heureusement qu'elles ont été à l'écoute, parce qu'elles venaient toutes les heures. » (H) « Finalement j'ai trouvé que cette journée (...) est passée super vite ! » (H)

La perception de disponibilité des professionnels après le retour à domicile a aussi été bien vécue par les patientes, notamment pour répondre aux questions.



« Ce que je trouve très bien, c'est le suivi qu'il y a une fois qu'on rentre à la maison. Par exemple quand je suis rentrée, le lendemain j'avais la sage-femme qui venait chez moi, ben pour faire une visite, et j'avais déjà plein de questions ! » (H)

La disponibilité du professionnel pour reparler d'une situation difficile a été appréciée.

« Et puis le lendemain, elle est revenue me voir dans le service. Et puis on a rediscuté des choses posément (...) »

A l'inverse, l'absence des sages-femmes, et notamment l'absence de nouvelles de son enfant dans un contexte de difficulté d'adaptation de l'enfant à la naissance, a été difficile à vivre pour une patiente.

« Moi j'étais toute seule, je savais pas ce qui se passait (...) il n'y avait pas de sage-femme vers moi. J'étais vraiment toute seule. » (F)

Plusieurs patientes ont éprouvé un sentiment de solitude en suites de couches.

« Les suites de couches, on est un peu laissés à l'abandon, je trouve. » (D) : « on te laisse là toute la journée, à attendre et à gérer ton bébé ». (D)

« Quand je suis montée dans ma chambre avec ma fille... personne n'est venu. » (C)

Plusieurs patientes ont exprimé un regret lié à une perception de manque de disponibilité des professionnels dans un contexte de grande fatigue en suites de couches.

« Il y a peut-être ce point négatif, que j'aurais aimé qu'on me dise : « si vraiment vous êtes fatiguée, on peut prendre votre bébé et s'en occuper. » » (G)

« La première nuit, j'aurais aimé qu'ils me la prennent pour que je puisse souffler un bon coup, recharger ma batterie une nuit, et le lendemain, on attaque dans le dur, on acquière les choses, on comprend qu'on est maman. » (C)

« Quand tu as un temps de travail qui est aussi long, que c'est ton premier et tout... en fait oui, d'être un peu plus rassurée, de sentir voilà, il y a quelqu'un au cas où, tu sais, qu'on te chouchoute un peu. » (C)

La perception du manque de présence des sages-femmes a été associée à un sentiment de solitude difficile à vivre pour la patiente B, dans un contexte de travail long et douloureux.

« Si on est tout seuls, c'est... c'est dur à vivre. » (B)

## 2.2. influence des contraintes d'organisation sur la disponibilité de la sage-femme

Le discours des patientes révèle l'influence de l'activité du service sur la perception de disponibilité et d'indisponibilité de la sage-femme.

« Elle était présente par intermittence, parce qu'elle gérait plusieurs salles... un peu moins présente quand il y a eu une césarienne à côté... » (D)

« Elles étaient débordées, je sais pas combien de femmes il y avait qui étaient en train d'accoucher en même temps » (B)

« Elles étaient... pas là du tout, elles couraient partout. » (B)

« Et ce que tu pouvais voir, sinon, c'est des gens qui courent tout le temps. Et ça passe te voir, mais en même temps faut aller s'occuper d'ailleurs. » (E)

Plusieurs patientes ont relevé le fait que les sages-femmes s'excusaient de leur manque de disponibilité.

« Elles s'excusaient de ne pas être là, mais finalement elles étaient quand même là peut-être toutes les heures, elles passaient un coup quoi. Et puis si c'était pas toutes les heures, ben elles s'excusaient parce qu'il y avait eu une urgence en haut, voilà. » (E)

Les patientes expriment également le sentiment de compréhension de l'influence de l'organisation sur la disponibilité des sages-femmes.

« Après, elles pouvaient pas être tout le temps dans la chambre non plus, hein ! Il n'y avait pas que moi. » (H)

« C'est tout-à-fait entendable, et je pense qu'on est tous un peu comme ça dans un hôpital quand tu as quatre patientes par exemple à gérer, pour des accouchements, ou trois... tu te sens obligée de courir. » (E)

« On voyait qu'elle avait d'autre travail, qu'elle avait plein d'autres choses à faire. » (D)

La patiente B, qui a eu un vécu difficile lié à un manque de présence des sages-femmes auprès d'elle au cours d'un accouchement long et douloureux, exprime cependant une absence de ressentiment par compréhension de la situation et par la perception de bonne volonté des sages-femmes.

« Je ne leur en veux pas, parce qu'elles me l'ont dit plein de fois, qu'elles faisaient ce qu'elles pouvaient et qu'elles étaient vraiment débordées, qu'elles couraient partout, on le voyait bien. » (B)

### 2.3. Perception par la patiente de la qualité de présence de la sage-femme

Nous avons relevé dans le discours des femmes des propos révélant une appréciation de la qualité de la présence de la sage-femme. Elle est liée à la qualité d'écoute et à la capacité de guidage.

Nous remarquons ainsi un sentiment que les sages-femmes prenaient leur temps, perçu comme une qualité et bien vécu.

« J'ai eu l'impression qu'elle prenait le temps » (B)

« Cette sage-femme, elle est très bien, elle explique bien les choses, elle prend le temps » (D) « C'était très apaisant, on m'expliquait bien, on prenait le temps » (B)

« Elles prennent le temps (...) ça c'est agréable. » (I)

Nous notons la perception d'une qualité de présence associée à la qualité d'écoute par une patiente. Elle exprime le sentiment que la sage-femme habitait les moments de présence auprès d'elle de manière particulière, par la qualité de son écoute, des réponses données à ses questions, et son regard.

« En fait ce que j'aimais bien, c'était un accompagnement humain. C'était vraiment humain. Parce qu'en fait, à la différence des autres, elle était – enfin, c'était très bien dans l'ensemble – mais elle, quand elle était cinq minutes avec moi, ou dix minutes, elle était vraiment là et elle s'adressait vraiment à moi et elle répondait vraiment à mes questions. » (E)

« Si elle avait cinq minutes, elle me regardait, elle me posait des questions, elle discutait avec moi, et puis même elle repartait derrière, mais voilà : quand elle avait cinq minutes, elle était vraiment présente. » (E)

Nous remarquons un discours similaire chez une autre patiente, associant la qualité d'écoute à une qualité de présence.

« Elle écoute mes ressentis quand j'ai quelque chose, je sens qu'elle est présente, c'est pas genre « oui oui, je m'en fiche », c'est vraiment... je la sens vraiment avec moi à ce moment-là. » (F)

#### IV. Qualités de la relation de soins du point de vue de la patiente

Les discours des patientes interrogées nous ont permis d'identifier des caractéristiques de la relation de soins plus ou moins bien vécues par les patientes. Ces caractéristiques ont été classées en trois parties : la qualité de la communication, la qualité du guidage et la qualité de l'écoute.

##### 1. Perception par la patiente de la qualité de la communication avec la sage-femme

###### 1.1. Perception par la patiente de la qualité des explications reçues

Le registre de l'explication est très présent dans le discours des patientes.

« Elle m'a expliqué quand elle m'a fait l'écho » (E)

« Elle a expliqué les soins qu'ils allaient faire à mon bébé »

« Elles m'ont expliqué aussi pour le placenta, qu'il fallait pousser pour le placenta » (F)

Nous remarquons l'expression de la perception de complétude des explications reçues.

« Elle me donnait toutes les options possibles. » (F)

« Elle a tout réexpliqué. » (A) « Elles m'expliquaient tout, et aucun problème avec ça. » (E)

« Elles m'ont tout expliqué vraiment de A à Z, tout ce qui allait se passer. » (F)

« Elles m'ont tout bien expliqué. » ; « Elles expliquent tout bien, là-dessus il n'y a pas de souci. » (G)

« Elle m'expliquait tout, comment ça allait se passer. » (H)

« J'ai vraiment rien à leur reprocher (...) à chaque fois que je me posais une question elles répondaient à ma question. » (H)

Nous avons relevé un discours relevant la qualité des explications au cours du travail.

« Elle est très bien, elle explique bien les choses ». (D)

Les explications correspondent à un besoin de motivation.

« J'avais aussi besoin de savoir où on en était, comment ça avançait, pour que ce soit motivant aussi. C'est vrai que quand elle revenait, ça avait avancé, donc c'était motivant. » (D)

Nous remarquons un souhait de la patiente exprimé dans un projet de naissance de recevoir des explications sur le déroulé du travail et les actions entreprises.

« C'était dans mon projet de naissance, qu'on m'explique et qu'on me dise ce qu'on fait. Et c'est ce qu'elles ont fait. » (D)

Les explications sont importantes même pour une patiente travaillant dans le milieu médical.  
« C'est des choses que je sais en étant en médecine, mais... c'est quand même important quand c'est toi, et j'aime bien, moi, avoir un suivi même quand tu précises que tu es de ce milieu et que tu comprends, avoir un suivi un peu lambda quand même... elle expliquait les choses (...) et c'était pas mal. »(D)

L'explication de la sage-femme à l'étudiante et à la patiente en même temps a été apprécié par une patiente.

« Elle lui expliquait, et puis du coup elle m'expliquait aussi (...) Donc c'était assez pédagogique, c'était bien aussi. » (B)

Les explications ont eu un effet rassurant.

« Elles ont été très rassurantes, en disant que... enfin un petit saignement en raison de la modification du col. » (A)

« C'était très apaisant, on m'expliquait bien, on prenait le temps. » (B)

En particulier, les explications sur le déroulé futur ont eu un effet rassurant pour plusieurs patientes.

« Elle nous disait : « voilà, ça va se passer comme ça » « il y a si, il y a ça », elle nous rassurait énormément » (H)

« Elle m'a bien expliqué tout ce qui allait se passer, comment ça allait se passer, le fonctionnement du déclenchement. (...) la sage-femme a pu me rassurer en m'expliquant vraiment les étapes (...) elle était vraiment rassurante, son discours était rassurant. » (I)

Les explications données pour justifier une proposition dans le guidage ont été appréciées.

« Elle voulait que je me mette dans une position – et puis ça va parce qu'elle m'a expliqué– si on veut éviter les déchirures, posez les fesses comme ça. » (A)

L'explication des effets positifs attendus des propositions dans le guidage de la patiente est associée à un sentiment de liberté

« On nous explique pourquoi est-ce qu'il faut se pencher un peu en avant, ou être plus sur le côté... c'est pas des choses qu'on nous impose. On vient juste nous expliquer que, ben ça peut être mieux, que ça peut aider, ça peut soulager. » (B)

Dans un contexte d'accouchement par césarienne lié à une complication, les explications données par le gynécologue-obstétricien dans un contexte reposé ont été appréciés.

« Le lendemain, elle est revenue me voir dans le service. Et puis on a rediscuté des choses posément, reposée, le pourquoi de la césarienne, la suspicion de chorioamniotite, mais que finalement c'était rassurant... donc elle est revenue poser les choses le lendemain et ça, c'était cool. » (E)

Le manque d'explications dans un contexte de complication a été vécu difficilement par une patiente.

« Donc moi ça m'a mis un coup, parce qu'en fait, tout le monde était blanc, personne ne me parlait, personne ne m'expliquait vraiment ce qui se passait. Donc j'ai compris qu'il y avait un problème avec mon bébé. Donc j'étais vraiment pas bien à ce moment-là. » (F)

Le manque d'explication sur le déroulé d'une intervention a provoqué un sentiment de peur lié à l'inconnu.

« Je lui ai demandé à quelle heure le lendemain il fallait que je descende à la maternité, et elle savait pas trop. Donc là, un peu plus angoissant la nuit, je savais pas trop comment ça allait se passer le lendemain, du coup j'ai pas très bien dormi. » (I)

Une des patientes interrogées a eu le sentiment d'avoir manqué d'information pendant la grossesse.

« Je trouve qu'on est pas assez informés sur les risques de césarienne » (I)

« J'avais pas du tout d'infos sur... comment ça allait se passer au niveau de la cicatrisation, quel suivi j'allais avoir, ce que je pouvais faire, ne pas faire... » (I)

Cela a eu un impact sur son vécu en maternité, avec notamment la découverte fortuite des agrafes, qui a été difficile pour la patiente en lien avec sa sensibilité personnelle (peur à la vue des cicatrices et du sang)

Le manque d'information sur la césarienne pendant sa grossesse a eu pour effet une représentation erronée, qui a conduit à une difficulté supplémentaire à l'annonce de la décision de césarienne.

« Moi, dans ma tête des césariennes, limite on n'en faisait plus. »

Elle a exprimé le souhait d'avoir plus d'informations pour pouvoir aider dans la gestion des émotions.

« Je pense qu'on devrait en parler un petit peu plus parce que moi ça a été très très dur pour moi, du coup, à gérer la césarienne » « pour pouvoir gérer le stress (...) quand on nous dit « césarienne » (I)

## 1.2. Perception par la patiente de la qualité de la communication entre professionnels

L'incohérence des discours entre professionnels en salle de naissance a été associée par une patiente à un vécu difficile.

« Ce qui a été très compliqué pour nous à gérer, c'est qu'en fait tout ce que nous disait la sage-femme était différent de ce que nous disait la gynécologue. » « Moi, la sage-femme m'a dit le matin : « votre fille est bien descendue, ça devrait aller assez vite et en fin de journée, grand maximum, elle sera là. » La gynéco vient, me dit qu'elle est encore assez haute et que du coup, on va faire un déclenchement par ocytocine parce que les ballonnets n'ont pas très bien fonctionné. » (I)

« On m'a dit à 16h, enfin, que j'allais accoucher par voie basse, à 16h05, non, on partait en césarienne, à 16h30, c'est bon c'était fait, j'avais mon bébé mais euh... mais j'ai pas eu trop le temps de comprendre ce qui se passait. »

« j'ai mal vécu le fait qu'entre 5 minutes on me dise 2 choses complètement différentes » (I)  
Cela a eu une conséquence sur son état physique et mental au moment de l'annonce, avec une « chute de tension » et un effet de « panique » suivi de pleurs. (I)

Ce qui était dur pour la patiente était de se faire « de fausses idées », provoquant une déception et un choc à l'annonce complètement imprévue.

Cette patiente a exprimé le regret d'un manque de communication entre professionnels pour avoir un discours cohérent.

« Le seul truc qui aurait manqué c'est peut-être qu'elles communiquent un peu plus entre elles pour me dire les mêmes choses.»

« Bien communiquer avant de dire quoi que ce soit à la patiente... oui, moi c'est vraiment le seul truc qui m'a manqué, je pense » (I)

La bonne communication entre professionnels, à travers notamment l'organisation de l'arrivée d'une patiente pour un déclenchement a été bien vécue.

« L'arrivée à la maternité, c'était bien préparé, la gynéco avait prévenu la sage-femme que je venais, donc tout était bien, pas stressé. » (I)

Nous remarquons aussi des propos traduisant la prudence d'une sage-femme dans la réponse à une demande, la salle nature, dans un contexte d'antécédent d'accouchement pathologique. « Forcément, elle ne s'est pas mouillée. Elle m'a dit : « je vais aller voir votre dossier, hein. Je vais voir. » Ce qui est logique. Et puis après, elle est revenue en disant : « c'est tout bon » parce que du fait des antécédents, ils m'avaient fait suivre par un gynéco et pas par les sages-femmes, et lui il avait donné son accord. » (A)

La communication entre professionnels a été souligné par une patiente, par la mise par écrit par les sages-femmes libérales du vécu difficile d'un accouchement en vue d'une transmission à l'équipe médicale accompagnant le prochain accouchement.

« Elles ont fait des notes, au fait. Parce que celle que j'avais, là en libéral, elle avait changé donc elle travaillait là où j'ai accouché. Du coup, elle avait fait une note. A mon premier accouchement, pareil, la sage-femme libérale que j'avais eu elle avait fait une note aussi, pour les professionnels, pour faire une note de ce qui s'était passé. » (F)

Le manque de communication entre professionnels s'est manifesté par la diversité des conseils selon les professionnels sur les soins du bébé. Les patientes ont « plusieurs sons de cloches. » (G)

Un décalage a aussi été noté entre le discours de la sage-femme libérale et celui de la sage-femme au moment de l'accouchement à propos de la poussée, sans que la patiente l'associe clairement à un mauvais vécu toutefois.

« Tout ce que j'ai appris chez ma sage-femme libérale, là il fallait que je fasse tout l'inverse. » (C)

La diversité des conseils donnés en suites de couches selon les professionnels est « perturbant pour les patientes. »

« D'une personne à une autre, on me donnait pas forcément les mêmes conseils (...) du coup c'est un peu perturbant » (H)

Cela a provoqué un sentiment de confusion de la mère sur la bonne conduite à tenir.

« Par exemple, moi ma fille, au début, elle voulait dormir que sur le côté. Elle voulait pas dormir sur le dos. Quand j'appelais pour venir m'aider parce que je ne savais plus quoi faire, d'une personne à une autre on me disait que oui, elle avait le droit, une personne disait que non, c'était trop dangereux (...) il y a que cette petite partie-là qui me chagrine un peu, c'est que (...) personne avait le même point de vue, et (...) du coup je ne savais pas vraiment quoi faire, qu'est-ce qui était le mieux pour la petite. » (H)

Elle donne un autre exemple.

« Par exemple moi, ma fille, la première nuit à la mat', elle m'a fait du 22h jusqu'à 8h le lendemain matin. Et ben, on m'a dit que c'était très bien, comme on m'a dit « non c'est pas bien, il faut la réveiller pour lui donner le biberon ». Ben du coup quoi, faut les réveiller, faut pas les réveiller ? » (H)

Voici un exemple tiré de l'expérience d'une autre patiente : il s'agit de discours différents sur des quantités de lait à donner à l'enfant, ou encore sur la façon de nettoyer le nez : « Tous



les matins vous faites une narine et si ça sort c'est que ça suffit. » Et la deuxième dit « non non, on fait toujours les deux narines » (I)

La conséquence de ce discours est le doute sur la bonne conduite à tenir.

« Il y a que ça où on était un peu perdus en fait, on ne savait pas si on faisait les choses bien. » (H) « du coup, le lendemain, on ne savait plus trop quoi faire. » (I)

Ces incohérences sont d'autant plus compliquées que les patientes manquent d'expérience : « C'est ces discours qui sont différents, quand on n'y connaît rien, quand on n'a jamais eu d'enfant, c'est compliqué. » (I)

Une patiente a exprimé le souhait d'une harmonisation des conseils.

« Dans un même hôpital il faudrait que tout le monde soit d'accord, ça aiderait tout le monde. » (I)

Pour une patiente, la remarque de conseils contradictoires est généralisée à toute l'équipe en suites de couches. (H)

### 1.3. Perception par la patiente d'un manque d'information en suites de couches

Plusieurs patientes ont estimé manquer d'information en suites de couches.

« Franchement, en étant au courant un minimum de choses (...) je trouve qu'on nous dit pas assez comment ça va être, enfin c'est incroyable ! » (D)

«A la mat' on ne m'a pas expliqué grand-chose » (I)

Ce sentiment a été éprouvé malgré une familiarité avec les bébés et le milieu médical.

« pourtant moi j'ai fait énormément de baby-sittings, j'ai l'habitude des petits bébés, etc. Je me suis dit : « mais, que font les filles qui n'ont pas l'habitude ? » (D)

Nous remarquons un mauvais vécu de ne pas avoir été informée, en particulier de la possibilité pour son bébé de ne pas dormir pendant la nuit, lui donnant le sentiment d'être démunie, à cause d'un manque d'information.

« Notamment la deuxième nuit - enfin moi j'ai trouvé ça l'enfer quoi ! – on ne m'a jamais dit que mon bébé allait pleurer toute la nuit, je me suis retrouvée complètement démunie... » (D) « (j'aurais eu besoin) qu'on me dise clairement : « vous n'allez pas dormir de la nuit, Madame. », enfin : « vous risquez de ne pas dormir de la nuit. » (D)

Une autre patiente rapporte un mauvais vécu de manque d'information sur les soins.

« On est venu me faire des piqûres tous les jours sans me... alors c'est moi qui ai demandé ce que c'était comme piqûre, parce que sinon on vient, on nous pique la jambe et personne ne nous dit ce que c'est ! Donc oui, il y a 2-3 trucs que j'ai pas très bien vécus.» (I)

Le besoin d'explications et d'accompagnement non rempli a généré un sentiment de peur chez une patiente.

« J'aurais eu besoin que les filles viennent, qu'on me montre des choses, qu'on m'apprenne des choses... qu'on me mette en confiance aussi par rapport à mon enfant. Parce qu'au moment de partir de la maternité... (*en pleurant*) j'avais peur. (...) Il arrive le moindre truc, je sais pas qui je vais devoir appeler, qu'est-ce que je vais devoir faire » (C)

« il y a quand même des moments où j'ai vraiment eu des peurs. »

Le sentiment de peur concerne aussi le conjoint : « Mon mari, alors, encore pire. »(C)

Nous avons relevé des conséquences du manque d'information par les professionnels en suites de couches sur les ressentis de la patiente : la patiente "fait par instinct" et est corrigée *a posteriori* par l'équipe, ce qui a un effet culpabilisant sur elle.

« T'es pas drivée, donc en fait tu fais tout à l'aveuglette »

« Du coup, j'ai fait par instinct, mais voilà : après on me disait « bah oui mais c'est pas comme ça qu'il faut faire ! » « - Oui, mais on m'a pas montré ! » Mais du coup je culpabilisais... » (C)

La patiente C exprime le sentiment de manque d'un « accompagnement personnalisé » en maternité pour informer et guider les mamans pour leur premier enfant : « un accompagnement plus pour que justement, ça coule plus de source en fait et que ce soit un peu plus inné au final, quand on arrive à la maison. » (C)

Le manque d'information sur les possibilités de soutien à la maternité a été regretté par une patiente en raison de son état de fatigue et des conséquences de celle-ci : l'endormissement de la patiente avec son bébé dans le lit. :

« les sages-femmes ne me l'ont pas dit – qu'elles pouvaient prendre le bébé pendant la nuit, si vraiment on était fatiguée. Ça, j'aurais aimé. Parce que pendant 2 nuits, j'ai pas dormi. Et j'étais mais.. épuisée.» (G)

Certaines patientes ont éprouvé de la difficulté à comprendre les conseils donnés en suites de couches, perçus comme incohérents.

« Après je comprends, c'est la sécurité de l'enfant – on nous fait... pas, enfin si peur, sur pas mal de choses « si il s'étouffe », ce qu'il faut pas mettre... et il y a des fois, j'ai un peu de mal

à comprendre, parce que je me dis là où ils dorment, même au CHU, ils se mettent la tête contre la paroi plastique, ils peuvent s'étouffer aussi, enfin... il faut pas mettre de draps, là il y a des draps quand même... dans les petits lits. » (G)

En conséquence de la perception de manque d'information, les patientes ont eu recours à des sources d'information annexes.

« Sur des petites choses, sur des quantités de biberons, comment ça allait évoluer après, il y avait plein de choses que je savais pas, que j'ai finalement beaucoup regardé sur internet, ou... j'ai un peu fait à ma manière en revenant, d'autres mamans m'ont donné pas mal de conseils. » (G)

La perception d'un manque d'information est associée au sentiment d'être perdue et de ne pas faire les choses correctement.

« Je sais pas, je suis larguée. Donc bah, je vais sur internet, je demande aux copines. Mais avoir 15 000 conseils, ça fait faire aussi beaucoup de conneries. » (C)

A l'inverse, une patiente a estimé recevoir beaucoup d'informations.

« Je pensais avoir assez d'informations, parce que c'est vrai qu'à la mat', ils t'apprennent beaucoup de choses, ils t'apprennent à faire le bain, ils t'apprennent à donner le biberon... c'est vrai que ça fait beaucoup en peu de temps. » (H)

## 2. Perception par la patiente de la qualité du guidage par la sage-femme

Les témoignages des patientes interrogées ont mis en évidence l'importance du rôle de guidage de la sage-femme dans l'accompagnement de l'accouchement.

### 2.1. Participation aux décisions de la patiente

Nous remarquons un sentiment de liberté chez les patientes lié aux explications accompagnant les propositions de soins et à des paroles laissant le pouvoir de décision du côté de la patiente.

« Dans mes expériences à moi, on ne m'a jamais imposé quoi que ce soit, on propose beaucoup de choses" (B) « J'aurais pu dire non »(D) « C'était pas du tout autoritaire. » (E)

« Je me sentais vraiment libre, parce qu'elles me disaient « Si vous voulez aller marcher, vous pouvez aller marcher », je pouvais bouger » (H)

Les propositions liées à des explications permettant de comprendre les effets bénéfiques attendus de ces propositions.

« On nous explique pourquoi est-ce qu'il faut se pencher un peu en avant, ou être plus sur le côté... et c'est pas des choses qu'on nous impose, on vient juste nous expliquer que, ben ça peut être mieux, que ça peut aider, ça peut soulager. » (B)

Nous remarquons l'expression d'un sentiment de participation dans la prise de décision, avec la croyance dans le respect de sa décision par la sage-femme.

« C'était vraiment une prise de décision commune : si je lui avait dit non, on continue comme ça, elle m'aurait écouté. Donc là, oui, je pense que j'avais mon mot à dire avec elle. Même si voilà, oui il y avait des critères où je voyais que ça n'allait pas, elle me laissait encore le pouvoir, on va dire. » (E)

La prise de décision partagée a très bien vécue par la patiente F dans le contexte de confrontation d'un projet de naissance avec les recommandations de la sage-femme.

« Pour cet accouchement c'était super bien parce que j'avais fait un projet de naissance, du coup elle a pris en compte le projet de naissance, enfin elle en avait discuté avec moi, point par point, à peu près. Du coup on s'est mis d'accord sur ce qui était faisable et ce qui ne l'était pas, ou ce qu'elle me recommandait. » (F)

Les patientes ont participé aux décisions à travers les équipements dont elles ont pu bénéficier à leur demande : demande d'accès à la salle nature (A), demande de péridurale : « la péridurale, j'ai tendance à la demander. » (B), le ballon (H).

Les sages-femmes sont attentives à laisser une part d'autonomie aux patientes.

« Elles m'ont demandé si j'avais une idée de ce que je voulais faire. Et moi je voulais absolument faire du ballon (...) elles m'ont laissé faire du ballon. » (H)

« Elles nous ont dit : « vous pouvez appeler quand vous en aurez marre », en gros (A) ; Je lui avais dit que je voulais prendre le bain, elle me dit « d'accord, ben vous me dites quand vous voulez le faire » (F)

Certaines patientes rapportent une expérience d'autonomie dans la manière de gérer le travail.

« Jusqu'au moment de l'accouchement, on a fait vraiment comme on voulait, avec mon conjoint. » (A)

« Mais au fond, moi je voulais attendre un petit peu, donc elle m'a laissée gérer avec mon conjoint. » (F)

Plusieurs patientes expriment leur disposition à accepter les propositions de l'équipe du fait de l'inégalité des connaissances et par croyance en la compétence et la bienveillance de l'équipe. Elles expriment le fait que cela leur convient.

« Moi je me laisse guider aussi, parce que je sais pas, en fait. »

« J'ai tendance à dire oui, parce qu'encore une fois c'est pas mon métier, moi je sais pas trop, puis tu te dis que tout ce qu'on te propose c'est pour... bah, sûrement pour des bonnes raisons, pour que j'aie moins mal ou pour que ça se passe mieux, etc. Donc... je me laisse assez guider à ce niveau-là. » (B) « moi ça me convient. » (B)

« Je me suis complètement laissée drivée pour le coup, parce que je savais pas où j'allais, justement. » « Ça a été expliqué, mais quand tu es dans le vif du sujet, dans l'action... enfin moi après je suis comme ça : c'est que je fais confiance à mes soignants. »(C)

« Je me dis que ils sont du métier, pas moi, j'y connais pas grand-chose, donc si je peux juste sortir en vie et mon bébé aussi, c'est le principal. » (I)

Dans un contexte d'urgence, une patiente a expérimenté l'absence de participation aux décisions.

« Pour l'accouchement du grand, c'était assez différent, on ne m'a pas demandé grand-chose, mais parce que c'était plus l'urgence. » (B)

L'absence de participation dans une décision d'extraction instrumentale a été vécu comme quelque chose de normal par une patiente, par la compréhension de l'intérêt de l'acte suite à l'explication donnée.

« Pour la ventouse, elle m'a dit que ça risquait déchirer, et que pour éviter une épisio elle allait appeler la gynéco, et j'ai pas eu le choix – enfin, j'ai pas eu le choix... j'aurais pu dire non ; mais je voyais pas mon intérêt de dire non, donc j'ai rien dit.” “elle m'a pas demandé, elle m'a pas dit : « je peux vous faire une ventouse ? » euh, non. Elle a mis la ventouse, et voilà. Elle a géré la fin de l'accouchement. » (D)

Nous remarquons dans le discours d'une patiente la compréhension mais une absence de participation à une décision de déclenchement, visible à travers l'emploi du pronom « ils » : « J'ai eu un déclenchement parce qu'ils pensaient que ça allait être un très gros bébé, estimé 4,5-4,6 kg. Et du coup ils voulaient pas aller au-delà du terme. » (I)

« Au niveau du déclenchement, je sais pas si j'avais réellement le choix ou pas de dire oui ou non, en fait on m'a pas présenté ça comme ça. (...) j'ai un peu suivi ce qu'on m'a dit qui allait se passer, quoi.» (I)

Pour cette patiente, cela convenait du fait de sa disposition à accepter les décisions de l'équipe dans la mesure où on lui donne des explications.

« A partir du moment où on m'explique pourquoi on fait ça (...) ça me dérange pas »

Pour une patiente, le sentiment d'absence de pouvoir dans une décision difficile (césarienne) a été ressenti à travers l'emploi d'un registre de nécessité par la gynécologue.

« Là pour le coup, là j'avais plus de prise. Là, elle me dit : « il faut faire ça. » J'étais plus du tout maître de quoi que ce soit. » (E) Cependant la patiente était en accord et percevait la nécessité médicale de cette décision, en éprouvant la peur que son enfant ne souffre.

« Mais c'était une décision médicale et (...) je savais très bien qu'il fallait le faire. Enfin, je voulais pas prendre de risque pour lui, c'était pour lui que je faisais tout ça, et il fallait que ça se passe bien pour lui, à la fin. Je commençais à avoir peur qu'il souffre. (...) Donc, même moi, je ne le sentais pas, donc... c'était elles qui avaient décidé mais j'étais d'accord, enfin totalement. » (E)

La manière d'annoncer la décision difficile a eu une influence sur son vécu, ne répondant pas à son besoin d'échange : « (j'aurais eu besoin) peut-être qu'on se pose deux secondes pour prendre la décision » « Que ce soit une discussion. Parce que là, c'était « ben je t'envoie l'information, et puis tu la reçois, puis c'est tout, quoi. »

La patiente a évoqué l'importance pour elle de la position dans laquelle on lui a annoncé cette décision difficile et du nombre de personnes présentes dans la pièce à ce moment dans ce ressenti d'absence de dialogue :

« Pas en position gynéco, qu'elle me parle pas entre les jambes comme ça et par-dessus le lit avec tout le monde autour. » (E)

Le sentiment d'absence de pouvoir de décision a ainsi été renforcé par la posture et l'environnement.

« De toute façon, tu es dans une position gynéco avec plein de gens autour de toi, et du moment où on dit la césa, là il y en a 15 qui rentrent... donc là, non, j'avais plus de décision. » (E)

Les patientes expriment le sentiment de convenance du niveau d'autonomie partiel laissée au moment de l'accouchement, par l'absence d'envie de prendre des décisions, notamment à cause de la douleur.

« C'est pas non plus le moment de dire : « est-ce que vous voulez ceci-cela », tout dans le détail. Elle m'a posé la question pour les choses qu'elle jugeait utiles. » (D)

« C'est quand même une douleur où tu mets un pied dans la tombe, donc bien accueillir de mettre un pied dans la tombe, c'est assez compliqué. Donc tout ce qui est paperasse, tu n'as pas trop envie. Et prise de décision, non plus » (C)

Ce ressenti de convenance de ne pas participer activement aux décisions est partagé par la patiente E, dans une réflexion liée à un contexte d'urgence.

« Quand ça devient (....) trop risqué, (...) on t'emmène et il faut que tu écoutes, c'est tout. Mais c'est normal !" (E)

La patiente E s'est sentie accompagnée avec douceur dans une décision difficile pour elle de recourir à une péridurale malgré son projet d'accouchement sans péridurale. La qualité de l'accompagnement dans cette décision s'est manifestée à travers l'emploi d'un registre de conseils et d'explications et l'emploi du conditionnel.

« Elle nous a accompagné là-dedans. C'était pas une décision à la légère, c'était pas du tout autoritaire. » (E)

« Elle me disait « il y a plusieurs facteurs qui font que... » et « il faudrait... ce serait une bonne chose que... pour vous d'avoir la péridurale. »" (E)

Plusieurs patientes quant-à-elles ont exprimé le sentiment de ne pas avoir eu de décision à prendre en raison de la rapidité de l'accouchement. (F) (G)

## 2.2. Perception par la patiente de la qualité du guidage par la sage-femme

Les patientes ont perçu la compétence de la sage-femme dans sa capacité de guidage.

« Après elles sont revenues nous rechercher en disant... enfin elles, elles devaient le savoir, moi j'avais pas capté, que le... enfin qu'il commençait à s'engager sérieusement ! et là, elles nous ont plus quittés, forcément. » (A)

« Il fallait que le col continue de s'ouvrir, elles venaient très régulièrement pour me changer de position, pour voir si ça allait (...) pour m'aider à ce que ça passe mieux. Donc ça, c'était pas mal. » (B)

Une parole de la sage-femme soulignant l'incapacité de la patiente à pousser et exprimant sa propre incapacité à aider la patiente a eu un effet démoralisant sur la patiente.

« Et la sage-femme a dit : « ben de toute façon je ne sais pas ce que je peux faire, vous n'arrivez pas à pousser. » Déjà ça, ça m'a refroidie." (F)

Les patientes ont relié le sentiment d'être accompagnée aux paroles de guidage (postures, poussée) de la sage-femme.

« Du coup elle m'ont vraiment accompagnée, voilà de dire « poussez », « mettez-vous... » (F)

Le guidage de l'équipe pour l'accouchement a eu un effet positif sur la confiance en elle de la patiente A.

« Y a un moment, je pense c'était déjà la phase de désespérance, et je leur ai dit que je pourrais pas tenir en fait ! et elles m'ont dit, bah « en fait, poussez, et il est là, parce qu'on voit déjà la tête quoi. » alors je me suis dit : « bon, c'est bon, c'est la fin ! du coup je peux » quoi. » (A)

Les patientes ont été conseillées et orientées par les sages-femmes :

« A la base, ils voulaient me préparer la baignoire, pour que je fasse le pré-travail dans la baignoire. » (B)

« Elles m'ont dit que j'étais ouverte à 4 et (...) que pour avancer le travail je pouvais faire des exercices. » (H)

Le guidage s'est manifestée par la description du processus en cas de besoin d'aide, le guidage sur les positions et l'utilisation des équipements en salle nature (liane, ballon, banquette), les propositions, les gestes d'aide : « Elles ont sorti le ballon, la corde, tout pour nous laisser, et puis elles nous ont réexpliqué comment ça se passait si on avait besoin. » (A) « Elles avaient des bons conseils, je trouvais, sur comment soulager, quelle position... elles me disaient « tiens là, prends le ballon, fais comme ça », elles m'avaient suspendu une liane. » (E)

« La piscine, elles nous ont demandé, donc on a dit oui (...) mais c'était notre souhait. » (A)

« Elles m'ont aidée à sortir de la baignoire. » (H)

La sage-femme de la patiente H a tenu compte des préférences de la patiente dans son guidage.

« C'est elles qui m'ont proposé un bain (...) j'ai fait le bain, après, au final j'aimais pas trop, donc je préférais le ballon, donc je suis retournée faire du ballon" (H)

Le guidage dans les positions a été rapporté comme étant associé avec le souci du confort de la patiente B. Ses préférences ont aussi été respectées.

« On m'a proposé d'accoucher dans deux positions, je crois. Il y en avait une où j'étais pas bien. Donc on a changé. » (B)

La patiente H s'est sentie libre de refuser une proposition de guidage de l'équipe et a très bien vécu du guidage de la sage-femme à travers les propositions faites associées à la liberté qui lui était laissée dans les décisions. (H)



« Quand je suis arrivée à la mat' et qu'ils m'ont demandé si je voulais la péridurale tout de suite, ben j'ai même refusé, j'ai dit « je vais attendre un petit peu », parce que je souffrais pas, en fait, j'étais trop bien.» (H)

L'emploi d'un registre directif dans le guidage a été bien vécu, par compréhension de sa nécessité et de son effet bénéfique dans un contexte particulier.

« C'est que la sage-femme, y a un moment donné, elle a crié un peu (...) elle voulait que je me mette dans une position (pour) éviter les déchirures » (A)

« Et moi j'ai remarqué qu'elle était un peu sèche, qu'elle me disait comment faire, mais... c'était pas choquant, parce que je me rendais bien compte que moi, je criais. » (A)

« Pendant l'accouchement (...) je devais lever le bassin je crois, et c'est à ce moment-là où elles ont essayé de ne pas me laisser la possibilité de comment faire, et elles ont réussi, mais c'était nécessaire" (A)

### 3. Perception par la patiente de la qualité de l'attitude d'écoute de la sage-femme

La qualité de l'écoute des ressentis de la patiente par la sage-femme participe au bon vécu de l'accompagnement de l'accouchement.

#### 3.1. Prise en considération des souhaits, des besoins et des attentes

Nous avons noté dans le discours de la patiente E des difficultés de compréhension dans la communication, en lien avec un manque d'écoute.

« Et je lui disais que malgré la péridurale, je sentais absolument tout, et en fait, elle me dit « mais enfin, vous êtes sûre que vous sentez ? » et je lui dit « Oui, oui, je le sens, oui vraiment ! » "elle pensait que je sentais pas, je pense. Mais j'avais quand même toutes les sensations qui étaient pareilles. » (E)

L'attitude d'écoute s'est manifestée à travers l'expression d'intérêt de la part de la sage-femme sur le vécu de la grossesse de la patiente (A) (B) et sur le vécu du début de travail.

« Elle m'a fait raconter un peu, ben pourquoi j'étais là, est-ce que j'avais très mal ou pas... » (B)

L'attitude d'écoute passe aussi par des discussions sortant de l'aspect médical.

« Après on a aussi parlé de tout et de rien. En vrai on a aussi parlé de ma première etc, donc il y avait un dialogue au fait, c'est pas centré que sur les contractions et le côté médical, c'est aussi centré sur autre (chose) » (F)

L'attitude d'écoute passe aussi par la prise en compte du projet de naissance : « C'était dans mon projet de naissance, qu'on m'explique et qu'on me dise ce qu'on fait. Et c'est ce qu'elles ont fait. (D)

Les patientes expriment l'importance de la prise en compte des souhaits, de « se sentir accompagnée, accompagnée mais en respectant nos choix, finalement. Sans jugement. » (F)

La qualité de l'écoute de la sage-femme s'est manifestée par l'expression d'intérêt et une attitude de questionnement des raisons associées à un projet de naissance de la patiente.

« Du coup, elle m'a questionnée là sur le pourquoi, pourquoi je voulais pas de péri, et je lui ai expliqué que c'était ce que je pensais de mieux pour l'enfant, mais que si j'avais une péri, si j'avais même une césa, ben écoute, c'est comme ça. » (E)

Le temps accordé à cette écoute a permis à la patiente de vivre cette décision difficile comme une décision réfléchie. « On a bien posé les choses avant de dire « bon, ben là, on va à la péridurale. ». » (E)

De plus, la patiente a perçu la tentative de la sage-femme de l'accompagner jusqu'au bout dans son projet.

« Elle a vraiment essayé de m'accompagner dans ce chemin-là jusqu'au bout. » (E)

« (Elle a su) me rassurer, m'expliquer que si ça se passait pas comme je l'entendais, comme je voulais au départ, que c'était pas grave et que voilà, on essaierait de faire au mieux... qu'elle m'accompagnait là-dedans, quoi. » (E)

L'écoute est ce qui a été le plus important pour cette patiente.

« Ce qui était le plus important, l'écoute. L'écoute des personnels : c'est pas un moment qui est facile, et c'est très appréciable qu'on se pose juste un petit peu, qu'on t'écoute, et pas juste qu'on te donne un médoc... qu'on t'écoute et qu'on te rassure. » (E)

L'écoute par les sages-femmes s'est manifestée dans l'attitude d'écoute des besoins spécifiques de la patiente et du couple, par exemple par l'adaptation à la distance du conjoint avec le milieu médical :

« Celle de jour était plus dans l'explication, elle avait bien compris aussi que mon mari était pas trop branché « médecin » (...) et elle expliquait, elle était sympa, elle disait : « si jamais vous avez besoin, n'hésitez pas à appeler ». Enfin, tu vois, des petites phrases comme ça. » (D)

La perception de la patiente d'un souhait de la sage-femme de l'accompagner dans son projet a été bien vécue.

« Elle a vraiment essayé de m'accompagner dans ce chemin-là jusqu'au bout et elle m'a écoutée. » (E)

La sage-femme a su accueillir le ressenti difficile de la patiente, lui donnant le sentiment d'être comprise et accompagnée : « Et ça, elle a su l'entendre, le comprendre et m'accompagner dans le chemin que je voulais. » (E)

La qualité d'écoute se manifeste aussi dans la prise en compte d'un vécu difficile passé.

« Elle était très bienveillante, à l'écoute, surtout par rapport à ma première grossesse, enfin à mon premier accouchement que j'avais un peu mal vécu, du coup ben elle m'a beaucoup rassurée. » (F)

L'écoute passe par la prise en compte des ressentis de la patiente dans l'accompagnement.

« Ce qui est important, c'est (...) qu'on ait quelqu'un (...) qui nous écoute, et puis qui prenne en compte si on dit qu'on a mal, ou qu'on a des doutes, ou qu'on a peur » (B)

« Et puis elle, elle a vraiment pris le temps, voilà, de rester avec moi, de m'expliquer (...) j'avais pu lui exprimer que j'avais vraiment peur pour la cicatrice, que j'aimais pas du tout le sang (...) donc elle s'est proposée de m'accompagner même à la douche si j'avais besoin (...) » « si je me sentais vraiment pas, si j'angoissais, elle pouvait venir avec moi, que sinon il y avait la petite alarme en salle de bain (...) elle avait un discours qui était quand même très rassurant, et elle était là pour accompagner, et du coup c'est ça que j'ai trouvé vraiment agréable. Pour ce moment qui était pour moi... j'ai cru que j'allais mourir d'enlever un pansement » (I)

### 3.2. Proximité dans la relation de soins et recours à l'humour par la sage-femme

L'attitude d'écoute participe à l'établissement d'un lien de proximité avec la patiente, souvent bien vécu par celle-ci.

La perception de proximité de la sage-femme avec la patiente a été appréciée par beaucoup de patientes. La perception de cette proximité est reliée à différentes attitudes de la sage-femme : l'emploi d'un registre personnel (emploi du prénom de la patiente), le regard et l'absence de jugement, la diversité des sujets abordés, notamment le rapport à la pudeur.

« Elles ont un contact humain et très personnel, en fait. Et je pense que c'est... comment expliquer, le fait que... c'est vraiment à moi qu'elle parle à ce moment-là, et en fait ça

pourrait être une proche qui à ce moment-là, qui rappelle... mais alors qu'on ne se connaissait pas 10 minutes avant, mais le fait qu'elles utilisent ce registre-là, ça aide." (A)

« C'est bienveillant, enfin elle regarde dans les yeux, il n'y a pas de jugement, c'est... comme si entre guillemets « c'était une copine ». On se sent vraiment accompagnée. » (F)

« Quand je disais qu'on était amenés à parler de tout et de rien, ben on a parlé de ça (*sujet de l'intimité*), des anecdotes qu'elle avait déjà eues." (H)

La proximité se caractérise par la fluidité des échanges, à travers la transparence, la fluidité et la diversité des sujets abordés, la liberté dans l'expression à la sage-femme d'appréhensions :

« Elle nous a expliqué ses histoires de dos, on a parlé de la salle nature, on a discuté du fait qu'on était le .../... (...) c'était fluide. Voilà. Et puis du coup on a rigolé sur le fait qu'ils étaient les deux du même jour... oui, plein de choses." » (A)

« Elles te parlaient normalement (...) C'était souple, ça glisse » (C)

« Et puis je leur disais, moi je lui disais cash à ma sage-femme : « Écoutez, moi je me sens mal à l'aise, là que tout le monde va me voir... » « Et au final, au final, quand je disais qu'on était amenés à parler de tout et de rien, ben on a parlé de ça, des anecdotes qu'elle avait déjà eues... et puis que généralement on se faisait une fixette là-dessus, alors que elles, tout ce qu'elle regarde c'est ben le bébé quoi, où est-ce qu'il en est ! (...) Ça m'a bien rassurée. » (H)

La diversité des sujets abordés a eu un effet rassurant sur les patientes au cours du travail.

« Tout le long de la pose de la péridurale elle m'a raconté des choses, enfin des choses qui n'étaient pas du tout dans le sujet de l'accouchement d'ailleurs (*en riant*) mais bon, vraiment histoire de me changer les idées, pour qu'en fait je n'y pense pas du tout, et donc finalement c'est (...) pas un moment que j'ai trouvé difficile. » (I)

« On a échangé sur tout et rien, on parlait de tout, enfin non, elles ont réussi à me détendre en fait ! J'étais en confiance. Vraiment. »(C)

« C'était limpide en fait, y avait pas d'appréhensions. Même si je dormais, ça me dérangeait pas qu'elles viennent s'occuper de moi. Parce que j'étais en confiance. Réellement. » (C)

Au contraire, le contact avec une sage-femme a été trouvé difficile à cause d'un manque de fluidité dans la communication, marqué par exemple par l'absence de réponse aux expressions des ressentis de la patiente.

« J'ai pas du tout accroché avec la sage-femme, elle me parlait pas. » (F)

« Quand je parlais, je lui disais « je crois que j'ai une sensation de contraction » parce qu'avec la péri du coup on ressent beaucoup moins, elle répondait à peine, c'est genre « oui,

ben, poussez quoi, je sais ». Sauf que moi c'était mon premier accouchement, c'étaient des sensations nouvelles, donc je ne savais pas." (F)

Nous notons dans le discours de la patiente H l'association entre le caractère de proximité des sages-femmes et la qualité de son vécu de la relation de soins :

« J'ai rien à leur reprocher (...) elles ne pouvaient pas être plus proches que ce qu'elles étaient déjà. » (H)

La proximité passe parfois par l'utilisation d'un registre personnel, perçu comme facilitant la communication.

« Elles ont un contact humain et très personnel, en fait. Et je pense que c'est... comment expliquer, le fait que... c'est vraiment à moi qu'elle parle à ce moment-là, et en fait ça pourrait être une proche qui à ce moment-là, qui rappelle... mais alors qu'on ne se connaissait pas 10 minutes avant, mais le fait qu'elles utilisent ce registre-là, ça aide. » (A)

« Déjà elle m'a appelée par mon prénom. Et c'est vrai que ça aide beaucoup à... reconnecter. » (A)

Nous notons aussi un effet de rapprochement lié à l'intimité du moment du travail et de l'accouchement, qui a été perçu par la patiente H comme facilitant la compréhension et la fluidité des échanges.

« Et puis le bain, par exemple (...) ça m'a "rapprochée" de ma sage-femme, parce que voilà, ben dans un bain... ton intimité est un peu "ouverte", (...) on a pu mieux se comprendre, on est venues à parler de tout et de rien, enfin je me sentais vraiment bien. » (H)

Le recours à l'humour fait aussi partie d'une attitude d'écoute dans le sens où il permet de prendre en considération le stress en provoquant une détente.

« Mon conjoint qui était aussi très stressé, elle rigolait aussi avec le futur papa ». (H)

L'humour a ainsi une vertu rassurante.

« Elles avaient toutes un humour... ben voilà, elles rigolaient, ouais elles rigolaient toutes, elles me rassuraient. » (H)

La proximité se traduit aussi dans les gestes de réassurance et par le souvenir par la patiente du prénom de la sage-femme : « Elle m'a pris dans ses bras. *(d'une voix prise par l'émotion)* Et ça faisait du bien. *(en chuchotant, sous le coup de l'émotion)* parce qu'il y a un moment, parce que c'était trop dur. C, son prénom. » (E)

La proximité est facilitée par la présence d'un professionnel connu, et l'expression d'intérêt de ceux-ci pour la patiente, ce qui est relié à un bon vécu.

« J'ai retrouvé une sage-femme du début, je pense que je l'avais eue dans la nuit... enfin, j'ai retrouvé des gens, j'ai eu plusieurs personnes, et finalement il y en a qui sont revenues. Donc ça, c'était sympa, les personnes elles reviennent et elles veulent savoir « alors, qu'est ce qui s'est passé ? » (E)

« J'ai retrouvé ma sage-femme que j'avais eu la veille, qui m'avait accueillie à la maternité, et c'est elle qui m'a accouchée, en fait. Donc du coup, j'étais super contente, parce que j'ai retrouvé quelqu'un que j'avais déjà vu.» (H)

### 3.3. Perception par la patiente de l'intégration du conjoint et du respect de l'intimité par la sage-femme

La prise en considération du conjoint par la sage-femme a été apprécié par les patientes dans le cadre de l'accompagnement de l'accouchement.

« Elles ont pas mal rassuré mon mari aussi. » (B)

« elle a été très chaleureuse. Là, j'ai beaucoup apprécié. Très chaleureuse, très à l'écoute. Elle prenait aussi en compte mon conjoint. » (F)

Les sages-femmes ont fait preuve d'attention et d'écoute envers le conjoint et utilisent l'humour, ayant un effet apaisant sur le stress. Elles font preuve de disponibilité et d'écoute envers lui pour écouter ses propres ressentis, notamment dans un contexte difficile pour lui.

« Elle avait bien compris aussi que mon mari était pas trop branché « médecin » (D)

« Elle a essayé de comprendre. C (*son compagnon*) aussi, elle lui posait plein de questions. » (E)

« Mon conjoint qui était aussi très stressé, elle rigolait aussi avec le futur papa, parce qu'on a tendance aussi peut-être un peu à les oublier, mais elle était là, elle parlait même avec le papa, elle parlait avec moi. » (F)

« Pour moi il a tout vu. Donc il avait cette image, la peur de la ventouse (...) même après l'accouchement, enfin je veux dire les sages-femmes étaient là, elles lui ont demandé comment lui, ça allait. Et il a pu parler de son vécu, de ce qu'il ressentait, de... de tout » (F)

Elles l'ont intégré aux discussions, aux soins et aux prises de décisions.

« Elle lui parlait. Quand elle me parlait à moi, elle lui parlait aussi à lui, qui était présent. » (F)

« Elle parlait aussi à mon conjoint pour les décisions. » (F)

« elles lui ont proposé directement de l'aider à l'habiller, le peau-à-peau, enfin c'était vrai que c'était super, elles lui ont proposé de gérer la musique aussi à un moment, et puis avant que l'a deuxième injection soit faite pour la péridurale, elles lui avaient ramené un masque à gaz, et donc j'avais un petit masque et elle lui avait dit, ben : « tenez, gérez le masque pour votre femme. » Donc non non, il a été bien intégré, et c'était chouette. » (K)

L'intégration du conjoint aux discussions et aux décisions a eu un effet rassurant sur la patiente F, dans l'éventualité d'une difficulté.

« Si jamais il y a un souci, ils le prennent en compte. Ça veut dire que je sais qu'ils vont aller le voir, qu'il n'est pas ignoré. » (F) « C'est lui qui va gérer les soins si jamais il y avait vraiment un truc. » (F)

Au contraire, l'exclusion du conjoint a été vécu comme « déstabilisant » dans une expérience précédente négative.

« Au début mon conjoint essayait de me rassurer, elle l'a viré tout de suite et puis elle a pris le relais, mais bon, voilà. Du coup j'avais l'impression de faire qu'avec la sage-femme et pas avec mon conjoint. C'était un peu déstabilisant pour moi. » (F)

Pour finir, le respect de l'intimité par les sages-femmes a été rapporté par plusieurs patientes dans leur vécu et était associé à un vécu positif.

Il s'est manifesté par le respect de moments en couple au cours du travail et par la douceur et le respect associés aux gestes médicaux touchant à l'intimité.

« Elles nous ont laissés tranquilles. » (A)

« Elle nous laissait discuter aussi à deux sur la suite des événements. » (F)

« Douce » « Il n'y a pas eu d'examens sans que j'aie donné mon accord, il n'y a pas eu de gestes qui ont été réalisés, en fait, sans que je sois informée. » (K)

## **DISCUSSION**

### **I. Principaux résultats**

Du côté des patientes, le vécu de l'accompagnement par les sages-femmes dépend de leurs besoins et de leurs attentes. Ceux-ci dépendent de divers facteurs, notamment les caractéristiques cliniques de la grossesse et de l'accouchement, le vécu de la grossesse et de son accompagnement, les expériences d'accouchement antérieures, les expériences professionnelles, les représentations et en particulier celles relatives à l'accouchement et au milieu médical, le projet de naissance, la personnalité, le rapport à la douleur, l'environnement et le contexte de la mise en travail.

Les qualités des sages-femmes telles que perçues par la patiente participent à la qualité de l'accompagnement vécu. Nos résultats nous permettent de dégager des qualités essentielles présentes dans le discours de toutes les patientes : la disponibilité, la capacité à rassurer, l'empathie et l'écoute. Il est à noter que ces qualités se déploient sous diverses expressions selon les besoins des patientes : à titre d'exemple la capacité de réassurance semble assurée par des attitudes différentes dans le vécu de chaque patiente : pour les unes ce sont surtout des gestes rassurants, pour d'autres, des paroles d'encouragement, pour d'autres encore, des explications. Le sentiment de compétence de la sage-femme compte aussi. Le caractère accueillant, la bienveillance et le caractère calme ont été relevés à plusieurs reprises et bien vécus par les patientes.

A l'inverse, la perception d'un caractère froid avec des échanges limités et le manque de délicatesse, notamment dans les remarques, mais parfois aussi dans les gestes, sont associés à un mauvais vécu de l'accompagnement. La perception d'une attitude de jugement est aussi mal vécue. Le manque de disponibilité et de soutien est également associé à un vécu difficile.

Enfin nous avons mis en évidence des caractéristiques de la relation de soins associées à un bon vécu de l'accompagnement par les patientes : la qualité de la communication, incluant en particulier la qualité de l'information, le guidage par la sage-femme, et l'attitude d'écoute.

La proximité de la sage-femme, liée à la qualité de l'écoute, est aussi appréciée par plusieurs patientes.

Le manque de fluidité dans la communication, le manque d'information, l'incohérence dans l'information, et le manque de respect de l'intimité sont associés à un mauvais vécu par les patientes.



## II. Confrontation avec les hypothèses et les données de la littérature

### 1. Hypothèses de recherche initiales

#### 1.1. Influence de la disponibilité et de l'écoute de la patiente par la sage-femme sur son vécu de l'accompagnement

Nous avons formulé l'hypothèse que l'expression par la sage-femme de questions pour connaître les souhaits de la femme pour son accouchement et le temps accordé à son écoute participeraient à un bon vécu de l'accompagnement de l'accouchement.

Nos résultats sont cohérents avec cette hypothèse. Dans tous les témoignages reçus, l'écoute de la patiente et la prise en compte de ses souhaits participent à un bon vécu de l'accompagnement.

L'écoute s'appréhende au sens large comme la qualité d'écoute dans la communication mais aussi la disposition à accueillir et prendre en considération les besoins spécifiques de la patiente dans l'accompagnement. Nous pouvons rapprocher ce thème de l'attitude de « curiosité et intérêt authentique envers le client » décrite par la psychologue clinicienne québécoise Isabelle Labrecque, caractérisée par l'accueil et l'expression d'« intérêt personnalisé » et qui participe à la construction d'une relation de confiance (22). Nos résultats sont également cohérents avec les études réalisées sur les facteurs favorisant des soins de qualité chez des parturientes ayant vécu une expérience de soins positive, qui soulignent l'importance de soins « respectueux et individualisés » et de la qualité d'empathie de la sage-femme (11) (12).

Nous voudrions ici approfondir la question de l'attitude d'écoute prise au sens large, comme attitude d'accueil de la patiente, et son lien avec l'établissement d'une relation de confiance. V. Haberey-Knuessi et P. Obertelli se sont penchés sur cette question en interrogeant à la fois le point de vue de patients et celui de soignants dans un article consacré à la confiance dans la relation soignant-malade publié dans la revue *Varia* en 2017. Ils évoquent le souci de certains médecins d'établir une relation dépassant la considération pathologique à travers l'introduction de leurs entretiens par la question : « Comment allez-vous ? ». Pour ces médecins, cette attitude a un effet rassurant sur le patient, qui se sent alors considéré comme une personne à part entière et non comme un simple objet de soins : « L'intérêt

accordé à la personne prime sur les différents symptômes et devient un facteur rassurant pour le malade reconnu comme sujet. » (14). Cette représentation des soignants est cohérente avec les résultats de notre étude, où de nombreuses patientes expriment l'importance pour elles des échanges dépassant le soin purement médical, et l'associent d'elles-mêmes à une attitude d'écoute : « il y avait un dialogue au fait, c'est pas centré que sur les contractions et le côté médical, c'est aussi centré sur autre chose. » (F), « C'est très appréciable qu'on se pose juste un petit peu, qu'on t'écoute, et pas juste qu'on te donne un médoc... qu'on t'écoute et qu'on te rassure. » (E) Cette attitude de considération de la patiente par la sage-femme dans l'entièreté de sa personnalité participe à sa perception de la qualité de la relation de soins, caractérisée par la confiance.

Nos résultats suggèrent que cette attitude d'écoute n'implique pas de se conformer sans limite aux souhaits de la patiente, ce qui n'est objectivement pas toujours possible ni souhaitable, ne serait-ce que par l'imprévisibilité des complications. Cette attitude consisterait plutôt à se mettre à l'écoute de la patiente pour chercher à comprendre ses attentes, la rejoindre dans ses ressentis et prendre le temps d'échanger avec elle pour trouver ensemble des solutions communes possibles. Nous nous approchons ainsi de la notion d'alliance thérapeutique, qui cherche à établir une collaboration mutuelle entre le patient et le soignant dans un même objectif de soins. Dans cette conception, la place de la confiance est essentielle. Nous discuterons davantage de cette notion dans le paragraphe consacré à la participation aux décisions.

Nous noterons ici une nuance dans les résultats par rapport à notre hypothèse de départ, concernant la notion de « temps accordé » à l'écoute de la patiente. En effet, les besoins des patientes en termes de temps de présence de la sage-femme se sont révélés différents selon leurs vécus. Ainsi, la qualité de l'accompagnement ne semble pas nécessairement proportionnée au temps de présence des sages-femmes. La correspondance entre les besoins et la présence effective des sages-femmes paraît plus pertinente que la notion de temps de présence. Il apparaît également dans nos résultats l'importance de la qualité de la présence de la sage-femme dans les moments où elle se trouve auprès de la patiente, au travers notamment de la qualité de son attitude d'écoute dans ces moments, comme l'illustre cette déclaration d'une des participantes : « si elle avait cinq minutes, elle me regardait, elle me posait des questions, elle discutait avec moi, et puis même elle repartait derrière, mais voilà : quand elle avait cinq minutes, elle était vraiment présente. » (E)

Il est important de noter aussi l'influence de l'organisation des services et de la charge de travail des professionnels de santé en salle de naissance sur le temps et l'écoute accordés

aux patientes. Car bien que la primauté semble être dans la qualité plus que dans la quantité de temps et d'écoute, une charge de travail importante peut compliquer voire rendre impossible la mise en œuvre de cette qualité de l'accompagnement, comme le témoignage d'une patiente nous a permis de le constater malheureusement : malgré la bonne volonté des sages-femmes, cette patiente a été laissée seule à cause d'une charge de travail importante et de plusieurs urgences dans le service, ce qu'elle a mal vécu, bien qu'elle ait bien compris la situation et n'éprouve pas de ressentiment à l'encontre de l'équipe.

## 1.2. Influence de la perception d'une attitude de soutien de la sage-femme dans la perception d'un accompagnement de qualité

Nous avons formulé l'hypothèse que les mots et gestes de soutien de la sage-femme envers la femme en travail favoriseraient un bon vécu de l'accompagnement de l'accouchement.

Cette deuxième hypothèse est partiellement validée par les résultats obtenus. En effet, le besoin de soutien apparaît présent chez toutes les patientes interrogées, mais le soutien ne prend pas la même forme chez toutes les patientes. Ainsi, dans les expériences rapportées, plusieurs patientes rapportent l'importance de gestes de soutien et leur effet apaisant sur des peurs, par exemple la peur de la péridurale ; pour d'autres les gestes de soutien ne sont pas évoqués ou n'apparaissent pas importants dans leur vécu, mais ce sont des paroles d'encouragements qui les aident. Mais pour d'autres, la perception du soutien passe par des explications ou la perception de la qualité du guidage. Il apparaît que le type d'expression de soutien dépend de la personnalité des patientes et de leurs ressentis.

Nos résultats suggèrent que l'appréciation de la qualité de réassurance de la sage-femme est commun à toutes les patientes. Toutes les patientes interrogées ont évoqué cette caractéristique, qui semble donc importante dans leur vécu. Nous pouvons ainsi nous risquer à cette formule générale : toutes les patientes en travail et qui accouchent ont besoin d'être rassurées. De quoi ont-elles besoin d'être rassurées ? Elles ont besoin d'être rassurées de peurs ou d'inquiétudes : peur de l'accouchement, peur pour la santé et le bien-être de leur enfant, peur d'une intervention, peur de ne pas pouvoir réaliser un projet de naissance, peur que le travail n'avance pas, peur de ne pas arriver à pousser, peur de complications, peur de mourir, inquiétudes liées à des expériences d'accouchement difficiles... Cela nous rappelle que l'accouchement est un moment particulier, un moment de grande vulnérabilité, un moment où la vie de la mère et de l'enfant sont particulièrement fragiles (1). Cela pourrait expliquer l'importance de l'évocation de la réassurance par les patientes dans la description

de l'accompagnement par la sage-femme lors de leur accouchement. La diversité observée ensuite dans les attitudes, gestes ou paroles qui sont associés au caractère rassurant est cohérent avec la diversité des craintes que ressentent les femmes et avec la singularité de leur personnalité. Ainsi, comme nous l'avons exposé dans nos résultats, ce qui est vécu comme rassurant est tantôt un geste, tantôt un sourire, tantôt une parole douce de soutien, tantôt une parole ferme de guidage, tantôt un regard, tantôt une attitude, tantôt une explication. Mais le résultat est le même : l'inquiétude est apaisée.

Par ailleurs, la capacité à guider apparaît de manière récurrente dans le discours des patientes. Ce résultat montre l'importance de la compétence professionnelle de la sage-femme dans la perception d'un accompagnement de qualité.

Nos résultats nous permettent donc d'élargir la perspective de notre hypothèse initiale, en considérant la pluralité des formes prises par le soutien fourni par la sage-femme. L'attitude de soutien par la sage-femme, passant par un guidage de qualité et par la réassurance effective de la patiente, est associée à un bon vécu de l'accompagnement.

### 1.3. Place de la participation aux décisions dans le vécu positif de la relation de soins

Nous avons formulé l'hypothèse que l'inclusion par la sage-femme de la femme dans la prise de décisions relatives à son travail et son accouchement participerait au bon vécu de l'accompagnement.

Nos résultats ne permettent pas de valider cette hypothèse, ni de l'invalider. En effet, les vécus des patientes interrogées se sont révélés, au moins en partie, différents de ce à quoi nous nous attendions en termes de besoin d'autonomie.

Nous pouvons distinguer deux groupes de patientes : celles qui ont un projet de naissance et expriment des souhaits spécifiques, et celles qui sont essentiellement dans une attitude d'abandon et de confiance dans l'équipe.

Dans le premier groupe, la participation aux décisions est liée au respect de leurs souhaits, ou du moins à la prise en considération de ceux-ci lorsque les événements ne permettent pas d'y accéder. Pour ces patientes, le respect de leur projet, et donc leur participation aux décisions, apparaît effectivement associé à un bon vécu de l'accompagnement.

Nous notons le caractère particulier de la situation où un projet ne peut être rempli en raison d'une complication médicale : dans ce cas, nos résultats montrent que la qualité de l'accompagnement dans le vécu de la patiente dépend essentiellement de la qualité de l'échange amenant une décision nécessaire médicalement, qui lui permet de vivre plus ou moins bien l'accueil de cette décision. La qualité de l'information semble importante pour que la patiente puisse comprendre et adhérer à cette décision, mais aussi l'attitude d'écoute de la patiente, la qualité de l'échange à travers le temps accordé à la prise de décision, les mots choisis et la posture au moment d'une annonce difficile (nous pensons en particulier à la position gynécologique) pour que la décision ne soit pas subie de manière autoritaire. La sensation de perte de contrôle peut être particulièrement difficile pour certaines patientes : il convient d'adopter une réelle attitude d'écoute et d'attention pour les accompagner au plus près de leurs besoins.

Le deuxième groupe de patientes, essentiellement des patientes primipares, mais pas uniquement, se situent dans une attitude d'abandon entre les mains de l'équipe soignante. Cette attitude est expliquée par le sentiment de ne pas savoir ce qu'il convient le mieux de faire, et par la confiance en la compétence et la bienveillance de l'équipe, à laquelle elles se remettent. Ainsi, la plupart des patientes expriment le sentiment de convenance pour elles de « se laisser guider » par l'équipe soignante et le vivent bien.

De plus, les patientes n'ont pas nécessairement envie de prendre des décisions au moment de l'accouchement, du moins dans une moindre mesure. Nous pourrions avancer, pour expliquer ce sentiment, que l'intensité du moment que constitue le travail requiert toute l'énergie de la femme, qu'elle ne peut pas investir dans la prise de décision de la même manière qu'en temps normal. Ainsi le besoin d'être entourée, guidée, de s'abandonner avec confiance, pourrait prendre le pas sur le besoin d'autonomie chez une partie des patientes. La perception de la compétence et de la bienveillance de la sage-femme permettent à la patiente d'être « toute à son accouchement », dans le mesure où elle se sent en confiance. En effet, l'accouchement demeure un moment de vulnérabilité pour la femme. Les données de la littérature sont cohérentes avec nos résultats, en suggérant que la plupart des femmes enceintes font confiance au monde médical dans ce moment de bouleversement. Elles ont besoin d'un cadre rassurant, de professionnalisme, d'être entourée. (23) (24) Elles s'en remettent donc souvent au médecin et à la sage-femme. Michel Briex, gynécologue-obstétricien, propose une image interprétative de cette attitude : « J'imagine que ces parents comptent sur nous comme on compte sur un guide de montagne pour préparer une randonnée : pour pouvoir profiter du paysage en toute sérénité en évitant d'être confrontés à des situations à risque. » (26)

Nous pouvons cependant faire une distinction entre la participation aux décisions en amont (à travers l'élaboration d'un projet de naissance par exemple), la participation que nous pourrions qualifier de plus « passive » aux décisions au moment de l'accouchement (par la prise en compte par l'équipe du projet de naissance) et la participation active aux décisions (celle dont toutes les patientes ne veulent pas nécessairement). Ainsi, les deux groupes de patientes évoqués ne sont peut-être pas exclusifs et opposés. Autrement dit, l'existence d'un projet de naissance n'exclut pas le fait que le besoin de se laisser guider au moment de l'accouchement puisse prendre le pas sur le besoin d'autonomie, pour une même patiente.

Nous pouvons aussi rapprocher nos résultats de l'analyse de Watkins et al. dans leur étude s'intéressant au vécu des femmes en termes de participation aux décisions au moment de l'accouchement : cette étude montre des différences de préférence chez les patientes : 50% préférant une prise de décision partagée, 35% préférant avoir un rôle actif, et 15% préférant un rôle passif. (25)

Toutefois, il est important de noter l'importance des explications reçues tout au long du travail chez toutes les patientes de notre étude. Si la participation active aux décisions ne paraît pas nécessairement un critère de qualité du vécu, en revanche la qualité de l'information reçue, et en particulier les explications données au cours du travail sur son déroulé et sur les interventions proposées, apparaît toujours essentielle dans l'accompagnement. Ce résultat est très récurrent et clair dans le discours des patientes.

Ce dernier résultat est appuyé par les résultats de l'étude de Hall consacrée aux facteurs favorisant des soins périnataux de qualité : y est mise en évidence l'importance du temps accordé au dialogue dans les prises de décisions comme favorisant l'expérience d'une prise de décision partagée, à travers la qualité de la communication. (11)

Enfin, lorsque l'accouchement se déroule de manière rapide et fluide, il ne nécessite parfois pas de prises de décisions particulières. Dans ces cas-là, le sentiment de participer aux décisions n'est pas pertinent pour décrire le vécu des patientes et ne paraît pas jouer de rôle notable dans leur vécu de l'accompagnement. Nous notons tout de même que dans ces cas-là, le respect des quelques souhaits exprimés par les patientes est bien vécu (par exemple le souhait d'utiliser une baignoire, de bénéficier de la péridurale, ou d'accoucher sans péridurale).

#### 1.4. Perception par la patiente d'une attitude de jugement de la sage-femme

Nos résultats nous permettent de valider l'hypothèse selon laquelle la perception d'un jugement par la sage-femme à propos d'un souhait de la patiente aurait un impact négatif sur son vécu de l'accompagnement.

Les paroles en particulier, mais aussi les attitudes des sages-femmes, leurs regards, ont le pouvoir de marquer profondément les femmes, et d'autant plus dans le moment de particulière vulnérabilité que constitue l'accouchement. Les remarques perçues comme des remarques de jugement peuvent être particulièrement blessantes pour la patiente et la marquer durablement, comme en témoigne une des patiente interrogée, qui a « ressassé » les remarques d'une sage-femme pendant un an.

Nous pouvons mettre cela en lien avec les résultats d'une étude menée au Canada montrant les effets négatifs des attitudes de jugement ou de manque de soutien vis-à-vis des préférences des patientes : le sentiment de ne pas être respecté, parfois associé à un traumatisme, et une perte de confiance plus ou moins importante dans la relation de soins. (28)

Nous pouvons compléter notre hypothèse à la suite de notre étude.

Ainsi, d'autres formes d'expression sont mal vécues par les patientes : le manque de délicatesse dans la réponse à une demande, l'emploi d'un ton sec et de paroles d'agacement ou la perception d'une attitude « hautaine ». Dans des situations où les demandes des patientes correspondent à un besoin de soulagement de la douleur ou de soutien dans un contexte de fatigue, le caractère abrupte des réponses reçues peut être particulièrement difficile à accepter.

Cela nous invite une fois de plus en tant que professionnelle à soigner notre attitude d'écoute pour chercher à comprendre les demandes des patientes et veiller à garder une attitude bienveillante, en particulier dans la manière de dialoguer avec les patientes.

#### 1.5. Influence des données cliniques sur la perception de la qualité de l'accompagnement

Notre hypothèse selon laquelle les données cliniques obstétricales influenceraient la perception de la qualité de la relation avec la sage-femme au cours du travail et de l'accouchement est validée par nos résultats, dans le sens où elles modifient les ressentis et les besoins d'accompagnement des patientes.

La capacité des professionnels de s'adapter aux besoins spécifiques générés par ces données cliniques détermine alors la qualité de l'accompagnement perçu.

#### 1.6. Influence de l'accompagnement de la grossesse sur la perception de la qualité de l'accompagnement

Concernant l'accompagnement de la grossesse, nos résultats nous permettent seulement de valider partiellement notre hypothèse selon laquelle il influence la manière dont la patiente vit la relation de soins avec les sages-femmes au cours du travail.

Nous avons constaté par exemple qu'un manque d'information perçu pendant la grossesse sur la césarienne a rendu particulièrement difficile l'acceptation de cette nouvelle pour une patiente qui ne s'y sentait pas du tout préparée. Les besoins résultants en termes d'accompagnement au moment de l'accouchement et suite à celui-ci ont été impactés par ce manque d'information. Se pose alors la question : quel est le bon niveau d'information sur les complications possibles au cours de l'accouchement à fournir aux patientes au cours de la grossesse ? En effet, certains auteurs soulignent l'effet potentiellement délétère d'une information trop axée sur les risques au cours de la grossesse, pouvant conduire à une augmentation de l'inquiétude (26). Dans notre cas, toutefois, la marge d'information était importante, car la patiente avait en tête l'idée selon laquelle les césariennes n'étaient plus pratiquées de nos jours.

Par ailleurs, les méthodes de préparation à la naissance paraissent jouer un rôle dans le sens où elles influencent l'état d'esprit de la patiente au moment où elle se présente à la maternité pour accoucher. Toutefois, la manière dont ces méthodes de préparation influencent le vécu de l'accompagnement par les sages-femmes au moment de la naissance reste incertain. Nos données ne permettent pas d'analyser cette influence. Une étude plus approfondie sur le sujet serait intéressante pour explorer davantage les interactions entre le suivi de grossesse et le vécu de l'accompagnement au moment de l'accouchement.

#### 1.7. Influence des expériences d'accouchement sur la perception de qualité de l'accompagnement

Les expériences d'accouchement passées influencent effectivement le vécu des femmes de la relation de soins avec les sages-femmes. Nos résultats nous permettent de valider cette hypothèse.



Les besoins d'accompagnement des patientes dépendent de leur ressenti, or ceux-ci sont influencés par leurs expériences précédentes. Un mauvais vécu donne lieu à des craintes, des appréhensions et des besoins particuliers en termes d'accompagnement. La manière d'y répondre participe à la qualité de l'accompagnement dans le vécu des patientes.

D'autre part, le simple fait d'avoir eu une expérience précédente peut jouer sur le sentiment de sérénité par le fait de « savoir à quoi s'attendre ».

## 2. Perspectives issues des résultats

Nos résultats nous ont aussi permis d'identifier des thèmes imprévus, permettant d'approfondir notre compréhension du vécu de l'accompagnement par les patientes, mais aussi ouvrant la voie à des perspectives de recherche complémentaires.

### 2.1. Diversité des facteurs influençant la perception d'un accompagnement de qualité

La première chose que nous remarquons est la diversité des facteurs interagissant avec l'accompagnement de l'accouchement, en particulier du côté de la patiente. Ses ressentis et son état d'esprit au moment de l'accouchement apparaissent ainsi influencés par une multitude de paramètres auxquels nous n'avions pas pensé au début de notre recherche. Nous pouvons souligner par exemple l'influence de l'environnement, comme la place de la salle nature permettant à une patiente de se sentir plus à l'aise car à l'écart des autres salles, l'influence du contexte temporel, comme celui d'accoucher en plein été, sans étudiants, en comité restreint, sur le sentiment d'accoucher dans l'intimité, ou encore la fatigue d'un conjoint qui n'a pas pu être aussi soutenant que prévu. Les représentations de la patiente jouent aussi un rôle important dans sa perception de la qualité de l'accompagnement par les sages-femmes, en particulier la confrontation de leur vécu avec ces représentations. Nous n'avons pas retrouvé ce thème développé dans la littérature, il serait intéressant de vérifier si d'autres auteurs ont étudié cette perspective.

Ces résultats permettent en tout cas de rappeler – si nécessité de rappel il y a - que la qualité du vécu ne dépend pas exclusivement de l'attitude de la sage-femme ; en même temps, cela renforce l'importance de l'attitude d'écoute des professionnels, pour adapter l'accompagnement aux éventuels besoins spécifiques qui résultent de ces facteurs. Il serait intéressant d'explorer plus en profondeur l'influence des facteurs jouant sur le ressenti des patientes afin d'en avoir une meilleure connaissance.

Les résultats suggèrent aussi le caractère multiforme et complexe des influences, qui ne sont pas toujours binaires : la formulation de notre question de recherche orientait vers une réponse binaire, à savoir tel facteur a un effet négatif, tel autre un effet positif ; or, certains facteurs ne semblent pas rentrer dans schéma, par les interactions complexes qu'ils entretiennent entre eux et avec le sujet. Nous pouvons citer à titre d'exemple l'influence du contexte de la mise en travail, comme cette maman qui redoutait d'accoucher le même jour pour son premier enfant, et qui n'a pas pris en compte ses contractions en pensant que cela était dû au stress d'accoucher le même jour... ce facteur a une influence sur le ressenti de la patiente, mais on ne peut pas dire qu'il porte en lui-même une valeur positive ou négative dans le vécu de l'accompagnement par la sage-femme. D'ailleurs cette maman a finalement bien vécu le fait d'accoucher effectivement le même jour, sans que la sage-femme semble avoir joué de rôle particulier dans ce changement d'état d'esprit. Ainsi, nous avons choisi de présenter un certain nombre de facteurs jouant sur les ressentis de la patiente, en partant du postulat que l'accompagnement en serait impacté, mais ces facteurs mériteraient une analyse plus approfondie pour en tirer des conclusions et des implications pratiques.

Notons ici que l'intérêt de l'analyse des caractéristiques relatives à la patiente, sur lesquelles la sage-femme au moment de l'accouchement n'a que peu de prises, réside surtout dans le fait d'en prendre conscience et d'y être attentif, afin de jouer ensuite sur des leviers relationnels permettant de les accompagner au mieux dans le contexte qui est le leur.

## 2.2. Influence de la perception de proximité de la sage-femme dans le vécu de l'accompagnement

La proximité avec la sage-femme a été rapportée par de nombreuses patientes et bien vécue dans la relation de soins.

Comme nous l'avons déjà évoqué, cette proximité se manifeste de différentes façons : par le recours à des sujets de conversation variés, l'emploi de l'humour, la proximité dans les gestes de réassurance, le recours à un registre personnel et le respect de l'intimité. Le bon vécu de cette proximité nous rappelle l'importance de considérer la patiente dans sa globalité, et non comme un simple objet de soins. Le dépassement du soin purement médical apparaît particulièrement important dans le contexte de l'accouchement. Nous pouvons donc associer cette notion de proximité avec la notion d'écoute dont nous avons discuté précédemment.

Concernant le recours aux gestes de soutien, nos résultats sont cohérents avec les bénéfices de l'intégration d'un toucher marqué relationnel par le respect dans la qualité des soins, en particulier dans le contexte de l'accouchement. Le toucher relationnel paraît ainsi avoir des effets bénéfiques sur les soins, dans la mesure où « l'intention est positive et respectueuse, adaptée et juste » et tient compte des besoins spécifiques des patientes. (29)

La proximité peut être facilitée par le fait de connaître le soignant présent au moment de l'accouchement, comme le témoignage d'une patiente nous l'a montré. Nous pouvons mettre ce résultat en relation avec les données de la littérature qui montrent le caractère bénéfique de la continuité des soignants dans le bon vécu de l'accouchement. (11)

Cependant cela ne semble pas être un facteur indispensable, dans la mesure où beaucoup de patientes ont décrit un lien fort avec la sage-femme qui les a accompagnées, et une proximité, en dépit du fait qu'elles ne se connaissaient pas auparavant. Dans ces situations, les patientes ont également rapporté la qualité de l'écoute de ces sages-femmes : nous pouvons donc supposer que la qualité de l'écoute permet, au moins en partie, de combler la distance émotionnelle initiale causée par l'absence de connaissance mutuelle entre la femme et la sage-femme. Il serait intéressant d'explorer davantage le vécu de la proximité avec la sage-femme et la question de la juste distance soignant-soigné dans le contexte particulier de l'accouchement.

### 2.3. Importance de la prise en compte du conjoint et du respect de l'intimité dans l'accompagnement

L'importance de la prise en compte du conjoint et du respect de l'intimité est cohérent avec les données de la littérature. Elle correspond aux caractéristiques « humaines » et « personnalisées » des soins associées à un bon vécu de l'accouchement mis en évidence dans un travail de recherche proche s'intéressant au vécu de la patiente de la rencontre avec la sage-femme au moment de l'accouchement (27).

### 2.4. Différences entre vécu des primipares et vécus des multipares de l'accompagnement de l'accouchement

En choisissant d'inclure des patientes primipares comme des patientes multipares, nous nous attendions à trouver des différences importantes dans leurs vécus de l'accompagnement, notamment en termes de participation aux décisions. Nous pensons que les patientes multipares auraient davantage d'attentes en matière d'autonomie. Finalement,

nos données ne nous ont pas permis d'identifier de différence marquée de ce point de vue. Dans notre échantillon, le degré de participation aux décisions (tout comme le souhait de participer aux décisions) semble comparable chez les patientes multipares et les patientes primipares. Toutefois, pour évaluer ce critère de manière approfondie, il conviendrait de recourir à un échantillon plus important.

En revanche, il s'avère comme nous l'avons déjà discuté précédemment, que leurs vécus diffèrent en ce que leurs ressentis sont influencés par la première expérience vécue, et demandent à être accueillis par la sage-femme.

Ainsi le vécu des patientes primipares de l'accompagnement par les sages-femmes et celui des patientes multipares ne paraissent pas présenter de différence majeure en termes d'accompagnement, si ce n'est dans un domaine : l'expérience d'un manque de soutien et d'information dans les suites de couches, qui était plus marquée chez les patientes primipares. Étant donné la récurrence de ce thème dans le discours des patientes, nous avons choisi d'y consacrer une partie de la discussion, bien qu'il s'écarte légèrement de notre sujet initial, concentré sur l'accompagnement du travail et de l'accouchement.

## 2.5. Perception d'un manque d'information et de soutien dans le post-partum

Un thème imprévu a été particulièrement présent dans le discours des patientes, notamment les patientes primipares, mais pas exclusivement : il s'agit de l'expérience d'un manque de soutien et de manque d'information dans les suites de couches en maternité. Bien qu'il ne s'agisse pas du cœur de notre sujet, l'importance de ce vécu chez les patientes que nous avons interrogées justifie de s'y pencher à l'issue de notre travail de mémoire.

Plusieurs patientes nous ont exprimé s'être senties seules et démunies dans le post-partum en maternité. D'après les résultats de l'échantillon interrogé, les patientes ressentent plus fréquemment un manque de présence et de disponibilité de la sage-femme en suites de couches qu'en salle de naissance. Cela est particulièrement marqué dans les premières nuits, où le besoin d'être entourée semble particulièrement important pour ces patientes, à cause de la fatigue et des émotions ressenties, notamment des inquiétudes plus marquées en fin de journée. Le fait de ne pas pouvoir confier leur enfant à l'équipe soignante au cours d'une nuit, ou qu'on ne leur propose pas, est quelque chose que plusieurs patientes regrettent. Nous pouvons donc nous questionner sur l'organisation de la maternité par rapport à ce besoin exprimé : l'organisation actuelle prévoit-elle et permet-elle aux équipes d'assurer ce genre de service lors d'une garde de nuit ? Au cours de nos stages, nous avons

vu diverses attitudes à ce regard et à notre connaissance aucune règle ne semble empêcher cette possibilité de garder un nouveau-né quelques heures pour permettre à sa mère de se reposer. Évidemment, la contrainte de l'organisation du service, de la charge de travail et de la disponibilité effective du professionnel influence aussi cette possibilité. Nous pouvons alors nous poser plusieurs questions : est-ce le rôle de la sage-femme d'assurer ce service pour les mamans qui en auraient besoin ? Cela est-il compatible avec sa charge de travail ? Quel discours adopter face aux parents ? Faut-il s'adapter au cas par cas selon la charge de travail ? Il nous semble que oui, mais dans le cas d'une charge de travail ne le permettant pas, quelles autres solutions seraient envisageables pour répondre au besoin de repos et de soutien des patientes qui viennent d'accoucher ? Autant de questions qui restent ouvertes. Il serait intéressant de creuser ces questions afin de pouvoir y apporter des réponses satisfaisantes.

Un autre grand sujet dans le post-partum à évoquer est celui d'un fréquent manque d'information et d'un manque de communication entre professionnels, dont les parents, et notamment les parents pour la première fois, subissent les conséquences. Ainsi, beaucoup de patientes expérimentent un manque d'information et de soutien dans les soins à leur enfant, particulièrement difficile à vivre pour elles lorsqu'il s'agit de leur premier. Le manque de communication entre professionnels y est aussi fréquemment rapporté, avec des conseils souvent différents voire contradictoires, qui perturbent les parents, accentuent la crainte de ne pas bien s'occuper de leur enfant et ainsi ne les aident pas à prendre confiance dans leur nouveau rôle de parents.

Cette réflexion sur le manque d'harmonisation des conseils donnés fait écho à des situations vécues dans différentes maternités où nous avons pu effectivement constater la diversité et souvent l'opposition entre les discours des professionnels dans la manière de s'occuper du nouveau-né, en particulier en matière d'alimentation et de soins.

Il nous apparaît donc important et nécessaire de se pencher sur cette question et travailler à harmoniser nos pratiques au sein d'une même maternité entre professionnels, afin de dispenser aux jeunes parents des informations de qualité et conformes aux recommandations sur les soins à l'enfant, en particulier en matière d'alimentation. Là encore, il serait important de creuser la question afin de dresser un état des lieux et des besoins plus complets, pour définir des axes d'amélioration afin d'y répondre plus efficacement.

### **III. Implications pratiques**

Les résultats de cette étude nous permettent de proposer des pistes de recommandations à destination des sages-femmes dans l'objectif d'une amélioration du vécu de l'accompagnement de l'accouchement.

#### **1. Communication : informer, expliquer**

Proposition n°1 : Pour que la patiente vive mieux l'accompagnement de son accouchement, il est important que la sage-femme en salle de naissance prenne le temps de donner des explications à la patiente sur le déroulé et les données cliniques du travail, sur les propositions d'accompagnement, de guidage ou les interventions médicales, afin de l'aider à s'approprier ce qu'elle vit, ses ressentis, et les propositions de soins.

#### **2. Soutien : guider, rassurer**

Proposition n°2 : Pour que la patiente vive mieux l'accompagnement de son accouchement, il est essentiel que la sage-femme développe sa capacité à guider et à rassurer la patiente, en mettant toutes ses compétences et son savoir-faire tant technique que relationnel à son service, pour lui permettre de se sentir entourée et en sécurité.

#### **3. Écoute et considération : écouter, respecter**

Proposition n°3 : Pour favoriser un bon vécu de la relation de soins par la patiente en travail, il est primordial que la sage-femme se situe dans une attitude d'écoute de ses besoins, de ses ressentis et de ses attentes propres, afin de les prendre en considération avec bienveillance dans son accompagnement et de favoriser autant que possible leur respect.

Ces recommandations visent à favoriser l'établissement d'une relation de confiance entre la patiente et la sage-femme, pour permettre à la patiente de vivre plus sereinement son accouchement.

Pour permettre cette qualité dans la relation, la disponibilité de la sage-femme est nécessaire. La qualité des conditions dans lesquelles elle travaille sont donc aussi à prendre en considération de manière sérieuse afin que les contraintes organisationnelles ne nuisent pas à la qualité de l'accompagnement des patientes.

#### IV. Forces et limites de l'étude

Notre étude comporte des limites.

Notre choix de recourir à un échantillonnage de convenance par souci de faisabilité conduit à un biais de recrutement, par la sélection de sujets intéressés par l'étude.

Comme nous l'imaginions, la taille de notre échantillon ne nous a pas permis d'atteindre la saturation des données. De nouvelles catégories, bien que plus rares, continuaient d'apparaître dans l'analyse de nos derniers entretiens. Une étude complémentaire serait judicieuse pour compléter nos données.

Par ailleurs, dans la phase d'analyse des entretiens, nous avons remarqué des imprécisions qui auraient justifié des relances pour mieux comprendre ce que voulaient signifier les patientes. Leurs pensées auraient ainsi pu être explorées plus en profondeur. Nous avons manqué de temps *a posteriori* pour organiser des entretiens complémentaires. Notre étude a donc un intérêt exploratoire mais mériterait d'être complétée par des recherches plus approfondies.

Malgré nos efforts pour garder un regard le plus neutre possible sur le discours des patientes afin de ne pas en déformer le contenu, nous avons conscience du risque d'interprétation erronée de certaines pensées exprimées par les participantes de notre étude à travers notre propre cadre de pensée. L'absence de triangulation dans l'analyse n'a pas permis de limiter ce biais autant qu'il aurait pu l'être.

Enfin, nous avons choisi de recourir à une méthode inductive thématique s'appuyant sur des entretiens semi-dirigés. Il nous semble qu'il aurait été intéressant d'utiliser une approche phénoménologique interprétative (IPA) appuyée sur des entretiens libres afin de laisser davantage de liberté aux sujets dans l'expression et de se rapprocher encore plus de leurs vécus.

## CONCLUSION

Il a déjà été montré que la qualité de la relation soignant-soigné au moment de l'accouchement joue un rôle essentiel dans le vécu des parturientes. Cependant, ce qui caractérise la qualité de cette relation du point de vue des patientes méritait encore d'être exploré.

Dans ce mémoire, nous avons voulu donner la parole aux femmes qui accouchent dans nos maternités pour tenter de mieux comprendre leur vécu de l'accompagnement par les sages-femmes en salle de naissance. Plus précisément, notre question de recherche était d'identifier, du point de vue des patientes, ce qui participe ou non à un accompagnement de qualité par les sages-femmes au moment de l'accouchement. Notre objectif était d'identifier des facteurs favorisant un bon vécu de l'accompagnement de l'accouchement par les sages-femmes, ceux ayant un effet négatif sur ce vécu et de proposer des pistes de préconisations à destination des sages-femmes pour améliorer la qualité de la relation de soins avec la parturiente.

Grâce à la mise en œuvre d'entretiens semi-dirigés, nous avons identifié des caractéristiques de la relation associées à un bon vécu de l'accompagnement par les sages-femmes à l'accouchement : la qualité de la communication, à travers une information et des explications de qualité ; la qualité du soutien, à travers la compétence dans le guidage et la réassurance ; la qualité de l'écoute et de l'attitude de considération de la patiente dans ses besoins propres.

Nous avons également identifié des caractéristiques relationnelles associées à un vécu négatif dans l'accompagnement : les paroles de jugement, la perception d'un manque de considération dans l'attitude, les gestes ou les paroles, l'expérience d'un manque de présence et de soutien, le manque d'information ou l'incohérence dans l'information reçue.

Nos entretiens nous ont également permis de mettre en évidence un ensemble de facteurs ayant le pouvoir d'influencer la perception d'un accompagnement de qualité par les patientes.

Ces facteurs se situent à la fois du côté de la patiente et du côté de la sage-femme.

Du côté de la patiente, ce sont tous les facteurs influençant ses ressentis, ses besoins, mais aussi sa perception de la sage-femme au moment de l'accouchement : sa personnalité, ses représentations, ses expériences passées, son vécu de la grossesse, les caractéristiques cliniques de son accouchement, notamment en termes de douleur et de rapport au temps, la



confrontation entre ses attentes et son vécu, le contexte et l'environnement dans lesquels se déroule la naissance.

Du côté de la sage-femme, la qualité de l'accompagnement dépend de la perception de ses qualités par la patiente. Elle est aussi influencée par les contraintes organisationnelles et la charge de travail, lui permettant d'être plus ou moins disponible pour la patiente.

La sage-femme a peu de prise sur ces facteurs d'influence. Toutefois, la conscience de ces facteurs l'invite à accorder une attention particulière à adopter une attitude d'écoute pour s'adapter aux besoins singuliers des patientes.

Les résultats de notre travail nous ont ainsi permis de formuler des pistes de préconisations à destination des sages-femmes pour favoriser le bon vécu de l'accompagnement de l'accouchement par les patientes, selon les trois grandes caractéristiques relationnelles bénéfiques identifiées dans le discours des femmes : la qualité de la communication, la qualité du soutien à travers le guidage et la réassurance, et la qualité de l'écoute.

Nos résultats pourraient être utiles aux sages-femmes et à tous les professionnels impliqués dans l'accompagnement des patientes au moment de l'accouchement qui s'intéressent au vécu des patientes et qui ont à cœur de les accompagner avec compétence et humanité dans ce moment unique marqué par la sensibilité et la vulnérabilité.

Il serait intéressant de poursuivre l'exploration du vécu des patientes à plus grande échelle pour compléter nos résultats et approfondir notre compréhension. Il serait également intéressant de consacrer une étude au vécu des patientes de l'accompagnement dans les suites de couches en maternité, au vu du contenu des retours d'expérience spontanés que nous ont livrés les participantes à notre étude, dans une perspective d'amélioration des pratiques.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Nadel D. Transmettre et accueillir la vie... Spirale. 2008;n° 47(3):41–52.
2. Simkin P. Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. Birth. 1991 Dec;18(4):203–10.
3. Simkin P. Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. Birth. 1992 Jun;19(2):64–81.
4. Collectif des associations et des syndicats de sages-femmes, Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. Paris: Ordre des sages-femmes; 2010 Jan.
5. Olza I, Leahy-Warren P, Benyamini Y, Kazmierczak M, Karlsdottir SI, Spyridou A, et al. Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. BMJ Open. 2018 Oct 1;8(10):e020347.
6. Tu enfanteras dans la douleur [Internet]. Arte; 2019 [cited 2020 Jun 3]. Available from: <https://www.arte.tv/fr/videos/081587-000-A/tu-enfanteras-dans-la-douleur/>
7. Menage J. Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures: A consecutive series of 30 cases of PTSD. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 1993 Oct 1;11(4):221–8.
8. Souza KJ de, Rattner D, Gubert MB. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. Rev Saude Publica. 2017 Jul 20;51:69.
9. Reed R, Sharman R, Inglis C. Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. BMC Pregnancy and Childbirth. 2017 Jan 10;17(1):21.
10. Hollander MH, van Hastenberg E, van Dillen J, van Pampus MG, de Miranda E, Stramrood CAI. Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. Arch Womens Ment Health. 2017 Aug;20(4):515–23.
11. Hall H, Fooladi E, Kloester J, Ulnang A, Sinni S, White C, et al. Factors that Promote a Positive Childbearing Experience: A Qualitative Study. J Midwifery Womens Health. 2023 Jan;68(1):44–51.
12. Hill E, Firth A. Positive birth experiences: a systematic review of the lived experience from a birthing person's perspective. 2018 Mar [cited 2023 Aug 9]; Available from: <https://bradscholars.brad.ac.uk/handle/10454/14860>
13. Béranger J, Fortineau J. Étude épistémologique et juridique de la communication médecin-patient. Les Cahiers du numérique. 2014 Jul 25;Vol. 10(2):125–56.
14. Haberey-Knuessi V, Obertelli P. La relation soignant-malade face au risque de la confiance. Sociologies pratiques. 2017 Nov 27;N° 35(2):107–17.
15. Thomas C. L'accompagnement global par les sages-femmes. Démédicaliser la naissance, pour une autre gestion du risque. Anthropologie & Santé Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé. 2017 Nov 17;(15).
16. Quagliariello C. Le temps consacré à la communication médecin-patient. Politiques de communication. 2017;N° 9(2):63–88.
17. O'Brien D, Butler MM, Casey M. The importance of nurturing trusting relationships to embed shared decision-making during pregnancy and childbirth. Midwifery. 2021 Jul;98:102987.
18. Haberey-Knuessi V, Heeb JL, Paula EMD. L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. Recherche en soins infirmiers. 2013;N° 115(4):8–18.
19. Thomas DR. A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data. American Journal of Evaluation. 2006 Jun;27(2):237–46.
20. King J, Brosseau L, Guitard P, Laroche C, Barette JA, Cardinal D, et al. Validation transculturelle de contenu de la version franco-canadienne de l'échelle COREQ. Physiother Can. 2019;71(3):222–30.
21. Leavy E, Cortet M, Huissoud C, Desplanches T, Sormani J, Viaux-Savelon S, et al. Disrespect during childbirth and postpartum mental health: a French cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2023 Apr 12;23(1):241.
22. Comment bâtir une relation de confiance solide avec son client et les autres professionnels de la santé? Isabelle Labrecque, Psychologue en parole - Clinique Réseau Force Santé

- [Internet]. [cited 2023 Jun 26]. Available from:  
<https://cliniquereseauforcesante.com/comment-batir-une-relation-de-confiance-solide-avec-son-client-et-les-autres-professionnels-de-la-sante-isabelle-paradis-psychologue-en-parle/>
23. Bluff R, Holloway I. "They know best": women's perceptions of midwifery care during labour and childbirth. *Midwifery*. 1994 Sep;10(3):157–64.
  24. Nicole Pino. Respecter les besoins des femmes : la clé d'un accouchement respecté [Internet]. *Maternité et dignité*. 2016 [cited 2020 Jun 3]. Available from: [materniteetdignite.wordpress.com](http://materniteetdignite.wordpress.com)
  25. Watkins V, Nagle C, Kent B, Street M, Hutchinson AM. Labouring Together: Women's experiences of "Getting the care that I want and need" in maternity care. *Midwifery*. 2022 Oct;113:103420.
  26. Briex M. Vers un accompagnement plus humain de la grossesse et de l'accouchement. *Spirale*. 2016 Oct 21;N° 79(3):183–93.
  27. Berg M, Lundgren I, Hermansson E, Wahlberg V. Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery*. 1996 Mar 1;12(1):11–5.
  28. Stoll K, Wang JJ, Niles P, Wells L, Vedam S. I felt so much conflict instead of joy: an analysis of open-ended comments from people in British Columbia who declined care recommendations during pregnancy and childbirth. *Reprod Health*. 2021 Apr 15;18(1):79.
  29. Beck V. Le toucher en salle de naissance: un enjeu relationnel.

## ANNEXES

### ANNEXE I : AFFICHE DE PRESENTATION DE L'ETUDE

#### « Vécu des femmes de l'accompagnement de l'accouchement par les sages-femmes »



Bonjour,

Je m'appelle Laetitia Jouy, je suis étudiante sage-femme en dernière année de formation.

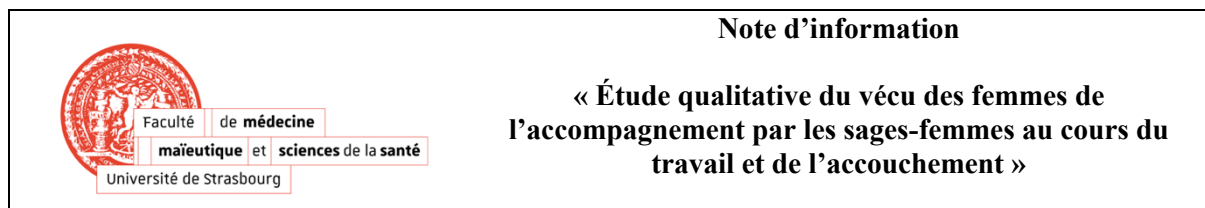
Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je cherche des mamans majeures, dont le dernier accouchement remonte à 1 à 6 mois, qui accepteraient de participer à un entretien (de 30 à 90 minutes) pour me parler de la manière dont elles ont vécu l'accompagnement de leur(s) accouchement(s) par les sages-femmes.

#### Objectifs de l'étude :

- comprendre comment les femmes vivent l'accompagnement par les sages-femmes pendant l'accouchement.
- proposer des préconisations à destination des sages-femmes pour améliorer la qualité de la relation de soins pendant l'accouchement.

Laetitia Jouy

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jouy' with a stylized flourish.



Étude réalisée par Laetitia JOUY, étudiante sage-femme à l'UFR de médecine, maïeutique et sciences de la santé de Strasbourg,

dans le cadre d'un mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de sage-femme,

sous la direction de Madame Mylène BAPST, docteur en psychologie (PSI et SuLiSoM) et psychologue clinicienne

Madame,

Nous vous invitons à participer à une étude réalisée auprès de femmes majeures ayant accouché récemment (entre 1 et 6 mois). L'objectif de l'étude est de comprendre comment les femmes vivent l'accompagnement par les sages-femmes pendant le travail et l'accouchement.

Les résultats de cette recherche devraient aider à proposer des préconisations à destination des sages-femmes pour améliorer la qualité de la relation de soins pendant le travail et l'accouchement.

Votre participation consiste à échanger lors d'un entretien avec Laetitia JOUY, pendant une durée d'environ 30 à 90 minutes. Cet entretien pourra se faire soit en présentiel, dans un lieu choisi ensemble, soit par visioconférence. L'entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone. Cet enregistrement sera immédiatement détruit après sa retranscription.

Les données recueillies seront rendues anonymes. Votre nom et votre prénom seront remplacés par un numéro d'identification. Seules les personnes responsables de l'étude auront accès aux données identifiantes. La table de correspondance rédigée sur un document numérique sera conservée sur un serveur sécurisé des Hôpitaux Universitaire de Strasbourg et sera protégée par un mot de passe.

Les résultats de l'étude prendront la forme d'un mémoire qui pourrait être accessible sur le site internet de l'Université de Strasbourg. Les résultats pourront vous être communiqués sur simple demande à l'adresse suivante : [laetitia.jouy@etu.unistra.fr](mailto:laetitia.jouy@etu.unistra.fr).

Vous êtes entièrement libre de participer ou non à cette étude et vous avez la possibilité de retirer votre consentement à tout moment sans avoir à donner de justification. Si vous souhaitez retirer votre participation au cours de l'étude, les données récoltées lors de votre entretien seront détruites.

Pour participer ou avoir des informations complémentaires, vous pouvez contacter Laetitia JOUY à l'adresse [laetitia.jouy@etu.unistra.fr](mailto:laetitia.jouy@etu.unistra.fr) ou au 07 83 15 14 35.

Vous pouvez également contacter la responsable du projet Mylène BAPST à l'adresse électronique suivante : [mbapst@unistra.fr](mailto:mbapst@unistra.fr). En espérant une réponse positive de votre part, nous vous remercions de l'attention que vous porterez à notre demande.

Laetitia JOUY

## ANNEXE III : CONSENTEMENT DE PARTICIPATION



### Consentement de participation :

Participation à une étude dans le cadre d'un travail de mémoire d'une étudiante sage-femme :

**« Étude qualitative du vécu des femmes de l'accompagnement par les sages-femmes au cours du travail et de l'accouchement »**

### Investigateur de l'étude :

M<sup>me</sup> Laetitia JOUY, étudiante sage-femme

### Responsable scientifique de l'étude :

M<sup>me</sup> Mylène BAPST

Mme : Nom de naissance : ..... Prénom : .....  
Adresse électronique : ..... Tél. : .....

Il m'a été proposé de participer à une étude sur le vécu de l'accompagnement des femmes par les sages-femmes au cours du travail et de l'accouchement. L'investigatrice et étudiante M<sup>me</sup> Laetitia JOUY m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et compris les informations suivantes :

- 1) Je pourrai à tout moment interrompre ma participation si je le désire, sans avoir à me justifier. Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Libertés, je peux exercer mon droit d'accès, de rectification ou de suppression des données me concernant auprès du responsable scientifique de l'étude ou de l'investigateur.
- 2) Je pourrai prendre connaissance des résultats de l'étude dans sa globalité lorsqu'elle sera achevée.
- 3) Les données recueillies demeureront strictement confidentielles.

Compte-tenu des informations qui m'ont été transmises :

J'accepte librement et volontairement de participer à l'étude « Vécu des femmes de l'accompagnement par les sages-femmes au cours du travail et de l'accouchement ».

Cocher les cases appropriées en fonction de votre volonté :

Oui

Non

Date

Signature du participant :

Date

Signature de Laetitia JOUY :

## ANNEXE IV : GUIDE D'ENTRETIEN

Thème	Question principale	Questions complémentaires
Question générale et présentation du sujet	Pourriez-vous vous présenter ?	Combien de fois avez-vous accouché ?
Vécu de la grossesse et de son accompagnement	Pourriez-vous me parler de votre grossesse ?	De quel type d'accompagnement et de préparation avez-vous bénéficié pendant votre grossesse ? Comment avez-vous vécu votre grossesse ? Comment avez-vous vécu l'accompagnement de votre grossesse ? Dans quel état d'esprit et degré de préparation vous sentiez-vous au début du travail/à votre arrivée à la maternité ? Aviez-vous rédigé un projet de naissance ?
Vécu du travail et de l'accouchement	Pourriez-vous me raconter votre travail et votre accouchement ?	Comment vous êtes-vous sentie au cours de votre travail et de votre accouchement ? Pourriez-vous me parler du rapport entretenu avec l'équipe médicale ? De la place de votre conjoint ?  Vous sentiez-vous en sécurité et en confiance ? comment l'expliqueriez-vous ?
Qualités de la sage-femme accompagnante, en particulier relationnelles	Pourriez-vous me parler des sages-femmes qui vous ont accompagnée durant votre travail et votre accouchement ?	Quels souvenirs gardez-vous des sages-femmes qui vous ont accompagnée ? Quelles étaient leurs qualités à vos yeux ? Comment décririez-vous le degré de soutien de la part des sages-femmes dans votre travail et accouchement ? Comment l'avez-vous vécu ?
Communication et rôle vécu dans la prise de décision : autonomie, pouvoir d'action	Pourriez-vous me parler de la communication avec vos sages-femmes pendant le travail et l'accouchement ?	Comment avez-vous vécu les moments d'échange avec vos sages-femmes ? Pourriez-vous me parler de votre degré de participation aux prises de décisions au cours du travail ? Comment l'avez-vous vécu ?
Relation de soins souhaitée	De quoi auriez-vous eu besoin de la part de vos sages-femmes pour améliorer votre expérience du travail et de l'accouchement ?	Comment les échanges auraient-ils pu être différents pour améliorer votre vécu du travail et de l'accouchement ?

ANNEXE V : GRILLE COREQ

<i>Caractéristiques personnelles</i>	
1. Enquêteur/animateur	Laetitia JOUY
2. Titres académiques	Etudiante sage-femme
3. Activité	Etudiante sage-femme en 5 <sup>e</sup> année
4. Genre	Femme
5. Expérience	Pas d'expérience
<i>Relations avec les participants</i>	
6. Relation antérieure	Absence de relation antérieure avec les patientes
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquête	Règles de confidentialité, thème de la recherche et objectifs de l'étude
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Intérêt personnel pour le sujet de l'étude
<i>Cadre théorique</i>	
9. Orientation méthodologique et théorie	Approche inductive thématique
<i>Sélection des participants</i>	
10. Échantillonnage	De convenance et effet boule-de-neige
11. Prise de contact	Affiche relayée par des sages-femmes libérales, puis contact par mail ou téléphone venant des participantes intéressées
12. Taille de l'échantillon	11 participantes
13. Non-participation	0
<i>Contexte</i>	
14. Lieu de la collecte des données	A domicile (domicile des participantes pour 5 d'entre elles, domicile de l'investigatrice pour une), dans un café pour une, et 4 entretiens téléphoniques (pour des raisons d'organisation)
15. Présence de non-participants	Non
16. Description de l'échantillon	Femmes ayant accouché récemment (cf partie résultats)
<i>Recueil des données</i>	
17. Guide d'entretien	Oui, présenté en annexe. A été utilisé pour un



	entretien d'essai au préalable
18. Entretiens répétés	Non
19. Entretiens audio/visuel	Enregistrements audio des entretiens
20. Cahier de terrain	Prises de notes pendant et après les entretiens
21. Durée	entre 15 et 52 minutes, pour une durée moyenne de 33 minutes
22. Seuil de saturation	Non atteint, discuté dans les résultats
23. Retour des retranscriptions	non
<i>Analyse et résultats</i>	
24. Nombre de personnes codant les données	Une seule personne (Laetitia JOUY)
25. Description de l'arbre de codage	Non
26. Détermination des thèmes	Thèmes déterminés à partir de l'analyse des données
27. Logiciel	Logiciel de traitement de texte (Microsoft ® word)
28. Vérification par les participants	non
<i>Rédaction</i>	
29. Citations présentées	Oui, entre guillemets et identifiées entre parenthèse
30. Cohérence des données et des participants	Oui
31. Clarté des thèmes principaux	Oui
32. Clarté des thèmes secondaires	Oui

## RÉSUMÉ :

**Introduction** : Il a été montré que la qualité de la relation soignant-soigné au moment de l'accouchement joue un rôle essentiel dans le vécu des parturientes. Ce qui caractérise la qualité de cette relation du point de vue des patientes méritait encore d'être exploré. L'objectif de notre recherche était d'identifier, du point de vue des patientes, ce qui participe ou non à un accompagnement de qualité par les sages-femmes au moment de l'accouchement.

**Méthodes** : Une étude qualitative exploratoire basée sur l'analyse thématique de contenu a été menée au moyen d'entretiens semi-dirigés auprès de patientes primipares et multipares ayant accouché un à six mois avant l'entretien.

**Résultats** : Onze entretiens ont été menés. Nous avons identifié des caractéristiques de la relation associées à un bon vécu de l'accompagnement par les sages-femmes à l'accouchement : la qualité de la communication, à travers une information et des explications de qualité ; la qualité du soutien, à travers la compétence dans le guidage et la réassurance ; la qualité de l'écoute et de l'attitude de considération de la patiente dans ses besoins propres.

Nous avons aussi identifié des caractéristiques relationnelles associées à un vécu négatif dans l'accompagnement : les paroles de jugement, la perception d'un manque de considération, l'expérience d'un manque de présence et de soutien, le manque d'information et l'incohérence dans l'information reçue.

**Conclusion** : Trois grandes caractéristiques relationnelles bénéfiques ont été identifiées dans le discours des femmes : la qualité de la communication, la qualité du soutien à travers le guidage et la réassurance, et la qualité de l'écoute. Il serait intéressant de poursuivre l'exploration du vécu des patientes à plus grande échelle pour compléter nos résultats et approfondir notre compréhension.

**Mots-clés** : accouchement ; accompagnement ; relation de soins ; sage-femme ; relation de confiance