



HAL
open science

Etude de l'impact de la préparation à la naissance et à la parentalité de type classique sur le sentiment d'autocontrôle des primipares à l'accouchement

Léna Tomé

► To cite this version:

Léna Tomé. Etude de l'impact de la préparation à la naissance et à la parentalité de type classique sur le sentiment d'autocontrôle des primipares à l'accouchement. Médecine humaine et pathologie. 2021. hal-03870530

HAL Id: hal-03870530

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870530>

Submitted on 24 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



**FACULTÉ DE
MÉDECINE / MAÏEUTIQUE /
MÉTIERS DE LA SANTÉ à NANCY**

Département Universitaire de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

TOMÉ Léna

Etude de l'impact de la préparation à la naissance et à la parentalité de type classique sur le sentiment d'autocontrôle des primipares à l'accouchement

Soutenu en 2021

Directeur de mémoire : Mme GALLIOT Laurence

Sage-femme coordinatrice enseignante, Université de Lorraine



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ DE
MÉDECINE / MAÏEUTIQUE /
MÉTIER DE LA SANTÉ à NANCY

Département Universitaire de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

TOMÉ Léna

Etude de l'impact de la préparation à la naissance et à la parentalité de type classique sur le sentiment d'autocontrôle des primipares à l'accouchement

Soutenu en 2021

Directeur de mémoire : Mme GALLIOT Laurence

Sage-femme coordinatrice enseignante, Université de Lorraine

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier ma Directrice de mémoire, Mme Laurence Galliot, pour ses conseils avisés et son soutien bienveillant. Sa réactivité et son sens de la pédagogie m'ont permis de mener ce travail avec plus de sérénité.

Je souhaite également remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique du Département Universitaire de Maïeutique de Nancy, pour leurs enseignements et la transmission de leur expérience avec altruisme et écoute.

Au cours de ces cinq années d'études, la présence de mes amies de promotion, Adeline, Carole, Joanna, Lara, Margot, Mariam, Mathilde m'aura été précieuse. Merci pour votre amitié et tous ces moments de bonheur.

Je remercie bien évidemment mes parents, qui ont toujours su être là. Je sais combien vous avez été patients et je vous dois l'accomplissement de ces nombreuses années d'études. Merci également à ma sœur, Louise, pour notre complicité au quotidien qui représente tout pour moi.

Enfin, je remercie mon copain, Léopold, de m'apporter tout son amour et son soutien avec tant de générosité.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	1
SOMMAIRE.....	2
ARTICLE	3
TABLE DES MATIERES	21
ANNEXES.....	22

ARTICLE

Etude de l'impact de la préparation à la naissance et à la parentalité de type classique sur le sentiment d'autocontrôle des primipares à l'accouchement.

Evaluation of the impact of prenatal education on the primiparous women's feeling of control during childbirth.

Contexte. Un sentiment d'autocontrôle élevé à l'accouchement permet d'améliorer le vécu de cet événement, et semble primordial pour les femmes primipares qui y sont moins bien préparées. La littérature fait état de données discordantes sur l'influence de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) sur le sentiment d'autocontrôle.

Objectifs. Évaluer si la PNP influence de manière significative le sentiment d'autocontrôle des primipares.

Méthodes. Étude quantitative comparative transversale menée à la maternité du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Nancy, auprès de femmes primipares dont la grossesse et l'accouchement étaient physiologiques. Les participantes étaient classées en deux groupes selon leur participation ou non à la PNP. L'auto-questionnaire Labour Agency Scale (LAS) a permis d'évaluer leur sentiment d'autocontrôle. Les scores obtenus par les deux groupes constituaient le critère de jugement principal, et ont été comparés par des tests statistiques de Mann-Whitney.

Résultats. Trente patientes ont été incluses dans l'étude. Le groupe PNP présentait un score total moyen d'autocontrôle supérieur mais cette différence n'était pas significative.

Conclusion. Aucune relation significative n'a été démontrée entre PNP et sentiment d'autocontrôle. Il serait nécessaire de reproduire cette étude sur un échantillon plus important afin de pouvoir l'extrapoler à la population générale.

Background. High feelings of control during labour and childbirth improve women's childbirth experience and needs to be heightened for primiparous women who seem less prepared to it. Studies provide inconsistent data about the effect of prenatal education on control during childbirth.

Objectives. The aim of this study is to explore the relationship between prenatal education classes and feelings of control during labour and childbirth among French first-time pregnant women.

Methods. This was a monocentric quantitative comparative and cross-sectional study. It was carried out at the postpartum unit of the Nancy University hospital in the period from October 2020 to February 2021, among primiparous women with no complications during pregnancy and childbirth. Respondents were divided into two groups: attenders and nonattenders at prenatal education classes. The self-report scale used was the Labour Agency Scale (LAS), designed to measure feelings of control during childbirth. The principal outcome of the study was the total LAS score obtained by the two groups, which were compared by the Mann-Whitney test.

Results. Thirty women were involved in the study. The group exposed to prenatal education reported a higher mean LAS score but this difference was not statistically significant.

Key conclusion. No significant relationships were detected between women's attendance at prenatal classes and feelings of control during labour and childbirth. There is a need in reproducing this study on a larger sample in order to assess significant results and extrapolate it to global population.

Introduction

Le sentiment de contrôle pendant l'accouchement a été décrit comme l'un des sens de la femme « à maîtriser ses forces internes et les forces qui l'entourent », et dont dépendent les conséquences psychologiques du vécu de l'accouchement pour elle (1-3). En effet, plusieurs études ont démontré la relation entre autocontrôle et vécu de l'accouchement (4)(5) ; dans une étude menée par Cheung et al. sur le sentiment d'autocontrôle pendant le travail de femmes primipares chinoises, le sentiment d'autocontrôle est décrit comme le plus important facteur d'une naissance agréable. Conesa Ferrer et al. ont quant à eux analysé la satisfaction maternelle à l'accouchement et ainsi révélé une relation significative entre satisfaction globale et sentiment d'autocontrôle à l'accouchement (6). L'impact du sentiment d'autocontrôle sur le vécu de l'accouchement n'est donc pas à négliger, d'autant plus lorsque l'on connaît les conséquences de ce dernier sur le plan psycho-affectif pour les mères et les nouveau-nés. Selon une étude de 2016 sur le vécu de l'accouchement et le sentiment d'autocontrôle, un fort sentiment d'autocontrôle apparaît notamment comme un facteur favorisant une meilleure qualité des relations

précoces mère-bébé (7). A l'inverse, Denis et al. prouvaient avec leurs recherches sur l'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) après l'accouchement, qu'un sentiment excessif de perte de contrôle des femmes ainsi que d'impuissance renforcent le risque de développer un ESPT en post-partum. Le manque d'informations favorisant l'installation de la symptomatologie traumatique, cette étude avançait qu'un manque de contrôle peut notamment être prévenu par la mise en place de la préparation à la naissance (8).

En 2015, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommandait la préparation à l'accouchement comme un moyen de recours à des « soins qualifiés lors de l'accouchement » (9). Au niveau national, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2005 concernant la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) tendaient à « renforcer l'estime de soi, la capacité de prise de décision et la capacité d'action de la femme ou du couple », y compris pour l'accouchement (10). D'autre part, les bénéfices de la PNP ont été mis en évidence dans de nombreux travaux de recherche. Chabbert & Wendland démontraient dans leur étude de 2016 qu'elle apporte un accompagnement adapté à travers son rôle de prévention (7). D'après Cheung et al., la connaissance de l'accouchement grâce à des informations claires et complètes permet aux femmes de se sentir valorisées (5) ; l'étude de Denis et al. soutient en outre que ces informations leur permettent d'anticiper leur vécu et d'améliorer leur autocontrôle à l'accouchement (8). Dans des recherches menées notamment par Riquet et al. et Kordi et al. sur la peur à l'accouchement, la PNP a de plus été associée au sentiment d'autocontrôle par son impact sur la gestion de l'inconfort à l'accouchement, permettant une réduction de l'anxiété et de la douleur pendant le travail (5,11,12). Aborder ces thèmes pendant la grossesse offre aux futures mères des clés pour améliorer leur autocontrôle à l'accouchement, et ainsi augmenter leurs chances d'en faire une expérience positive (13). En effet, la préparation à la naissance a été citée dans une étude de Taheri et al. comme l'une des solutions les plus efficaces pour créer un vécu positif de l'accouchement (14). Cependant, en parallèle, plusieurs études contredisent ces concepts, Cheung et al. mettant en évidence une relation non significative entre le sentiment d'autocontrôle et la PNP (5). Gagnon et al., étudiant les modalités de participation à la PNP, retrouvaient, tout comme Riquet et al., une relation non significative entre la peur à l'accouchement et la PNP (11,15). Les bénéfices de la PNP sont donc actuellement mal connus et difficiles à évaluer. De plus, plusieurs des études

citées prennent en compte le sentiment d'autocontrôle dans les critères d'évaluation, mais peu étudient spécifiquement la relation entre autocontrôle et participation aux séances de PNP.

Par ailleurs, les travaux de Munkhondya et al. révèlent que les femmes primipares ressentent davantage de peur pour l'accouchement et un besoin plus important de soutien avant et après l'accouchement, si on les compare aux multipares (16). Selon Riquet et al, elles réagissent également davantage aux événements inattendus, notamment lors de l'accouchement (11). Par extension, les multipares voient leur sentiment d'autocontrôle modifié par leur expérience passée de la grossesse et de l'accouchement. Cette étude se base donc sur une population de primipares, pour qui la PNP apparaît particulièrement appropriée, voire fondamentale pour améliorer leur bien-être psychosocial et la manière dont elles vont maîtriser leur accouchement (16). La préparation de type « classique » est le type de préparation à la naissance majoritairement suivi par les participantes de cette étude.

Les soignants ont un rôle majeur à jouer dans la collaboration avec les patientes, afin de trouver des techniques qui permettent d'améliorer le sentiment d'autocontrôle (17). Devant des données peu précises voire discordantes dans la littérature, cette étude cherche ainsi à comprendre les effets de cet outil de l'offre de soin qu'est la PNP, afin d'aider les soignants, notamment les sages-femmes, à améliorer le vécu des femmes primipares lors de leur accouchement. L'objectif principal est ainsi d'évaluer l'impact de la préparation à la naissance et à la parentalité de type « classique » sur le sentiment d'autocontrôle des primipares à l'accouchement. La mise en évidence des composantes de l'autocontrôle sur lesquelles la PNP a le plus d'impact, qu'il soit positif ou négatif, constituera l'objectif secondaire. Cette analyse étudie l'hypothèse d'une influence positive de la participation à des séances de PNP sur le sentiment d'autocontrôle ressenti à l'accouchement.

Méthode

L'étude a eu lieu à la Maternité de type III du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Nancy, entre octobre 2020 et février 2021. Il s'agissait d'une étude quantitative comparative transversale, réalisée à l'aide de questionnaires anonymes distribués à J2 après l'accouchement. Ce moment permettait de faire appel à des

sensations et des souvenirs très récents pour les patientes, sans être faussés par la fatigue et l'émotion des heures suivant l'accouchement ; par ailleurs, le questionnaire Labour Agency Scale (LAS) utilisé a également été distribué à 48h post partum dans d'autres études, notamment par ses auteurs Hodnett & Simmons-Tropea ou encore Denis et al. (4,8). Lors de la distribution du questionnaire, une explication orale sur l'étude était donnée, et une lettre d'information accompagnait le questionnaire et fournissait notamment une adresse mail à contacter dans le cas où les patientes souhaiteraient recevoir le compte-rendu des résultats de l'étude. La participation était basée sur le volontariat et le consentement oral des participantes a été recueilli lors de la remise des documents.

Population

Le recueil des données a eu lieu auprès de patientes primipares majeures maîtrisant suffisamment la langue française pour répondre au questionnaire, dont la grossesse était unique et ayant accouché par voie basse à terme après un travail spontané. L'étude ciblait ainsi une population avec un parcours physiologique, afin de limiter les situations anxiogènes et donc de limiter les biais concernant le sentiment d'autocontrôle. Les critères d'exclusion étaient les suivants : pathologie pendant la grossesse telle qu'un diabète gestationnel mal équilibré ou sous insuline, une prééclampsie ou une crise d'éclampsie, pathologie majeure impactant l'enfant telle qu'une malformation ou une cholestase gravidique, suspicion de macrosomie ou restriction de croissance intra-utérine et extraction instrumentale. L'étude a pris fin lorsque 30 questionnaires complétés ont été recueillis, après avoir écarté deux questionnaires qui avaient été remplis de manière incomplète. Initialement, l'étude prévoyait le recueil de plus du double de questionnaires, cependant ce nombre avait dû être revu à la baisse en raison de l'épidémie de Covid-19, pendant laquelle les visites auprès des patientes en maternité n'étaient plus autorisées.

Concernant l'aspect éthique, le protocole de l'étude a été présenté pour avis réglementaire à la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation du CHRU de Nancy et validé par le Comité Scientifique du Département Universitaire de Maïeutique de Nancy.

Outils

Le recueil des données a été réalisé à travers l'utilisation d'un questionnaire en deux

parties. La première partie permettait de cibler le profil de la participante (Annexe I) : il contenait des informations socio-démographiques, des renseignements sur la participation à des cours de préparation à la naissance, la présence ou non d'un accompagnant à l'accouchement, ainsi que des données obstétricales concernant le temps passé en salle de naissances, l'éventuelle anesthésie et la tolérance des contractions. Cette partie du questionnaire permettait notamment de classer les patientes en deux groupes pour l'étude : celles ayant participé à des séances de préparation à la naissance, et celles n'y ayant pas participé. Les informations supplémentaires étaient notamment recueillies dans le but de vérifier la comparabilité des deux groupes.

Le contrôle perçu a été mesuré par le questionnaire Labour Agency Scale (4,18), qui constituait la deuxième partie du questionnaire (Annexe II). Cette échelle, lorsqu'elle est distribuée en post-partum, mesure le ressenti des patientes concernant l'autocontrôle pendant le travail et l'accouchement. La pertinence de la version française du questionnaire a notamment été démontrée dans les travaux de Cheung et al. et Chabbert & Wendland (5,7,19). Celle-ci est composée de 32 items, que la personne interrogée doit évaluer selon son expérience entre « toujours » et « jamais » (cotant ainsi la réponse sur une échelle de 1 à 6-7) ; le score total obtenu est situé entre 32 et 210 et indique un fort contrôle perçu lorsqu'il est élevé.

Analyse des données

Les données ont été recueillies à partir des questionnaires. Une information a été extraite du partogramme présent dans le dossier médical papier de chaque patiente, celle du temps passé en salle de naissances. Le critère de jugement principal était le score total d'autocontrôle des femmes pendant leur accouchement en fonction de la participation ou non à la préparation à la naissance. Les critères de jugement secondaires étaient le score des modalités du questionnaire LAS pour lesquelles la préparation à la naissance avait le plus d'impact.

Une analyse des données a été réalisée afin de présenter la population étudiée, par le calcul d'un test de χ^2 . Le test non paramétrique U de Mann-Whitney a ensuite permis de comparer les moyennes des scores totaux de la LAS entre les groupes « PNP » et « pas de PNP » afin de répondre à l'objectif principal. Ce même test a été utilisé sur les différents items de la LAS pour l'objectif secondaire, ainsi que pour les modalités de déroulement des séances au sein du groupe « PNP ». Le seuil de significativité retenu

était 0,05. Les scores et données ont été traités à l'aide du logiciel d'analyse statistique SPSS Statistics 27.0.

Résultats

Caractéristiques de la population

Trente patientes ont été incluses dans l'étude. Parmi elles, 22 avaient participé à des séances de PNP et 8 n'y avaient pas participé (soit respectivement 73,3 et 26,7 % de la population étudiée).

Concernant les caractéristiques socio-démographiques, aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les deux groupes. Sur le plan obstétrical, aucune différence significative n'a été relevée concernant le terme à l'accouchement, le travail dirigé ou non, l'accompagnement par un proche à l'accouchement, le temps après lequel les contractions sont devenues insupportables, ni le temps passé en salle de naissances ; en revanche, une analgésie péridurale a été réalisée pour 100 % des femmes qui le souhaitent dans le groupe « PNP », contre seulement 66,7 % dans le groupe « pas de PNP » ($p = 0,007$). Le Tableau 1 présente les données socio-démographiques et obstétricales relevées chez les patientes.

Tableau 1 Caractéristiques de la population (n = 30)

	Pas de PNP n(%) 8 (26,7)	PNP n(%) 22 (73,3)	P
Age (ans)			
18-24	5 (62,5)	5 (22,7)	0,213
25-29	2 (25)	8 (36,4)	
30-34	1 (12,5)	8 (36,4)	
35-39	-	1 (4,5)	
Situation familiale			
En couple	2 (25)	6 (26,3)	0,992
Pacsée	3 (37,5)	8 (36,4)	
Mariée	3 (37,5)	8 (36,4)	
Origine			
Europe	6 (75)	20 (90,9)	0,094
Afrique du Nord	-	2 (9,1)	
Amérique du Sud	1 (12,5)	-	
Asie	1 (12,5)	-	
Niveau d'études			
Brevet des collèges	-	1 (4,5)	0,817
CAP, BEP	2 (25)	2 (9,1)	
Baccalauréat	-	2 (9,1)	
BTS, DUT, licence ou équivalent	2 (25)	6 (27,3)	
Master	3 (37,5)	8 (36,4)	

Docteur, grande école, ingénieur	1 (12,5)	3 (13,6)	
Profession			
Agriculteurs	-	1 (4,5)	
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 (25)	7 (31,8)	
Cadres et professions intellectuelles	3 (37,5)	1 (4,5)	0,275
Professions intermédiaires	1 (12,5)	8 (36,4)	
Ouvriers	2 (25)	3 (13,6)	
Sans emploi/chômage	-	1 (4,5)	
Etudiants	-	1 (4,5)	
Analgésie péridurale			
Non souhaitée	2 (25)	2 (9,1)	0,257
Souhaitée	6 (75)	20 (90,9)	
Non réalisée	2 (33,3)	-	0,007
Réalisée	4 (66,7)	20 (100)	
Efficacité satisfaisante	4 (100)	20 (100)	
Travail dirigé			
Oui	1 (12,5)	3 (13,6)	0,935
Non	7 (87,5)	19 (86,4)	
Accompagnement par un proche à l'accouchement (100%)			
Conjoint/Mari	8 (100)	21 (95,5)	0,54
Mère	-	1 (4,5)	
Temps après lequel les contractions sont devenues insupportables			
Dès le début	1 (12,5)	-	
Après 1h	-	1 (4,5)	
Après 2h	1 (12,5)	-	
Après 3h	-	4 (18,2)	
Après 4h	1 (12,5)	2 (9,1)	
Après 5h	-	3 (13,6)	0,426
Après 6h	1 (12,5)	2 (9,1)	
Après 8h	-	1 (4,5)	
Après 9h	-	1 (4,5)	
Après 12h	-	1 (4,5)	
La dernière heure	4 (50)	7 (31,8)	

	Moyenne ± ET	Moyenne ± ET	
Temps passé en salle de naissances (heures)	5,84 ± 3,68	8,01 ± 3,57	0,202
Terme à l'accouchement (SA)	39,25 ± 1,04	39,55 ± 0,80	0,42

PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité ; n : effectif ; ET : écart-type ; CAP : certificat d'aptitude professionnelle ; BEP : brevet d'études professionnelles ; BTS : brevet de technicien supérieur ; DUT : diplôme universitaire technologique ; SA : semaines d'aménorrhée
Les résultats significatifs apparaissent en gras.

PNP et sentiment d'autocontrôle

De manière générale, le score total de la LAS obtenu révélait un sentiment d'autocontrôle élevé au sein de l'échantillon, puisque les groupes présentaient un score

total moyen de $179,77 \pm 21,79$ pour le groupe « PNP » et $167,5 \pm 17,42$ pour le groupe « pas de PNP » (Tableau 2).

Le groupe ayant participé à des séances de PNP présentait un score total moyen d'autocontrôle supérieur au groupe n'y ayant pas participé, cependant cette différence n'était pas significative.

L'analyse individuelle des différents items de la LAS mettait en évidence un score significativement plus bas dans le groupe « pas de PNP » concernant l'item II.10. à propos d'un nombre trop important d'équipements utilisés en salle de naissance, traduisant donc un sentiment d'autocontrôle plus faible que le groupe « PNP » ($p = 0,031$). De plus, d'après l'analyse de l'item II.13., les patientes du groupe « pas de PNP » considéraient davantage que celles du groupe « PNP » ne pas avoir reçu toutes les informations nécessaires sur l'avancée du travail et de l'accouchement, et présentaient donc un score d'autocontrôle significativement moindre pour cet item ($p = 0,012$). Les autres items de la LAS ne montraient aucune différence significative entre les deux groupes.

Tableau 2 Evaluation des scores du sentiment d'autocontrôle (LAS)

		Pas de PNP (<i>n</i> = 8)	PNP (<i>n</i> = 22)	<i>P</i>
		Moyenne ± ET	Moyenne ± ET	
Score total		167,5 ± 17,42	179,77 ± 21,79	0,087
	Items			
I. Contrôle interne	1. Je me sentais craintive.	3,00 ± 2,00	4,36 ± 1,50	NS
	2. Je ne savais pas à quoi m'attendre d'un moment à l'autre.	3,88 ± 1,36	3,73 ± 2,21	NS
	3. Tout semblait mal tourner.	5,62 ± 0,52	5,73 ± 0,77	NS
	4. Je me sentais impuissante.	4,12 ± 1,36	4,95 ± 1,40	NS
	5. J'ai ressenti beaucoup d'anxiété.	3,00 ± 2,27	4,27 ± 1,93	NS
	6. Je me sentais coincée et comme prise dans un piège.	4,63 ± 1,69	5,27 ± 0,94	NS
	7. J'ai vécu une situation de conflit.	5,38 ± 1,41	6 ± 0,00	NS
	8. J'avais l'impression de perdre tous mes moyens.	4,75 ± 1,58	4,64 ± 1,84	NS
	9. Je me sentais tendue.	3,25 ± 2,12	4 ± 1,72	NS
	10. J'étais tout à fait au courant de tout ce qu'il se passait.	5,75 ± 0,71	5,64 ± 0,73	NS
	11. J'avais le sentiment de contrôler la situation.	3,75 ± 2,25	4,09 ± 1,82	NS
	12. Je me sentais réceptive et dégelée.	4,50 ± 1,51	4,59 ± 1,56	NS
	13. Je me sentais valorisée.	4,25 ± 1,49	4,82 ± 1,84	NS
	14. Je me sentais détendue.	3,75 ± 2,19	3,36 ± 2,11	NS
	15. Je me sentais en sécurité.	4,38 ± 2,39	5,45 ± 1,63	NS
	16. Je me sentais capable de vivre ces moments.	5,13 ± 1,73	4,77 ± 1,60	NS
	17. Je me trouvais bonne durant l'accouchement.	4,38 ± 1,60	4,27 ± 1,86	NS
	18. J'ai vécu un sentiment de réussite.	5 ± 1,77	5,09 ± 1,60	NS
II. Contrôle externe	1. J'ai été satisfaite des soins que j'ai reçus.	4,88 ± 0,35	4,41 ± 1,47	NS
	2. Mes souhaits ont toujours été respectés.	4,38 ± 1,41	4,23 ± 1,54	NS
	3. Je suis heureuse de l'expérience que j'ai vécue.	4,63 ± 0,52	4,09 ± 1,48	NS
	4. Le personnel m'a aidé à vivre mon accouchement comme un moment spécial de ma vie.	4,63 ± 0,74	4,41 ± 1,47	NS
	5. Le médecin ou la sage-femme présent(e) a permis d'améliorer l'expérience que j'ai vécue.	4,75 ± 0,71	4,41 ± 1,47	NS

6. J'ai été satisfaite de la façon avec laquelle on a soulagé la douleur.	3,88 ± 1,46	4,23 ± 1,45	NS
7. Si j'ai une autre grossesse, j'aimerais accoucher avec le même médecin ou la même sage-femme.	4,38 ± 0,92	4,36 ± 1,53	NS
8. J'ai eu des interventions inutiles.	4,38 ± 1,06	5,00 ± 0,00	NS
9. Le personnel m'a traitée comme si j'étais juste « un autre accouchement ».	3,63 ± 1,77	4,77 ± 0,61	NS
10. Il y a eu trop d'équipements utilisés pour surveiller le travail et l'accouchement.	3,38 ± 1,60	4,73 ± 0,88	0,031
11. Il y a eu des moments pendant lesquels personne ne m'a expliqué ce qu'il se passait.	3,88 ± 1,25	4,59 ± 1,10	NS
12. La sortie du bébé a été très inconfortable.	3,13 ± 1,89	4,27 ± 1,16	NS
13. On ne m'a pas donné toutes les informations requises sur la progression du travail et l'accouchement.	3,63 ± 1,69	4,95 ± 0,21	0,012
14. Si j'ai une autre grossesse, j'aimerais accoucher dans un autre hôpital.	4,50 ± 0,76	4,86 ± 0,35	NS

PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité ; n : effectif ; ET : écart-type ; NS : résultats non significatifs

Influence du déroulement des séances de PNP

Les modalités d'organisation des séances ont été évaluées selon la moyenne du score total d'autocontrôle obtenu (Tableau 3). Les patientes présentaient en moyenne un score supérieur pour des séances individuelles plutôt que collectives, en présentiel plutôt qu'en téléconsultation, lorsque des exercices pratiques étaient pratiqués pendant les séances, et lorsqu'elles étaient accompagnées aux séances par l'accompagnant présent à l'accouchement. Cependant, ces différences n'étaient significatives pour aucune des modalités citées.

Par ailleurs, l'ensemble des patientes ayant participé à la PNP a estimé que les séances avaient répondu à leurs attentes.

Tableau 3 Modalités de participation à la PNP ($n = 22$)

	Score total LAS Moyenne \pm ET	<i>P</i>
La PNP a répondu aux attentes		
Oui	179,77 \pm 21,79	
Non	-	
Organisation des séances		
Individuel	181,23 \pm 26,01	0,357
En groupe	177,67 \pm 14,92	
Format des séances		
Présentiel	181,93 \pm 20,54	0,664
Téléconsultation	176 \pm 24,77	
Exercices pratiques réalisés pendant les séances (positions, respiration, etc)		
Oui	182,33 \pm 18,86	0,538
Non	168,25 \pm 33,01	
Présence aux séances de l'accompagnant à l'accouchement		
Oui	181 \pm 25,41	0,628
Non	178,30 \pm 17,72	

PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité ; n : effectif ; ET : écart-type

Discussion

Cette étude a été réalisée afin d'étudier l'hypothèse selon laquelle la PNP aurait un impact positif sur le sentiment d'autocontrôle des primipares pendant le travail et l'accouchement. Bien que les résultats aillent dans ce sens en témoignant d'un score en moyenne supérieur et donc d'un sentiment d'autocontrôle plus élevé chez les femmes ayant suivi des séances de PNP, ce lien n'est pas suffisant d'un point de vue statistique pour valider l'hypothèse avancée. Tout comme cette étude, celle retrouvée dans la littérature menée par Cheung et al. auprès de primipares chinoises concluait également à

l'absence de relation significative entre sentiment d'autocontrôle et PNP (5). Par ailleurs, un parallèle peut être fait avec l'étude de Riquet et al. portant sur l'évaluation de la peur à l'accouchement, qui décrivait de la même manière une absence de différence significative entre les groupes selon la participation à la PNP, malgré des scores de peur inférieurs pour le groupe PNP (11).

L'analyse statistique effectuée sur les caractéristiques socio-démographiques et obstétricales n'ayant pas révélé de différence notable entre les groupes, ces derniers étaient bien comparables et les caractéristiques présentées par les patientes n'ont par conséquent pas influencé les scores retrouvés. Cependant, la prise en charge de la douleur entre les deux groupes était significativement différente : l'ensemble des femmes du groupe « PNP » qui le souhaitaient avaient pu bénéficier de l'analgésie péridurale, contrairement à l'autre groupe. Bien que le score d'autocontrôle ne soit pas significativement inférieur pour le groupe « pas de PNP », cette donnée dévoile une éventuelle influence de la prise en charge de la douleur sur leur ressenti. En effet, les travaux de Hodnett & Simmons-Tropea, Cheung et al., ou encore ceux de Firouzbakht et al. évaluant l'effet de la PNP sur le stress et la douleur, rapportaient la relation négative entre douleur et autocontrôle (4, 5, 13).

Pour répondre aux objectifs secondaires qui étaient de rechercher sur quelles composantes de l'autocontrôle la PNP avait particulièrement un impact, l'étude a apporté des données probantes. Par rapport au groupe « PNP », les femmes n'ayant pas participé aux séances de PNP rapportaient davantage l'utilisation d'un trop grand nombre d'équipements en salle de naissances, affichant un score d'autocontrôle moyen significativement inférieur à ce sujet. De plus, une différence significative entre les deux groupes était observée à propos de la délivrance des informations requises concernant la progression du travail et de l'accouchement : les patientes n'ayant pas assisté aux séances de PNP signalaient en moyenne un score inférieur pour cet item. Ces observations peuvent aisément être mises en corrélation avec l'effet de la PNP qui a notamment pour but d'informer les femmes sur le déroulement général du travail et de l'accouchement, y compris le matériel pouvant être utilisé. Les réponses du groupe « pas de PNP » suggèrent un manque d'information qui aurait pu être en partie apporté pendant la grossesse par le rôle de prévention de la PNP, et ainsi améliorer leur sentiment d'autocontrôle à l'accouchement (7-10, 13, 16, 20).

Les modalités d'organisation des séances de PNP ont été étudiées afin d'observer si certaines manières de délivrer l'information et de faire participer les patientes avaient un

bénéfice supérieur sur le sentiment d'autocontrôle de ces dernières. Aucun lien significatif n'a pu être établi bien que les patientes révèlent par le score obtenu un avantage aux séances en présentiel, individuelles, accompagnées par un proche ou encore pratiques avec des exercices (positions, respiration, etc). Ceci fait tout de même écho aux conclusions de Riquet et al., ainsi qu'à celles de M. Tempier, étudiante sage-femme ayant évalué la satisfaction des femmes qui ont suivi la PNP : leurs études mettent en garde sur le manque de pratique de certains cours ou la difficulté de s'exprimer en groupe (11,20). Munkhondya et al. insistaient également sur l'importance de l'implication de l'accompagnant et d'un sentiment de confiance dans le groupe pour assimiler les informations (16). De plus, tandis que les recherches de Denis et al. et Riquet et al. estiment que la PNP peut provoquer de la peur chez les primipares (8,11), ici toutes les patientes du groupe « PNP » ont estimé au contraire que celle-ci avait répondu à leurs attentes, suggérant plutôt, au vu des scores, une amélioration de leur sentiment d'autocontrôle. En raison du manque de significativité résultant des tests statistiques, il serait intéressant de mener une autre étude à plus grande échelle centrée sur l'analyse du contenu de la PNP, en étudiant l'organisation des séances et le nombre de séances suivies et ainsi établir un schéma de prévention qui permettrait d'augmenter sensiblement le sentiment d'autocontrôle des femmes.

Au-delà des objectifs de l'étude, il paraît important de noter que les patientes interrogées ont, indépendamment des deux groupes, affiché un score total élevé, traduisant un fort sentiment d'autocontrôle général. D'après le point de vue des patientes, ce résultat témoigne de l'efficacité de l'offre de soins et de la qualité de la prise en charge des parturientes dans la maternité où a été réalisée l'étude, qui facilite par la suite un vécu positif de leur accouchement. Cependant, les résultats comportent certaines limites. La taille de l'échantillon interrogé était trop faible pour pouvoir l'extrapoler à la population générale, et, pour, on peut le supposer, révéler suffisamment de résultats significatifs. De plus, le recueil n'a pas permis d'obtenir des effectifs équitables dans les deux groupes, la grande majorité des patientes interrogées ayant suivi des séances de PNP. Notons cependant que force est de constater le point positif de ce déséquilibre d'effectif entre les deux groupes : il met en évidence un fort taux de participation à la PNP au sein de la population de primipares. Concernant ces deux biais, ils devaient être initialement évités par la méthodologie de l'étude qui prévoyait de recueillir au moins 30 questionnaires dans chaque groupe, afin notamment de

pouvoir appliquer des tests statistiques selon la loi normale. Ce nombre a dû être revu à la baisse au vu de la crise sanitaire due à la Covid-19 et des délais de réalisation de l'étude. Ainsi, la validité interne et la puissance statistique de l'étude pourraient être améliorées en la reproduisant sur un échantillon plus important. De plus, celles-ci pourraient également être renforcées en réalisant l'étude dans plusieurs maternités, ce qui limiterait par ailleurs le biais de sélection que comporte cette étude de type monocentrique.

Par ailleurs, la pertinence du questionnaire mérite d'être discutée. Le recours à des auto-questionnaires semble à priori plus à risque de biais, notamment de mémoire, étant donné que le questionnaire était distribué 48h après l'accouchement : les souvenirs pouvaient être faussés par les émotions et le fait que la mère soit accaparée, y compris psychologiquement, par son nouveau-né. Cependant, l'étude de Cheung et al. a démontré que le score d'autocontrôle pouvait être mesuré rétrospectivement, aucune différence significative n'étant mise en évidence entre le travail et les premiers jours du post-partum (5). De plus, l'utilisation d'auto-questionnaires permet d'écarter le biais d'interprétation du chercheur.

Concrètement, les données significatives retrouvées orientent vers un impact positif des informations théoriques délivrées pendant les séances de PNP classique ; cependant aucun impact n'a été retrouvé sur les composantes de l'autocontrôle comme la gestion du stress ou la confiance en soi. La prévention par la théorie semble donc insuffisante pour agir sur le sentiment d'autocontrôle global de ces patientes. Il apparaîtrait intéressant pour les professionnels et notamment les sages-femmes qui proposent les séances, de sortir du modèle classique purement théorique et d'y introduire en plus systématiquement des méthodes de gestion de stress pour toutes les femmes en PNP (12), notamment en incluant des techniques de relaxation adaptées aux besoins de chaque patiente, en s'assurant qu'elles se l'approprient et puissent y faire appel en salle de naissances.

En conclusion, la PNP n'améliore pas le sentiment d'autocontrôle des primipares de manière significative. Les scores d'autocontrôle retrouvés étaient supérieurs, mais une étude menée à plus grande échelle serait nécessaire afin de pouvoir le démontrer scientifiquement. Les femmes primipares étant plus à risque d'anxiété et de stress à l'accouchement, une attention particulière à la gestion du stress et au renforcement de l'estime d'elles-mêmes semblent nécessaires, notamment par les sages-femmes lors des

séances de PNP, afin d'améliorer le vécu de l'accouchement de ces patientes et ainsi leur première expérience de la maternité.

Références

- (1) Gagnon R. La grossesse et l'accouchement à l'ère de la biotechnologie : l'expérience de femmes au Québec [thèse de PhD en sciences humaines appliquées]. Montréal : Université de Montréal ; 2017 [cité le 21 octobre 2019]. 322 p. Disponible sur : https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/19996/Gagnon_Raymond_e_2017_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- (2) Carter SK. Beyond control: body and self in women's childbearing narratives. *Sociol Health Illn.* 2010 ; 32(7): 993-1009.
- (3) Redman BK. Measurement tools in patient education. 2^e édition. New York : Springer Publishing Company ; 2003. Chapitre 53, Labour Agency Scale : a measure of woman's sense of control over the childbirth experience ; p. 276-80.
- (4) Hodnett E, Simmons-Tropea D. The Labour Agency Scale: psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. *Res Nurs Health.* 1987 ; 10(5) : 301-10.
- (5) Cheung W, Ip WY, Chan D. Maternal anxiety and feelings of control during labour: A study of Chinese first-time pregnant women. *Midwifery.* 2007 ; 23(2): 123-30.
- (6) Conesa Ferrer MB, Canteras Jordana M, Ballesteros Meseguer C, Carrillo Garcia C, Martinez Roche ME. Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open.* 2016 ; 6(8): e011362.
- (7) Chabbert M, Wendland J. Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : un impact sur les relations précoces mère-bébé ?. *Rev méd périnat.* 2016 ; 8(4) : 199-207.
- (8) Denis A, Parant O, Callahan S. Post-traumatic stress disorder related to birth: a prospective longitudinal study in a French population. *J Reprod Infant Psychol.* 2011 ; 29(2): 125-35.
- (9) OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive [en ligne]. 2017 [cité le 6 mars 2021]. Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259584/1/9789242549911-fre.pdf?ua=1>
- (10) HAS, Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles : Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) [en ligne]. 2005 [cité le 20 octobre 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
- (11) Riquet S, Henni M, Fremondier P. Evaluation de la peur de l'accouchement chez les femmes enceintes. *Périnatalité.* 2020 ; 12(3): 130-39.

- (12) Kordi M, Bakhshi M, Masoudi S, Esmaily H. Effect of a childbirth Psychoeducation program on the level of fear of childbirth in Primigravid women. *Evid Based Care : quarterly journal of Mashhad School of nursing and midwifery*. 2017 ; 7(3) : 26–34.
- (13) Firouzbakht M, Nikpour M, Salmalian H, Ledari FM, Khafri S. The effect of perinatal education on Iranian mothers' stress and labor pain. *Glob J Health Sci*. 2013 ; 6(1): 61-8.
- (14) Taheri [M](#), Takian [A](#), Taghizadeh [Z](#), Jafari N, Sarafraz [N](#). Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reprod Health*. 2018 ; 15(1) : 73.
- (15) Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 ; 2007(3): CD002869.
- (16) Munkhondya BMJ, Munkhondya TE, Chirwa E, Wang H. Efficacy of companion-integrated childbirth preparation for childbirth fear, self-efficacy, and maternal support in primigravid women in Malawi. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 ; 20(1): 48.
- (17) Fair CD, Morrison TE. The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery*. 2012 ; 28(1): 39-44.
- (18) Labrecque M, Nouwen A, Bergeron M, Rancourt JF. A randomized controlled trial of nonpharmacologic approaches for relief of low back pain during labor. *J Fam Pract*. 1999 ; 48(4): 259-63.
- (19) Chauvin J. Satisfaction maternelle et mode d'accouchement [mémoire de sage-femme]. Paris : Ecole de Sages-Femmes de Baudelocque ; 2010 [cité le 1^{er} octobre 2019]. 53p. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00563944/document>
- (20) Tempier M. Étude de la satisfaction des femmes ayant suivi une Préparation à la Naissance et à la Parentalité « classique » dans une maternité de type 3 en Aquitaine [mémoire de sage-femme]. Bordeaux : Ecole de Sages-Femmes de Bordeaux ; 2016 [cité le 6 mars 2021]. 35p. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01540471/document>

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	1
SOMMAIRE.....	2
ARTICLE	3
TABLE DES MATIERES	21
ANNEXES.....	22

ANNEXES

ANNEXE I

Informations diverses

- 1) Age :
 18 – 24 ans 25 – 39 ans 30-34 ans 35- 39 ans + de 40 ans
- 2) Niveau d'études :
 Diplôme de 3ème cycle universitaire, doctorat, grande école, ingénieur
 Diplôme de 2ème cycle universitaire (Masters)
 Diplôme du 1er cycle universitaire, BTS, DUT, ou équivalent, niveau BAC+2
 Baccalauréat général, technologique, professionnel ou équivalent
 CAP, BEP ou diplôme de même niveau
 Brevet des collèges, BEPC
- 3) Profession :
 Agriculteurs
 Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
 Cadres et professions intellectuelles supérieures
 Professions intermédiaire (instituteurs, techniciens, contremaîtres, administration...)
 Employés
 Ouvriers
 Sans emploi/chômage
 Etudiants
- 4) Situation familiale : Célibataire En couple Pacsée Mariée
- 5) Origine géographique :
 Europe Afrique du Nord Afrique Subsaharienne Amérique du Sud
 Amérique du Nord Asie Océanie
- 6) Avez-vous suivi des séances de préparation à l'accouchement (de type classique) ? Oui Non
- 7) Etiez-vous accompagnée par la personne présente à l'accouchement lors d'une ou plusieurs de ces séances ?
 Oui Non
- 8) Avez-vous fait des exercices de pratique (respiration, positions...) lors de ces séances ? Oui Non
- 9) Ces séances ont eu lieu : A. en présentiel OU en téléconsultation
B. individuellement OU en groupe
- 10) La préparation à la naissance a-t-elle répondu à vos attentes ? Oui Non
- 11) Les contractions sont devenues insupportables :
 Dès leur commencement Au bout d'1 h
 Après 2/3/4/5/6/7/8/9/10/11/12 h (entourez) La dernière heure
- 12) Analgésie péridurale souhaitée : Oui Non
Analgésie péridurale réalisée : Oui Non
Efficacité de l'APD : satisfaisante insuffisante inefficace
- 13) Terme de l'accouchement (en semaines d'aménorrhée révolues) :
 37 SA 38 SA 39 SA 40 SA
- 14) Etiez vous accompagnée à l'accouchement (conjoint, famille...) Oui Non
Si oui, par qui ?

A REMPLIR PAR LA PERSONNE RECUPERANT LE QUESTIONNAIRE :

Temps passé en salle de naissance :h.....

A déterminer en fonction de l'heure à laquelle la patiente est entrée en salle de naissance et l'heure de l'accouchement.

ANNEXE II

QUESTIONNAIRE: THE LABOUR AGENCY SCALE (E. Hodnett).

Section I

Essayez de vous souvenir de ce que vous avez vécu pendant votre travail et votre accouchement.

Pour chaque ligne, *cochez la case correspondant le plus* à ce que vous avez ressenti.

Attention, la légende diffère entre les deux tableaux !

		<i>Presque toujours</i>	<i>Souvent</i>	<i>Un peu plus de la moitié du temps</i>	<i>A peu près la moitié du temps</i>	<i>Un peu moins de la moitié du temps</i>	<i>Quelquefois</i>	<i>Jamais ou presque jamais</i>
1	Je me sentais craintive.	1	2	3	4	5	6	7
2	Je ne savais pas à quoi m'attendre d'un moment à l'autre.	1	2	3	4	5	6	7
3	Tout semblait mal tourner.	1	2	3	4	5	6	7
4	Je me sentais impuissante.	1	2	3	4	5	6	7
5	J'ai ressenti beaucoup d'anxiété.	1	2	3	4	5	6	7
6	Je me sentais coincée et comme prise dans un piège.	1	2	3	4	5	6	7
7	J'ai vécu une situation de conflit.	1	2	3	4	5	6	7
8	J'avais l'impression de perdre tous mes moyens.	1	2	3	4	5	6	7
9	Je me sentais tendue.	1	2	3	4	5	6	7

		<i>Jamais ou presque jamais</i>	<i>Quelques fois</i>	<i>Un peu moins de la moitié du temps</i>	<i>A peu près la moitié du temps</i>	<i>Un peu plus de la moitié du temps</i>	<i>Souvent</i>	<i>Presque toujours</i>
10	J'étais tout à fait au courant de tout ce qu'il se passait.	1	2	3	4	5	6	7
11	J'avais le sentiment de contrôler la situation.	1	2	3	4	5	6	7
12	Je me sentais réceptive et déagée.	1	2	3	4	5	6	7
13	Je me sentais valorisée.	1	2	3	4	5	6	7
14	Je me sentais détendue.	1	2	3	4	5	6	7
15	Je me sentais en sécurité.	1	2	3	4	5	6	7
16	Je me sentais capable de vivre ces moments.	1	2	3	4	5	6	7
17	Je me trouvais bonne durant l'accouchement.	1	2	3	4	5	6	7
18	J'ai vécu un sentiment de réussite.	1	2	3	4	5	6	7

Section II

Pour chacune des questions qui suivent et toujours en vous rappelant votre travail et votre accouchement, *cochez la case qui correspond le plus* à votre avis.

Attention, la légende diffère entre les deux tableaux !

		<i>Tout à fait en désaccord</i>	<i>Plutôt en désaccord</i>	<i>Un peu en désaccord</i>	<i>Un peu d' accord</i>	<i>Plutôt d' accord</i>	<i>Tout à fait d' accord</i>
1	J'ai été satisfaite des soins que j'ai reçus.	1	2	3	4	5	6
2	Mes souhaits ont toujours été respectés.	1	2	3	4	5	6
3	Je suis heureuse de l'expérience que j'ai vécue.	1	2	3	4	5	6
4	Le personnel m'a aidé à vivre mon accouchement comme un moment spécial de ma vie.	1	2	3	4	5	6
5	Le médecin présent a permis d'améliorer l'expérience que j'ai vécue.	1	2	3	4	5	6
6	J'ai été satisfaite de la façon avec laquelle on a soulagé la douleur.	1	2	3	4	5	6
7	Si j'ai une autre grossesse, j'aimerais accoucher avec le même médecin ou la même sage-femme.	1	2	3	4	5	6

		<i>Tout à fait d' accord</i>	<i>Plutôt d' accord</i>	<i>Un peu d' accord</i>	<i>Un peu en désaccord</i>	<i>Plutôt en désaccord</i>	<i>Tout à fait en désaccord</i>
8	J'ai eu des interventions inutiles.	1	2	3	4	5	6
9	Le personnel m'a traitée comme si j'étais juste « un autre accouchement ».	1	2	3	4	5	6
10	Il y a eu trop d'équipements utilisés pour surveiller le travail et l'accouchement.	1	2	3	4	5	6
11	Il y a eu des moments pendant lesquels personne ne m'a expliqué ce qu'il se passait.	1	2	3	4	5	6
12	La sortie du bébé a été très inconfortable.	1	2	3	4	5	6
13	On ne m'a pas donné toutes les informations requises sur la progression du travail et l'accouchement.	1	2	3	4	5	6
14	Si j'ai une autre grossesse, j'aimerais accoucher dans un autre hôpital.	1	2	3	4	5	6

Titre du mémoire

Etude de l'impact de la préparation à la naissance et à la parentalité de type classique sur le sentiment d'autocontrôle des primipares à l'accouchement

Résumé structuré

Contexte : Un sentiment d'autocontrôle élevé à l'accouchement permet d'améliorer le vécu de cet événement, et semble primordial pour les femmes primipares qui y sont moins bien préparées. La littérature fait état de données discordantes sur l'influence de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) sur le sentiment d'autocontrôle. **Objectif :** Cette étude avait donc pour but d'évaluer si la PNP influence de manière significative le sentiment d'autocontrôle des primipares.

Méthode : Cette étude quantitative comparative transversale a été menée à la maternité du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy, auprès de femmes primipares dont la grossesse et l'accouchement étaient physiologiques. Les participantes étaient classées en deux groupes selon leur participation ou non à la PNP. L'auto-questionnaire Labour Agency Scale (LAS) a permis d'évaluer leur sentiment d'autocontrôle, et les scores obtenus par les deux groupes constituaient le critère de jugement principal ; ces scores ont ensuite été comparés par des tests statistiques de Mann-Whitney.

Résultats : Au total, trente patientes ont été incluses dans l'étude. Le groupe « PNP » présentait un score total moyen d'autocontrôle supérieur mais cette différence n'était pas significative.

Conclusion : Aucune relation significative n'a été démontrée entre PNP et sentiment d'autocontrôle. Il serait nécessaire de reproduire cette étude sur un échantillon plus important afin de pouvoir l'extrapoler à la population générale.

Mots clés (3)

Sentiment d'autocontrôle – Préparation à la Naissance et à la Parentalité – Primipares

