



HAL
open science

**Impact du temps passé en salle de naissance sur le
sentiment d'autocontrôle des femmes pendant
l'accouchement : étude réalisée auprès de 30 primipares
à la Maternité du CHRU de Nancy entre octobre 2020
et février 2021**

Sarah Pagni

► **To cite this version:**

Sarah Pagni. Impact du temps passé en salle de naissance sur le sentiment d'autocontrôle des femmes pendant l'accouchement : étude réalisée auprès de 30 primipares à la Maternité du CHRU de Nancy entre octobre 2020 et février 2021. Médecine humaine et pathologie. 2022. hal-04320381

HAL Id: hal-04320381

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04320381v1>

Submitted on 4 Dec 2023

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.



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

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 bibliothèque : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

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

PAGNI Sarah

Impact du temps passé en salle de naissance sur le sentiment d'autocontrôle des femmes pendant l'accouchement.

*Etude réalisée auprès de 30 primipares à la Maternité du CHRU de
Nancy entre octobre 2020 et février 2021.*

Soutenu en 2022

Directeur de mémoire : Mme GALLIOT Laurence

Sage-femme enseignante, Département Universitaire de Maïeutique de Nancy



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

PAGNI Sarah

Impact du temps passé en salle de naissance sur le sentiment d'autocontrôle des femmes pendant l'accouchement.

*Etude réalisée auprès de 30 primipares à la Maternité du CHRU de
Nancy entre octobre 2020 et février 2021.*

Soutenu en 2022

Directeur de mémoire : Mme GALLIOT Laurence

Sage-femme enseignante, Département Universitaire de Maïeutique de Nancy

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je souhaite remercier Laurence Galliot, ma directrice de mémoire, qui a su me guider, me soutenir et m'encourager afin que ce projet de fin d'étude voit le jour.

Je remercie le Docteur Ndiaye pour sa disponibilité et son aide précieuse pour l'analyse statistique de l'étude.

Un énorme merci à mes parents pour leur soutien, leur bienveillance, et surtout pour l'amour qu'il me donne au quotidien. A mon frère, et ma sœur qui m'ont vu grandir, et aider à devenir la personne que je suis aujourd'hui. Un merci à ma filleule Eline et à ma petite Romy pour leurs sourires.

Pour finir, un merci à mes plus proches amies, Flora et Meriem, pour tous ces moments précieux que l'on passe ensemble. Et comment ne pas remercier celle qui m'a accompagné pendant ces cinq années d'études, Jeanne : merci pour ton soutien sans faille et ton amitié.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	1
SOMMAIRE.....	2
LISTE DES ABREVIATIONS	3
ARTICLE	4
ANNEXES.....	23

LISTE DES ABREVIATIONS

APD : Analgésie Péridurale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CU : Contractions Utérines

LAS : Labour Agency Scale

SA : Semaines d'Aménorrhée

SDN : Salle De Naissance

ARTICLE

Etude de l'impact du temps passé en salle de naissance sur le sentiment d'autocontrôle des primipares pendant l'accouchement.

Evaluation of the impact of time spent in the delivery room on the primiparous women's feelings of control during childbirth.

Contexte : Le sentiment d'autocontrôle perçu par les femmes lors de l'accouchement est le plus fort déterminant de la satisfaction des patientes concernant leur accouchement. La salle de naissance est un espace lumineux, bruyant, où l'agitation est souvent présente. Cette ambiance peut être ressentie comme gênante et stressante par les parturientes : une exposition prolongée à cet environnement pourrait impacter leur sentiment d'autocontrôle et donc leur vécu de l'accouchement.

Objectifs : Evaluer l'impact du temps passé en salle de naissance sur le sentiment d'autocontrôle perçu par les primipares pendant l'accouchement.

Méthode : L'étude réalisée pour répondre à cet objectif est une enquête observationnelle quantitative transversale monocentrique qui a été menée à la Maternité du CHRU de Nancy entre octobre 2021 et février 2021. Les patientes interrogées étaient primipares, avaient eu une grossesse et un accouchement physiologiques. Leur sentiment d'autocontrôle était évalué à l'aide d'une échelle validée : la Labour Agency Scale. Les données sociodémographiques et obstétricales étaient recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire. L'analyse statistique a été effectuée à l'aide d'une corrélation de Spearman afin de déterminer la relation entre le temps passé en salle de naissance et le sentiment d'autocontrôle des femmes.

Résultats : Trente patientes ont été incluses dans l'étude. Les résultats obtenus montraient que le sentiment d'autocontrôle des patientes augmentait de manière significative avec le temps passé en salle d'accouchement.

Conclusion : Le temps passé en salle de naissance augmente de manière significative le sentiment d'autocontrôle des femmes pendant l'accouchement. Cependant l'échantillon de l'étude étant trop petit, il serait nécessaire de reproduire cette étude avec un nombre plus important de sujets afin de pouvoir extrapoler ce résultat à la population générale.

Background: The feeling of control perceived by women during childbirth is the strongest determinant of mothers' satisfaction with their delivery. The birthing room is a bright and noisy space. This atmosphere can be disturbing and stressful: prolonged exposure to this environment could impact on their sense of control and therefore their experience of childbirth.

Objectives: The aim of this study is to explore the relationship between time spent in the delivery room and feeling of control during childbirth among French first-time pregnant women.

Method: The study was a monocentric, cross-sectional, quantitative observational survey carried at the Nancy University Maternity between October 2020 and February 2021. The patients interviewed were primiparous women with no complications during pregnancy and childbirth. Their feeling of control was measured by a validated scale: the Labour Agency Scale. Sociodemographic and obstetric data were collected with a self-administered questionnaire. Statistical analysis was carried out using a Spearman correlation to determine the relationship between time spent in the delivery room and women's sense of control.

Results: Thirty women were involved in the study. The results showed that the women's sense of control increased significantly with the time spent in the delivery room.

Key conclusion: Time spent in the birth room significantly increases women's sense of control during childbirth. However, the study sample was too small, so there is a need in reproducing this study on a larger sample to extrapolate this result to global population.

Introduction

La mise au monde d'un enfant est un moment important, unique, et potentiellement stressant dans la vie d'une femme. Aux Etats-Unis, l'accouchement est décrit, par les médias et les femmes elles-mêmes, comme une période pendant laquelle on perd le contrôle de son corps. Ce dernier a été décrit comme « incontrôlable, indiscipliné, capricieux et comme perdant un tas de liquide » durant cette épreuve. Cependant cette perte de contrôle ne se limite pas qu'au corps mais il concerne également les pensées et les émotions ressenties (1).

Le mot « contrôle » possède différentes définitions en fonction du domaine où il est utilisé. En obstétrique cette notion est plus difficile à définir : *Hodnett et Simmons-Tropea* (1987) l'ont défini comme étant « le sentiment de maîtrise de soi et de l'environnement par un choix auto-actualisant, actif, responsable, créatif qui est initié par soi-même »(2). Nous pouvons donc dire qu'il existe deux composantes du contrôle : une interne qui porte sur la capacité des femmes à contrôler leurs émotions et leur douleur, à prendre des décisions concernant leur corps pendant le travail ; et une externe qui porte sur la capacité des femmes à prendre des décisions concernant la naissance de leur enfant, le soutien qu'elles reçoivent, ainsi que le choix ou leur adaptation à l'environnement où elles vont donner la vie (3). Les praticiens, ainsi que les chercheurs, ont reconnu l'importance du contrôle des femmes lors de la mise au monde de leur enfant. En effet, une échelle, la « Labour Agency Scale » a été créée en 1987 par *Hodnett et Simmons-Tropea* pour le mesurer et a été réutilisée dans de nombreuses études. L'analyse de concept menée par *Meyer* (2012) montre que l'autocontrôle peut varier en fonction de différents éléments comme l'absence ou la présence d'information, la sensation de sécurité perçue par les patientes, l'implication des femmes dans la prise de décision, le fonctionnement physique...(4,5).

Il a été démontré, à plusieurs reprises, notamment dans les études effectuées par *Esposito* (1999), *Green & Baston* (2003), *Cheung et al.* (2007), *Christians & Bracke* (2007), *Ford et al.* (2009), *Oweis* (2009), *Elmir et al.* (2010), *Hildingsson et al.* (2010), que le contrôle ressenti à la naissance est le plus fort déterminant de la satisfaction des femmes concernant leur accouchement. Effectivement, un bon sentiment de contrôle permet aux femmes d'avoir une expérience positive de l'accouchement et inversement (4,6). Or, le vécu de l'accouchement peut avoir un impact sur des éléments futurs. En effet, *Chabbert et Wendland* (2016) ont établi un lien entre l'expérience de la naissance et les relations précoces entre la mère et son enfant : un mauvais vécu de la naissance entraîne une diminution de la qualité de la relation entre les deux. L'expérience de la naissance impacte également l'estime et l'image que les femmes ont d'elle-même d'après *Reisz and Jacobvitz* (2015) (7), leurs attentes pour leurs éventuelles futures grossesses mais également leur bien-être physique et psychologique à court et long terme (*Geerts et al., Fair et Morrisson, Haines et al.*). En effet, nous savons qu'une expérience négative de la naissance peut avoir des conséquences plus ou moins graves : elle peut favoriser une

dépression du post-partum et peut aussi être à l'origine d'un syndrome post-traumatique d'après l'étude menée par *Denis et al.* (2011) (7,8). Il est donc important et nécessaire d'évaluer ce sentiment d'autocontrôle et d'identifier tous les facteurs pouvant le modifier afin de pouvoir adapter la prise en charge des patientes et améliorer le vécu de l'accouchement des femmes.

Il a été démontré que l'environnement a un impact sur la santé et le bien être des patients à l'hôpital. Or, la naissance est un moment intense qui peut être affecté par des facteurs environnementaux et psychosociaux externes. Nous savons qu'une atmosphère perçue comme sécurisante et sûre permet la libération d'hormones endogènes chez les parturientes tel que l'ocytocine permettant de réduire les niveaux de stress et de douleur, de favoriser les émotions et les pensées positives mais également les relations mères-enfants (9). Par ailleurs, *Hodnett et Abel* (1989) ont démontré que l'environnement de la naissance peut affecter le sentiment de contrôle de la femme ; leur étude a montré que les primipares ayant accouché à domicile avaient un contrôle plus élevé que les femmes ayant donné naissance à l'hôpital notamment parce qu'elles avaient une liberté dans leurs mouvements et dans leur prise de décision mais également parce que leur environnement n'était pas médicalisé (2,5). Or, la salle de naissance est un espace lumineux, où se trouvent beaucoup d'appareils souvent bruyants, et où l'agitation est souvent présente. Cette ambiance peut être ressentie comme gênante, stressante et trop intense (10). Les patientes se retrouvent confrontées à cet environnement le jour de l'accouchement, et doivent essayer de s'y adapter. Une exposition prolongée à l'environnement de la salle de naissance peut-elle avoir un impact négatif sur le sentiment d'autocontrôle des patientes ? Le contrôle perçu serait-il meilleur lorsque le temps passé en salle de naissance est court ? Quel est l'impact du temps passé en salle de naissance sur le sentiment d'autocontrôle des femmes ?

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la relation entre le temps passé en salle de naissance et le sentiment d'autocontrôle perçu par les femmes pendant l'accouchement. L'objectif secondaire était de définir sur quelles composantes de l'autocontrôle et du vécu de l'accouchement, le temps passé en salle de naissance avait le plus d'impact.

Méthode

Pour répondre à ces objectifs, nous avons réalisé une enquête observationnelle quantitative transversale monocentrique. Notre étude a été effectuée à la maternité du CHRU de Nancy (centre de type 3). Elle s'est déroulée entre octobre 2020 et février 2021. 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.

Population

Les patientes incluses dans l'étude devaient être majeures (≥ 18 ans), volontaires, maîtriser suffisamment la langue française, primipares, avoir une grossesse unique, et avoir eu un accouchement spontané physiologique entre 37 et 41 semaines d'aménorrhée révolues. Les patientes ayant bénéficié d'un travail dirigé pouvaient également être incluses dans l'étude.

Les patientes ayant présenté une pathologie pendant la grossesse telle qu'un diabète gestationnel mal équilibré ou sous insuline, une prééclampsie ou une crise d'éclampsie, une pathologie majeure impactant l'enfant (malformation, cholestase gravidique...) ou chez qui une macrosomie ou une restriction de croissance intra-utérine étaient suspectées, ainsi que celles pour lesquelles une extraction instrumentale a été nécessaire ont été exclues de l'étude.

Déroulement de l'étude

Après une explication orale sur le déroulement et l'objectif de l'étude, et l'obtention du consentement des patientes pour participer, les questionnaires ont été distribués. Ils étaient accompagnés d'une lettre d'information (Annexe I) qui fournissait une adresse électronique afin de nous contacter si les participantes souhaitaient davantage de renseignements ou si elles désiraient se retirer de l'enquête. La procédure de recueil de données était entièrement anonyme.

Nous avons utilisé deux questionnaires pour réaliser notre étude : le premier nous a permis de recueillir des données socio-démographiques sur les patientes (âge, niveau d'étude, profession, situation familiale, origine géographique) ainsi que des données obstétricales (terme de l'accouchement, temps passé en salle de naissance, travail dirigé

ou non, l'éventuelle présence d'une analgésie péridurale, la tolérance des contractions utérines, la participation ou non à des séances de préparation à la naissance, présence ou non d'un accompagnant) (Annexe II). Le contrôle perçu à l'accouchement a été mesuré grâce à la « Labour Agency Scale » : cette échelle a été créée en 1987 (*Hodnett et Simmons-Tropea*) (Annexe III). Elle a été utilisée dans de nombreuses études, et a été distribuée aux patientes à 48 heures de leurs accouchement (8) afin que celles-ci aient un souvenir récent de leur accouchement sans être impactées par les différents sentiments et émotions qui peuvent être présents dans les premières heures suivant la naissance de leur enfant. La version française a été validée dans une étude longitudinale menée par *Denis et al.* au CHU de Toulouse (8). Elle est composée de deux parties : la première permet d'évaluer le contrôle interne perçu et est composée de 18 items notés de 1 à 7 (chaque numéro correspondant à une analyse qualitative allant de « toujours » à « jamais »), la deuxième concerne le contrôle externe perçu et est composée de 14 items notés de 1 à 6 (chaque numéro correspondant à une analyse qualitative allant de « tout à fait d'accord » à « tout à fait en désaccord »). La somme des cotations permet d'obtenir le score d'autocontrôle total qui est situé entre 32 et 210 : un score élevé indique un sentiment d'autocontrôle élevé et inversement.

Critères de jugement

Le critère de jugement principal et secondaire était : le temps passé en salle de naissance en minutes.

Analyse des données

L'analyse statistique des données a été effectuée à partir du logiciel IBM SPSS version 2020. Pour répondre à l'objectif principal de l'étude, une corrélation de Spearman a été effectuée pour déterminer s'il y avait un lien entre le temps passé en salle de naissance et le sentiment d'autocontrôle perçu par les patientes. Pour répondre à l'objectif secondaire, le test non paramétrique de Kruskal Wallis a été utilisé : chaque temps passé en salle de naissance constituait un groupe pour l'analyse des résultats. Le seuil de significativité retenu était $p < 0,05$ avec un intervalle de confiance $> 95\%$.

Résultats

Caractéristiques de la population

Trente patientes ont accepté d'être incluses dans notre étude entre Octobre 2020 et Janvier 2021 inclus. La plupart d'entre elles étaient d'origine caucasienne (86,7%) et avaient un niveau d'étude équivalent ou supérieur au baccalauréat (83,4%). Chaque patiente incluse était en couple, pacsée ou mariée et était accompagnée au moment de l'accouchement. Plus de la moitié d'entre elles ont accouché à 40 semaines d'aménorrhée ou plus tard (56,7%). Pour leur accouchement, 86,7% des patientes souhaitaient une analgésie péridurale, 80% ont pu en bénéficier et ont jugé son efficacité satisfaisante pour soulager leur douleur. Le temps moyen passé en salle de naissance était de 446,6 minutes soit environ 7 heures et 27 minutes. Les tableaux 1 et 2 représentent les données sociodémographiques et obstétricales détaillées.

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de la population (n=30)

	n(%)
Age	
18-25 ans	10 (33,3)
25-30 ans	10 (33,3)
30-35 ans	9 (30,0)
35-40 ans	1 (3,3)
Niveau d'étude	
Brevet des collèges	1 (3,3)
CAP, BEP	4 (13,3)
Baccalauréat	2 (6,7)
BTS, DUT	8 (26,7)
Master	11 (36,7)
Doctorat	4 (13,3)
Profession	
Etudiant	1 (3,3)
Agriculteur	1 (3,3)
Artisan	9 (30,0)
Ouvrier	5 (16,7)
Profession interm.	9 (30,0)
Cadre	4 (13,3)
Sans profession	1 (3,3)
Situation familiale	
En couple	8 (26,7)
Pacsée	11 (36,7)
Mariée	11 (36,7)
Origine géographique	
Europe	26 (86,7)
Afrique du Nord	2 (6,7)
Amérique du Sud	1 (3,3)
Asie	1 (3,3)

Tableau 2 : Caractéristiques obstétricales de la population (n=30)

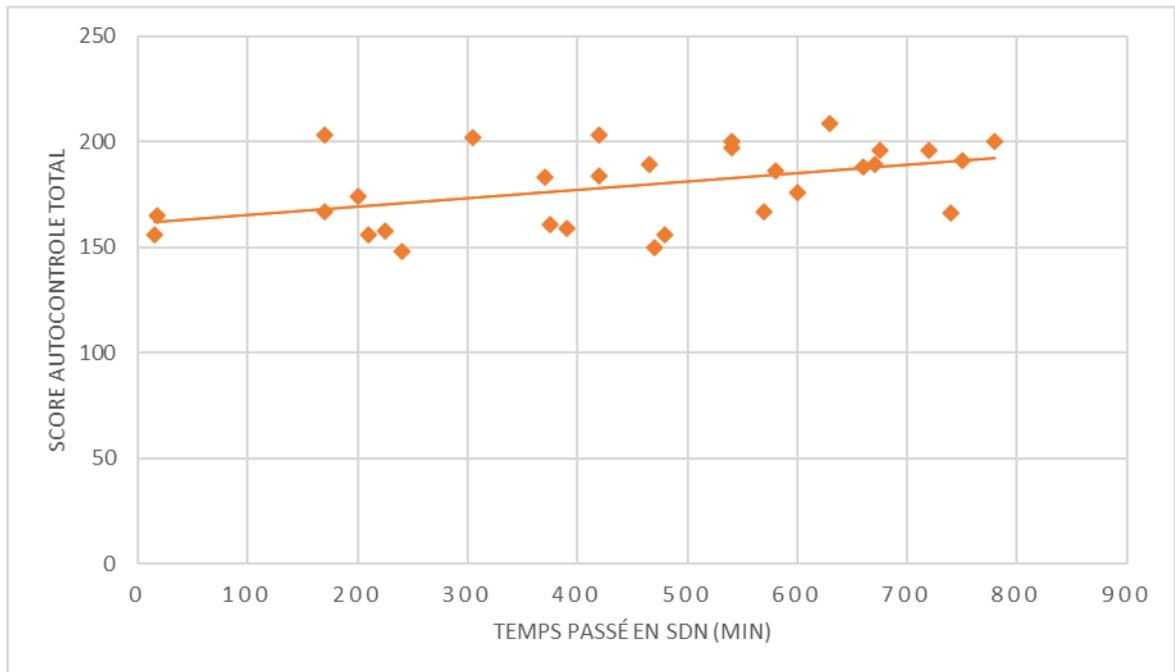
	n(%)
Terme de l'accouchement	
38 SA	5 (16,7)
39 SA	8 (26,7)
40 SA	15 (50,0)
41 SA	2 (6,7)
Accompagnée à l'accouchement	
Oui	30 (100,0)
Non	-
Accompagnée par :	
Conjoint	29 (96,7)
Mère	1 (3,3)
Les CU sont devenues douloureuses :	
Dès leur commencement	1 (3,3)
Au bout d'1 heure	1 (3,3)
Au bout de 2 heures	1 (3,3)
Au bout de 3 heures	4 (13,3)
Au bout de 4 heures	3 (10,0)
Au bout de 5 heures	3 (10,0)
Au bout de 6 heures	3 (10,0)
Au bout de 7 heures	-
Au bout de 8 heures	1 (3,3)
Au bout de 9 heures	1 (3,3)
Au bout de 10 heures	-
Au bout de 11 heures	-
Au bout de 12 heures	1 (3,3)
La dernière heure	11 (36,7)
Travail dirigé	
Oui	4 (13,3)
Non	26 (86,7)
Péridurale souhaitée	
Oui	26 (86,7)
Non	4 (13,3)
Péridurale réalisée	
Oui	24 (80,0)
Non	6 (20,0)
Efficacité de la péridurale	
Satisfaisante	24 (80,0)
Insuffisante	-
Inefficace	-
Non réalisée	6 (20,0)
PNP réalisée	
Oui	22 (73,3)
Non	8 (26,7)

Objectif principal

Les scores d'autocontrôle obtenus allaient de 148 à 209, avec un score moyen de 173,9 ($\sigma = 18,37$). Le test de corrélation de Spearman a révélé une relation positive et statistiquement significative entre le temps passé en salle de naissance et le sentiment d'autocontrôle perçu par les patientes lors de l'accouchement ($r=0,409$, $p=0,02$) (voir figure n°1). Il nous a également permis de démontrer que le contrôle externe perçu augmente avec le temps passé en salle de naissance de manière significative ($r=0,374$,

$p=0,04$). Concernant le contrôle interne ressenti par les parturientes, on peut observer qu'il augmente avec le temps passé en salle de naissance ; cependant le test de Spearman a révélé qu'il n'augmentait pas de manière significative ($r=0,359$, $p=0,052$).

Figure n°1 : Score d'autocontrôle total perçu en fonction du temps passé en salle de naissance



Objectif secondaire

Tableau 3 : Evaluation du temps passé en salle de naissance selon les items évaluant le contrôle interne de la LAS

	1	2	3	4	5	6	7	p-value
	Moy (n)	Moy (n)						
1.Je me sentais craintive	600,00 (1)	332,67 (3)	337,50 (2)	467,50 (4)	568,33 (3)	451,36 (11)	437,50 (6)	0,888
2.Je ne savais pas à quoi m’attendre d’un moment à l’autre	656,67 (3)	94,00 (2)	281,67 (3)	417,50 (4)	15,00 (1)	548,64 (11)	445,83 (6)	0,024
3.Tout semblait mal tourner	-	-	-	470,00 (1)	390,00 (1)	256,25 (4)	479,71 (24)	0,376
4.Je me sentais impuissante	18,00 (1)	-	600,00 (1)	245,00 (4)	210,00 (1)	519,29 (14)	480,00 (9)	0,102
5.J’ai ressenti beaucoup d’anxiété	241,50 (2)	417,50 (4)	-	430,00 (4)	261,67 (3)	524,29 (7)	507,00 (10)	0,402
6.Je me sentais coincée et comme prise dans un piège	-	-	210,00 (1)	323,75 (4)	390,00 (1)	478,89 (9)	479,53 (15)	0,468
7.J’ai vécu une situation de conflit	-	-	240,00 (1)	-	-	210,00 (1)	462,43 (28)	0,363
8.J’avais l’impression de perdre tous mes moyens	-	382,67 (3)	427,50 (2)	535,00 (2)	330,00 (2)	440,00 (5)	466,56 (16)	0,948
9.Je me sentais tendue	740,00 (1)	368,25 (4)	225,00 (2)	535,00 (5)	426,67 (3)	457,50 (10)	441,00 (5)	0,546
10.J’étais tout à fait au courant de ce qu’il se passait	-	-	-	-	316,67 (3)	445,00 (2)	462,32 (25)	0,508
11.J’avais le sentiment de contrôler la situation	600,00 (1)	340,00 (4)	204,00 (2)	185,00 (3)	528,75 (4)	487,50 (6)	543,50 (10)	0,107
12.Je me sentais réceptive et déçagée	-	475,00 (2)	15,00 (1)	205,00 (2)	436,88 (8)	581,00 (5)	468,58 (12)	0,200
13.Je me sentais valorisée	-	475,00 (2)	600,00 (1)	232,50 (2)	236,25 (4)	480,00 (6)	503,87 (17)	0,183
14.Je me sentais détendue	605,00 (2)	314,17 (6)	206,00 (3)	536,67 (3)	456,00 (5)	505,00 (3)	535,00 (8)	0,229
15.Je me sentais en sécurité	240,00 (1)	480,00 (1)	225,00 (1)	15,00 (1)	-	740,00 (1)	467,92 (25)	0,225
16.Je me sentais capable de vivre ces moments	-	202,50 (2)	475,00 (2)	580,00 (1)	415,00 (2)	344,17 (6)	504,00 (17)	0,365
17.Je me trouvais bonne durant l’accouchement	-	280,00 (3)	315,00 (2)	220,00 (3)	522,50 (2)	413,30 (10)	609,00 (10)	0,041
18.J’ai vécu un sentiment de réussite	-	355,00 (2)	-	-	16,50 (2)	423,13 (8)	515,00 (18)	0,067

Tableau 4 : Evaluation du temps passé en salle de naissance selon les items évaluant le contrôle externe de la LAS.

	1	2	3	4	5	6	
	Moy (n)						
1.J'ai été satisfaite des soins que j'ai reçus	570,00 (1)	-	-	-	301,25 (4)	464,92 (25)	0,262
2.Mes souhaits ont toujours été respectés	570,00 (1)	225,00 (1)	-	378,33 (3)	217,50 (2)	479,70 (23)	0,419
3.Je suis heureuse de l'expérience que j'ai vécue	570,00 (1)	-	-	500,00 (2)	264,78 (9)	524,72 (18)	0,031
4.Le personnel m'a aidé à vivre mon accouchement comme un moment spécial de ma vie	375,00 (1)	-	-	301,00 (1)	390,00 (4)	483,00 (24)	0,158
5.Le médecin ou la sage-femme présent(e) m'a permis d'améliorer l'expérience que j'ai vécue	570,00 (1)	-	-	225,00 (1)	336,67 (3)	463,72 (25)	0,475
6.J'ai été satisfaite de la façon avec laquelle la douleur a été soulagée	570,00 (1)	225,00 (1)	-	195,00 (2)	363,50 (8)	516,94 (18)	0,165
7.Si j'ai une autre grossesse j'aimerais accoucher avec le même médecin ou la même sage-femme	570,00 (1)	-	-	207,50 (4)	210,00 (1)	491,17 (24)	0,079
8.J'ai eu des interventions inutiles	-	-	600,00 (1)	-	217,50 (2)	457,89 (27)	0,259
9.Le personnel m'a traité comme si j'étais juste « un autre accouchement »	375,00 (1)	-	-	301,00 (5)	390,00 (1)	483,83 (23)	0,339
10.Il y a eu trop d'équipements utilisés pour surveiller le travail et l'accouchement	-	375,00 (1)	382,50 (4)	225,00 (1)	600,00 (1)	480,00 (23)	0,688
11.Il y a eu des moments pendant lesquels on ne m'a pas expliqué ce qu'il se passait	750,00 (1)	-	300,00 (2)	420,00 (1)	217,00 (6)	516,15 (20)	0,021
12.La sortie du bébé a été inconfortable	-	280,00 (4)	660,00 (2)	375,00 (1)	415,00 (7)	510,00 (16)	0,301
13.On ne m'a pas donné toutes les informations sur la progression du travail et l'accouchement	375,00 (1)	-	-	120,00 (2)	216,67 (3)	505,54 (24)	0,036
14.Si j'ai une autre grossesse, j'aimerais accoucher dans un autre hôpital	-	-	-	15,00 (1)	337,00 (5)	487,42 (24)	0,093

Le test non paramétrique de Kruskal Wallis nous a permis de déterminer qu'il existait une différence significative de temps passé en salle de naissance selon les items de la Labour Agency Scale suivants (voir tableau 3 et tableau 4): « Je ne savais pas à quoi m'attendre d'un moment à l'autre » ($p=0,02$), « Je me trouvais bonne durant l'accouchement » ($p=0,04$), « Je suis heureuse de l'expérience que j'ai vécue » ($p=0,03$), « Il y a eu des moments pendant lesquels on ne m'a pas expliqué ce qu'il se passait » ($p=0,02$), « On ne m'a pas donné toutes les informations sur la progression du travail et l'accouchement » ($p=0,04$).

Autres variables

Le test de Kruskal Wallis n'a mis en évidence aucune relation significative entre le score d'autocontrôle et l'âge ($p=0,36$), le niveau d'étude ($p=0,39$), la profession exercée ($p=0,27$), le statut familial ($p=0,20$), l'origine géographique ($p=0,46$), l'âge gestationnel au moment de la naissance ($p=0,18$), un travail dirigé ($p=0,93$), et le moment où les contractions utérines sont devenues insupportables ($p=0,19$).

Aucune relation statistiquement significative n'a été démontrée entre le sentiment d'autocontrôle et le désir d'avoir une analgésie péridurale ($p=0,25$). Cependant le test de Mann et Whitney a permis de mettre en évidence qu'une analgésie péridurale réalisée permettait d'augmenter le score d'autocontrôle perçu de manière significative ($p=0,03$). De même, une APD jugée efficace par les patientes permettrait d'augmenter le score de la LAS de manière significative ($p=0,03$).

Le temps passé en SDN varie de manière significative en fonction de la profession ($p=0,02$) : il est moins important pour un cadre que pour un ouvrier, un agriculteur et une patiente exerçant une profession intermédiaire. Il varie également en fonction de la direction du travail de manière significative ($p=0,03$), un travail non dirigé dure en effet moins longtemps qu'un travail dirigé.

Discussion

L'objectif principal de cette étude était de déterminer si le temps passé en salle de naissance avait un impact sur le sentiment d'autocontrôle des femmes pendant l'accouchement. Notre hypothèse était que plus le temps passé en salle d'accouchement était long, moins bon était le sentiment d'autocontrôle des parturientes. Les résultats obtenus nous ont montré l'inverse : en effet, le score d'autocontrôle des patientes augmente avec le temps passé en salle de naissance. *Green et Baston (2003)* et *Cheung et*

al. (2007) n'ont trouvé aucune relation statistiquement significative entre le sentiment d'autocontrôle et la durée du travail (2,11). Cependant, le temps de travail et le temps passé en salle de naissance sont deux éléments distincts. Les patientes peuvent arriver à la maternité à des stades d'avancement du travail différents ce qui va avoir un impact sur le temps qu'elles vont passer en salle de naissance. De plus, l'étude menée par *Green et Baston* (2003) n'utilise pas la Labour Agency Scale comme outil de mesure de l'autocontrôle et celle menée par *Cheung et al.* n'avait pas les mêmes critères d'inclusion que dans notre étude. Les résultats de notre recherche ne sont par conséquent pas réellement comparables à ceux retrouver dans la littérature.

Notre recherche a montré que le temps passé en salle d'accouchement a un impact significatif sur la composante externe de l'autocontrôle, c'est-à-dire sur le rapport des patientes avec leur environnement, les informations qui leur sont données et leur relation avec les équipes. En effet, nos résultats montrent qu'un temps plus important passé en salle de naissance augmente de manière significative le contrôle externe des patientes. *Hodnett et Abel* (1989) ont prouvé que l'environnement de la naissance pouvait affecter le sentiment d'autocontrôle des femmes : en effet, un meilleur contrôle a été observé chez les primigestes donnant naissance à domicile par rapport à celles qui accouchaient à l'hôpital (12). Les parturientes décrivaient que cela leur offrait la possibilité de prendre leur propre décision, une liberté de mouvement, et d'éviter les procédures médicales invasives. *Geerts et ses collaborateurs* (2014) déterminent que les femmes choisissant un accouchement à domicile le font pour se sentir davantage autonome et en contrôle sur leur environnement (13). Ces éléments retrouvés dans la littérature montrent l'importance de l'environnement des parturientes lors de la naissance de leur enfant. Un temps plus long passé dans la salle d'accouchement permettrait aux patientes de s'adapter et d'être davantage en contrôle sur l'espace qui les entoure et donc d'avoir un meilleur score d'autocontrôle comme le montrent les résultats de notre étude.

De plus, la composante externe de la Labour Agency Scale intègre la relation des parturientes avec les professionnels de santé. Notre étude a mis en évidence que le contrôle externe augmentait avec le temps passé en salle de naissance. En effet, les relations avec les équipes médicales peuvent être davantage intenses et travaillées lorsque le travail est long : les besoins et les attentes des futures mères peuvent être discutés et l'accompagnement des sage-femmes peut être plus personnalisé. L'importance du soutien des professionnels de santé sur le sentiment d'autocontrôle des femmes a été démontré

par *Hodnett and Osborn* (1989) : en effet ils ont montré que les femmes ayant été accompagnées de manière continue par un seul professionnel de santé avaient perçu un meilleur contrôle (14). L'étude de *Waldenstrom et al.* (1996) a appuyé cette affirmation en écrivant que « le sens du contrôle lors de la naissance venait de l'opportunité de recevoir un soutien significatif des équipes médicales » (2). D'après *Gibbins et Thomson* (2001), la présence et le soutien de la personne accompagnant la parturiente a été décrit comme un élément primordial pour maintenir le sentiment d'autocontrôle lors de l'accouchement mais également pour avoir une expérience positive de la naissance (15). Lors de notre étude, toutes les femmes ont pu être accompagnées lors de la naissance de leur enfant malgré la crise sanitaire liée à la COVID-19 contrairement à l'étude menée par *Cheung et al.* (2007) lors de la période endémique du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) : le score d'autocontrôle moyen de notre étude étant de 173,9 contre seulement 131,5 pour l'étude chinoise (2). D'autres éléments sont évidemment à prendre en compte mais cette différence corrobore l'importance de la présence d'un accompagnant mise en évidence dans la littérature (*Gibbins et Thomson 2001, Somers-Smith 1999, Lavender et al. 1999, Chapam 1991*).

Nous avons constaté des différences significatives de temps passé en salle de naissance sur les réponses aux items « *Il y a eu des moments pendant lesquels on ne m'a pas expliqué ce qu'il se passait* » et « *On ne m'a pas donné toutes les informations sur la progression du travail et l'accouchement* » faisant partie de la composante externe de la Labour Agency Scale. Une moyenne de temps plus longue a pu être observée chez les patientes ayant coché le score le plus haut sur ces items. Or, nous savons que l'information est un besoin primordial pour les parturientes. En effet, *Gibbins et Thomson* ont démontré qu'informer les patientes et les inclure dans les prises de décision sont des éléments déterminants pour que les femmes se sentent en contrôle (15). Les femmes, interrogées lors de leur étude, ont jugé qu'échanger sur les différentes étapes de l'accouchement les avait aidées à clarifier certains aspects du travail. *Namey et Lyerly* (2010), *Tiedje et Price* (2008) corroborent cet avis en précisant que les futures mères ont besoin de savoir à quoi elles s'attendent mais également de sentir qu'elles sont libres de faire des choix éclairés pour la naissance de leur enfant (4). De nombreuses recherches (*Green et al. 1990, Fleissig 1993, Gibbins et Thomson 2001*) confirment que les patientes ont besoin de rester informées sur les événements lors du travail et cela même si une intervention obstétricale est nécessaire car cela impacte leur vécu de l'accouchement (15). Les explications et les

renseignements sur le déroulement du travail peuvent être affinés et davantage complets lorsque le temps passé en salle de naissance est long : ce qui pourrait expliquer les résultats obtenus lors de notre recherche sur ces items de la Labour Agency Scale.

Nous avons également obtenu une différence significative de score sur l’item « *Je ne savais pas à quoi m’attendre d’un moment à l’autre* ». Cependant, pour chaque patiente, l’expérience de l’accouchement était nouvelle puisque chacune d’entre elles était primipare. Lors de la grossesse, certaines ont pu participer à des séances de préparation à la naissance, ce qui a pu leur permettre d’être moins dans l’inconnu et la surprise le jour de l’accouchement et ainsi d’améliorer leur sentiment d’autocontrôle. Cependant, notre étude ainsi que celle menée par *Cheung et al.* (2007) vont à l’encontre de cette hypothèse : en effet les résultats ont montré qu’il n’y avait aucun lien significatif entre la préparation à la naissance et le sentiment d’autocontrôle (2).

L’analyse statistique effectuée n’a montré aucune différence significative du score d’autocontrôle en fonction des données socio-démographiques et obstétricales : cela nous montre que les caractéristiques des patientes n’ont pas influencé le score d’autocontrôle. Dans les données recueillies, le temps passé en salle de naissance est l’un des seuls éléments qui a un impact significatif sur le score de la Labour Agency Scale : cela nous permet de diminuer les biais de confusion.

Le score d’autocontrôle moyen obtenu (173,9) est plutôt élevé : cela met en avant une offre de soin de qualité et une bonne prise en charge des patientes dans la maternité où l’étude a eu lieu, ce qui a permis aux patientes d’avoir un meilleur vécu de la naissance de leur enfant.

Notre étude possède des points faibles et notamment la taille de l’échantillon. La méthodologie initiale de l’étude prévoyait un effectif plus important et notamment supérieur à 30 afin d’effectuer des tests statistiques en suivant la loi normale. Cependant, le nombre de participants a dû être revu à la baisse compte-tenu de la situation sanitaire liée à l’épidémie de COVID-19 et des délais de réalisation de l’étude. De plus, il existe un biais de sélection puisque l’étude a été réalisée dans une seule maternité. Les résultats obtenus ne peuvent donc pas être généralisés à la population générale. Il serait donc nécessaire de la reproduire sur un plus grand échantillon et dans différentes maternités afin de pouvoir extrapoler les résultats à la population et de diminuer le biais de sélection.

Lors de la construction de notre étude, nous avons prévu d'inclure les patientes ayant des grossesses strictement physiologiques et des accouchements ne nécessitant aucune intervention médicale (comme la direction du travail) afin qu'aucune complication ne puisse impacter leur sentiment d'autocontrôle à l'accouchement. Cependant, pour des problèmes de recrutement, sûrement dû au fait que l'étude ait été réalisée dans une maternité de type 3 où la pathologie est prédominante, nous avons revu nos exigences à la baisse afin de pouvoir mener à bien notre recherche. Les critères d'inclusion de l'étude pourraient donc être plus précis afin d'avoir une population davantage homogène et de diminuer les biais de confusion. Nous pourrions n'inclure que les patientes ayant effectué de la préparation à la naissance, les grossesses strictement physiologiques, exclure les travaux dirigés, et n'inclure que les patientes ayant recours à une analgésie péridurale ou inversement. Il pourrait aussi être judicieux de définir une dilatation cervicale lors de l'arrivée en salle de naissance afin que chaque parturiente arrive dans les mêmes conditions à la maternité. Il serait également intéressant de comparer le score d'autocontrôle des patientes entre plusieurs maternités notamment entre une maternité de type 1, où le nombre d'accouchement et la pathologie sont moindres, et une maternité de type 3 afin de voir s'il existe des différences significatives de contrôle entre les parturientes.

Lors de la construction de la méthodologie de l'étude, nous avons pensé à interroger les patientes pendant le travail : cependant, l'étude menée par Cheung et al. a démontré que le score d'autocontrôle pouvait être mesuré à posteriori après l'accouchement et qu'il n'existait aucune différence significative de score entre le travail et les premiers jours du post-partum. Nous avons donc décidé d'interroger les patientes à 48h de l'accouchement afin de réduire le biais de mémoire ainsi que les perdus de vu. Cependant, la fatigue et les émotions peuvent affecter les souvenirs des patientes et donc fausser les réponses obtenues. Par ailleurs, l'utilisation d'auto-questionnaires permet d'écarter le biais d'interprétation du chercheur.

Conclusion

Pour conclure, notre étude a montré que le temps passé en salle de naissance augmentait de manière positive et significative le sentiment d'autocontrôle des primipares pendant l'accouchement. Cependant la taille de l'échantillon interrogé ne permet pas de

généraliser cette affirmation, il est donc nécessaire de la reproduire sur une plus grande population. Nous avons pu également mettre en avant que l'environnement et l'accompagnement des patientes étaient des éléments déterminants sur leur sentiment d'autocontrôle et donc sur leur vécu de l'accouchement. L'effectif des professionnels de santé est donc à adapter afin que chaque parturiente puisse être accompagnée comme il se doit lors de cette étape de leur vie. « Une sage-femme pour une femme » serait l'objectif à atteindre afin de garantir une offre de soin de qualité. Les parturientes recherchent de plus en plus à accoucher dans un environnement moins médicalisé comme le propose les maisons de naissance mises en place en France depuis 2016. Dans certains hôpitaux, on peut également retrouver des « salles natures », moins médicalisée, qui mettent à disposition différents équipements comme des baignoires qui permettent aux patientes de soulager la douleur. Il serait intéressant de développer ces espaces à l'hôpital afin que les parturientes puissent se sentir libres dans leur choix et dans leurs mouvements et ainsi améliorer leur sentiment de contrôle et leur bien-être.

Références

- (1) Carter SK. Beyond control: body and self in women's childbearing narratives. *Sociol Health Illn.* 2010; 32(7): 993-1009.
- (2) Cheung W, Ip W-Y, Chan D. Maternal anxiety and feelings of control during labour: A study of Chinese first-time pregnant women. *Midwifery.* 2007; 23(2): 123-30.
- (3) Cook K, Loomis C. The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences. *J Perinat Educ.* 2012; 21(3): 158-68.
- (4) Meyer S. Control in childbirth: a concept analysis and synthesis. *J Adv Nurs.* 2013; 69(1): 218-28.
- (5) Hodnett ED, Simmons-Tropea DA. The Labour Agency Scale: psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. *Res Nurs Health.* 1987; 10(5): 301-10.
- (6) Chauvin J. Satisfaction maternelle et mode d'accouchement [mémoire de sage-femme]. Paris : Ecole de Sages-Femmes de Baudelocque ; 2010 [cité le 2 juin 2020]. 53p. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00563944/document>
- (7) Kabakian-Khasholian T, Bashour H, El-Nemer A, Kharouf M, Sheikha S, El Lakany N, et al. Women's satisfaction and perception of control in childbirth in three Arab countries. *Reprod Health Matters.* 2017; 25(sup1): 16-26.
- (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) Goldkuhl L, Dellenborg L, Berg M, Wijk H, Nilsson C. The influence and meaning of the birth environment for nulliparous women at a hospital-based labour ward in Sweden: An ethnographic study. *Women Birth.* Sous presse 2021.
- (10) Bounaga H. L'environnement sonore et lumineux en salle de naissance [mémoire de sage-femme]. Lorraine : Ecole de sages-femmes Pierre Morlane ; 2013 [cité le 2 juin 2021]. 73p. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/prive/BUMED_MESF_2013_BOUNAGA_HODA.pdf
- (11) Green JM, Baston HA. Feeling in Control During Labor: Concepts, Correlates, and Consequences. *Birth.* 2003; 30(4): 235-47.
- (12) Hodnett ED. Personal control and the birth environment: comparisons between home and hospital settings. *J. environ. psychol.* 1989; 9(3): 207-16.
- (13) Geerts CC, Klomp T, Lagro-Janssen AL, Twisk JW, van Dillen J, de Jonge A. Birth setting, transfer and maternal sense of control: results from the DELIVER study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014; 14: 27.
- (14) Hodnett ED, Osborn RW. Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. *Res Nurs Health.* 1989; 12(5): 289-97.

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

ANNEXES

ANNEXE I



CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE

POLE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

SERVICE D'OBSTETRIQUE

UNITE D'HOSPITALISATION POSTNATALE

Pr Olivier MOREL
Chef de Pôle

Nancy, Septembre 2020

Dr Catherine Zuily-Lamy
Responsable de l'Unité

Madame,

Mme Christine Macquet
Sage-Femme Coordinatrice en
Maïeutique

Ce courrier vous est présenté suite à votre accouchement au CHRU de Nancy, qui a eu lieu de manière physiologique, sans complications.

Mme Laurence GALLIOT
Sage-Femme Enseignante

En effet, dans le but d'améliorer le vécu de l'accouchement et donc ses conséquences psychologiques, deux étudiantes sages-femmes travaillent sur des projets de mémoire portant sur le sentiment d'autocontrôle pendant l'accouchement.

Nous menons pour cela une étude commune, qui permettra d'évaluer si certains éléments de la prise en charge pendant votre grossesse et votre travail ont un impact sur votre sentiment d'autocontrôle.

Cette étude est menée sous forme d'un autoquestionnaire (composé de deux parties) que vous devez remplir lors de votre séjour en suites de couches. Il sera complété par des données recueillies dans votre dossier médical.

Votre participation est entièrement volontaire et le refus de participer n'a aucune conséquence sur vos actuelles et/ou futures prises en charge avec votre médecin/sage-femme.

Sachez que toutes les données recueillies pour cette étude seront dé-identifiées et votre identité sera ainsi préservée.

Vous pouvez vous opposer à votre participation à cette étude en nous faisant part de votre refus de remplir le questionnaire lorsque celui-ci vous sera remis ; par conséquent, les données de santé disponibles dans votre dossier médical ne seront pas utilisées.

Si vous avez des questions ou souhaitez d'autres informations, n'hésitez pas à nous contacter aux coordonnées suivantes :

Mme GALLIOT Laurence : L.GALLIOT@chru-nancy.fr
Sage-femme Enseignante - Ecole de sages-femmes de Nancy

Vous remerciant de l'intérêt que vous porterez à ce courrier,

Laurence Galliot.

ANNEXE II

Informations diverses

- 1) Age :
 - 18 – 25 ans
 - 25 – 30 ans
 - 30-35 ans
 - 35- 40 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
- 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 semaine d'aménorrhées révolues) :
 - 37 SA
 - 38 SA
 - 39 SA
 - 40 SA
- 14) Etiez vous accompagnée à l'accouchement (conjoint, famille...) Oui Non
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 III

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 mieux* 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</i>	<i>A peu près la moitié du</i>	<i>Un peu moins que la moitié</i>	<i>Quelquefois</i>	<i>Jamais ou presque</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</i>	<i>Quelques fois</i>	<i>Un peu moins que la</i>	<i>A peu près la moitié du</i>	<i>Un peu plus que la moitié</i>	<i>Quelques fois</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 dégaagée.	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 mieux* à votre avis.

Attention, la légende diffère entre les deux tableaux !

		Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Un peu en désaccord	Un peu d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
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

		Tout à fait d'accord	Plutôt en d'accord	Un peu d'accord	Un peu en désaccord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
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

Impact du temps passé en salle de naissance sur le sentiment des femmes pendant l'accouchement. Etude réalisée auprès de 30 primipares à la Maternité du CHRU de Nancy entre octobre 2020 et février 2021.

Résumé structuré

Contexte : Le sentiment d'autocontrôle perçu par les femmes lors de l'accouchement est le plus fort déterminant de la satisfaction des patientes concernant leur accouchement. La salle de naissance est en espace lumineux, bruyant, où l'agitation est souvent présente. Cette ambiance peut être ressentie comme gênante et stressante par les parturientes : une exposition prolongée à cet environnement pourrait impacter leur sentiment d'autocontrôle et donc leur vécu de l'accouchement.

Objectifs : Evaluer l'impact du temps passé en salle de naissance sur le sentiment d'autocontrôle perçu par les femmes pendant l'accouchement.

Méthode : L'étude réalisée pour répondre à cet objectif est une enquête observationnelle quantitative transversale monocentrique qui a été menée à la Maternité du CHRU de Nancy. Les patientes interrogées étaient primipares, avaient eu une grossesse et un accouchement physiologiques. Leur sentiment d'autocontrôle était mesuré à l'aide d'une échelle validée : la Labour Agency Scale. Les données sociodémographiques et obstétricales étaient recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire. L'analyse statistique a été effectuée à l'aide d'une corrélation de Spearman afin de déterminer la relation entre le temps passé en salle de naissance et le temps passé en salle de naissance.

Résultats : Trente patientes ont été incluses dans l'étude. Les résultats obtenus montraient que le sentiment d'autocontrôle des patientes augmentait de manière significative avec le temps passé en salle d'accouchement.

Conclusion : Le temps passé en salle de naissance augmente de manière significative le sentiment d'autocontrôle des femmes pendant l'accouchement. Cependant l'échantillon de l'étude étant trop petit, il serait nécessaire de reproduire cette étude avec un nombre plus important de sujets afin de pouvoir extrapoler ce résultat à la population générale.

Mots clés (3)

Sentiment d'autocontrôle – Temps en salle de naissance – Primipares