



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD – CHARLES MERIEUX

FORMATION SAGE-FEMME – Site de LYON

PROJET DE NAISSANCE :
MODALITES D'ELABORATION ET IMPACT SUR LA SATISFACTION
DES FEMMES DE LEUR ACCOUCHEMENT

Mémoire présenté par Amélie Goyard

Née le 12 avril 1994

En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme

Promotion 2018

PROJET DE NAISSANCE :
MODALITES D'ELABORATION ET IMPACT SUR LA SATISFACTION
DES FEMMES DE LEUR ACCOUCHEMENT

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire, et en particulier :

- A toutes les femmes ayant accepté de répondre à mon questionnaire
- Aux sages-femmes du centre hospitalier de Givors et celui de Firminy, sans qui, mon étude n'aurait jamais pu être réalisée
- A Madame Isabelle BONNIN, directrice de l'école de sage-femme de Lyon, pour son aide lors de la rédaction et la relecture de ce mémoire, ainsi que sa présence lors de ces quatre dernières années
- A Madame Florence OSANNA, expert de ce mémoire, pour son aide et son implication dans la réalisation de ce mémoire, et pour le temps qu'elle y a consacré
- A Monsieur Pierre-Yves STEUNOU, pour son aide précieuse dans la réalisation de statistiques

Je tiens particulièrement à remercier ma famille pour leur encouragement et leur soutien infaillibles durant toutes ces années, et de m'avoir aidé à devenir ce que je suis aujourd'hui.

Je remercie également Gwen, mon copain, qui m'a soutenu et supporté durant ces années riches en émotions.

Je remercie mes amis de promotion pour ces années passées à leur côté, et tout particulièrement : Marion, Perrine, Solène, Sixtine, Mégane, Alexandra, Céline, Elsa, Julie et Coralie, pour leur soutien sans faille et ces bons moments passés à leur côté.

Enfin, je remercie toute l'équipe des sages-femmes enseignantes, pour avoir contribué à ma formation.

GLOSSAIRE

AFAR : Alliance Francophone de l'Accouchement Respecté

CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EPOPé : Equipe de recherche en épidémiologie obstétricale périnatale et pédiatrique

EPPi : Entretien prénatal précoce individuel

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDN : Projet de naissance

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

UNAF : Union Nationale des Associations Familiales

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. PROBLEMATIQUE	2
1.1 Le projet de naissance (PDN)	2
1.1.1 Qu'est-ce que le projet de naissance ?	2
1.1.2 Droits des patients.....	3
1.1.3 Les représentants des usagers	4
1.1.4 Que contiennent ces projets de naissance ?.....	5
1.1.5 Préparation à la naissance et à la parentalité, et entretien prénatal précoce	7
1.2 L'aspect psychologique	8
1.3 La satisfaction	10
1.3.1 Qu'est-ce que la satisfaction ?	10
1.3.2 Pourquoi s'interroger sur la satisfaction des patients ?.....	10
1.3.3 Etudes menées sur la satisfaction des femmes de leur accouchement	11
1.4 Contexte et problématique	13
1.4.1 Contexte	13
1.4.2 Problématique	13
2. ETUDE	15
2.1 Méthodologie	15
2.1.1 Objectifs de l'étude	15
2.1.2 Hypothèses de recherche	15
2.1.3 Type et lieux de l'étude	15
2.1.4 Population étudiée	16
2.1.5 Procédures et déroulement de la recherche	16
2.1.6 Critères de jugement et de mesure.....	18
2.2 Présentation et analyse des résultats de l'étude	18
2.2.1 Caractéristiques de la population (n=52)	18
2.2.2 Caractéristiques du suivi des grossesses de la population étudiée	20
2.2.3 Les maternités interrogées.....	21
2.2.4 Caractéristiques du projet de naissance	21
2.2.5 Retour sur le projet de naissance en suites de couche.....	26
2.2.6 Le questionnaire SSO.....	32

3. ANALYSE ET DISCUSSION.....	33
3.1 Ce que montre notre étude	33
3.1.1 Objectif principal : connaitre les caractéristiques de l'élaboration d'un projet de naissance.....	33
3.1.2 Objectifs secondaires	36
3.2 Discussion de nos résultats avec la littérature	41
3.3 Limites et forces de l'étude	42
3.3.1 Les points forts de l'étude	42
3.3.2 Les biais et les limites de l'étude	42
3.4 Pistes d'amélioration et projets d'action	43
CONCLUSION	45
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	47
ANNEXE	

INTRODUCTION

Récemment, l'enquête périnatale de 2016 (1), a montré qu'environ 22,8% des femmes avaient des souhaits pour leur accouchement. Parmi elles, seulement 3,7% avaient rédigé un projet de naissance (PDN), et 17,2% ont exprimés leurs souhaits à l'arrivée à la maternité. Cependant, de nombreux textes de lois et recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), prônent l'élaboration d'un projet de naissance par les femmes enceintes.

Le projet de naissance provient d'une réflexion personnelle menée par ces femmes au cours de la grossesse. Celle-ci va influencer la perception qu'aura la femme de son accouchement, et ainsi, son état de santé et celle de sa famille. Elle doit se faire à l'aide d'échanges d'informations éclairées avec les professionnels de santé qui suivent la grossesse, et lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Ainsi, le PDN regroupe le principe primordial du « consentement libre et éclairé » stipulé dans la Loi Kouchner du 4 mars 2002 (2). Il est un véritable outil, personnel et unique, rédigé ou non, pouvant évoluer à tout instant, permettant aux femmes de se projeter dans l'avenir.

Par ailleurs, ces femmes « actrices » de leur accouchement demandent le dialogue avec les professionnels de santé et le respect de leurs souhaits dans la mesure du possible. Le projet de naissance « vise une meilleure compréhension et une satisfaction partagée entre soignants et parents. » (3). Ainsi, évaluer la satisfaction de ces femmes de leur accouchement est un indicateur de la qualité des soins.

Dans ce mémoire, afin d'améliorer la prise en charge des femmes qui choisissent d'élaborer un projet de naissance, nous allons tout d'abord étudier comment et pourquoi ces femmes en élaborent. Puis, au vu de mieux répondre à leurs attentes et d'améliorer nos pratiques, nous allons demander à ces femmes de partager avec nous leurs souhaits présents dans leur projet de naissance. De plus, l'accouchement ayant eu lieu, nous allons leur demander de nous exposer les souhaits non réalisés en salle d'accouchement et de nous communiquer les explications qu'elles ont reçu. Pour finir, nous allons évaluer la satisfaction de ces femmes de leur accouchement.

1. PROBLEMATIQUE

1.1 Le projet de naissance (PDN)

1.1.1 Qu'est-ce que le projet de naissance ?

Le projet de naissance est une notion récente en France. Il est difficile d'en trouver une définition unique. Néanmoins les idées essentielles présentes dans les diverses définitions se rejoignent.

La Haute Autorité de santé (HAS) dans les recommandations professionnelles de mai 2016 concernant le « *Suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiés* » (3), dit : « *un projet de naissance est l'énoncé des souhaits des parents quant au déroulement de la grossesse et à la naissance de leur enfant. Il inclut l'organisation des soins, le suivi médical, la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce au domicile et les recours en cas de difficultés. Il peut être formalisé par un document écrit rédigé par les parents.* » (3)

Sophie Gamelin-Lavoie, auteur et consultante périnatale, propose une autre définition où le projet de naissance permettrait aux futurs parents de « *réfléchir* » et de « *se projeter* » dans ce futur accouchement et dans « *l'accueil* » de leur bébé. Cet outil leur permettrait alors de mener une réflexion sur ce qu'ils souhaitent et « *d'exprimer leurs désirs* » à l'équipe soignante. Ainsi, ils seraient davantage « *acteurs* », en collaboration avec l'équipe, avec des souhaits qui peuvent « *évoluer dans le temps* ». Ce projet de naissance peut être « *oral ou écrit* ». (4)

Par ces différentes définitions, nous pouvons faire ressortir que le projet de naissance est une véritable réflexion, menée par la femme ou le couple, sur les souhaits concernant la grossesse, l'accouchement ainsi que les suites de couche. Il est donc unique et personnel. Il peut être écrit ou oral et évoluer à chaque instant.

Il est également important de préciser que le projet de naissance ne concerne pas uniquement les accouchements dits « *physiologiques* ». (5)

Cet outil permet d'ouvrir le dialogue entre patient et professionnels de santé, autour de la naissance, pour offrir dans la sécurité et le respect une naissance unique. Ils veulent vivre « leur » accouchement. Ainsi, le projet de naissance est l'expression de leur volonté et montre l'autonomie de la patiente.

Enfin, ce document n'a pas de valeur légale mais ses intentions et ses idées sont retrouvées dans de nombreux textes de lois.

1.1.2 Droits des patients

En France, le projet de naissance fait l'objet de débat depuis la mise en place de la loi dite « Kouchner » du 4 mars 2002, dans le Code de la santé publique. Cette loi marque un tournant important. Elle permet l'implication des patients dans les choix décisionnels concernant les soins.

L'article L.111-4 du Code de la santé publique parle du « consentement libre et éclairé » : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* » (2). Nous pouvons retrouver ces mêmes principes dans la charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006 (6).

Le Ministre de la Santé et de la Protection sociale, Philippe Douste-Blazy, réévalue la « *mission périnatalité* » de Jean-François Mattéi de septembre 2003. Il intitule la nouvelle version le « *Plan périnatalité 2005 – 2007* » (7) en novembre 2004. Dans ce document il précise : « *Un entretien individuel et/ou en couple sera systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes, aux futurs parents, au cours du 4^{ème} mois [...]. Cet entretien aura pour objectif de favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins, de leur projet, de leur donner les informations utiles* » (7).

Ainsi, la Haute Autorité de Santé (HAS), va publier des recommandations pour les professionnels de santé. Tout d'abord en avril 2005 sous le titre « *Comment mieux informer*

les femmes enceintes ? » (8) : « L'information a pour objectifs de favoriser la participation active de la femme enceinte et de lui permettre de prendre, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé [...]. Pour les professionnels de santé, la grossesse représente une opportunité d'ouvrir un dialogue avec les futurs parents afin : de discuter du projet de suivi de grossesse et de naissance, élaboré par le couple, et dans lequel s'inscrivent les actions des professionnels de santé. » (8)

Puis en mai 2016, « *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées* » (3) : « *Le projet de naissance nécessite un bon échange d'informations et s'élabore dans le dialogue avec la sage-femme ou le médecin [...]. Il vise une meilleure compréhension et une satisfaction partagée entre soignants et parents* » (3).

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) publie également en 2008 (9) qu'il est primordial que la femme « *perçoive qu'elle est partie prenante dans la totalité des décisions* » tout au long de sa grossesse. Il parle d'une « *vraie relation de confiance* » entre la femme et l'équipe médicale. « *Le corps médical propose, et la femme dispose toujours sauf dans l'urgence* », ce qui permet d'aboutir ensemble à « *la meilleure conduite à tenir* » pour cette patiente en particulier. (9)

Le projet de naissance regroupe les principes vus précédemment dans les textes de lois. En effet, pour que la femme envisage une réflexion éclairée, il faut que les professionnels de santé lui apportent toutes les informations nécessaires pour lui permettre de prendre ses propres décisions : c'est le principe du consentement libre et éclairé.

1.1.3 Les représentants des usagers

Le projet de naissance est un outil soutenu notamment par les représentants des usagers, dont trois principalement : l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF), le Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) et l'Alliance francophone pour l'accouchement respecté (AFAR).

L'UNAF est « *l'Institution nationale chargée par la loi de promouvoir, défendre et représenter officiellement auprès des pouvoirs publics les intérêts de l'ensemble des familles*

vivant sur le territoire français » (10), créée en 1945. Pour cela, elle effectue régulièrement des enquêtes thématiques pour montrer la réalité vécue par les familles.

Notamment, l'UNAF a mené une enquête de périnatalité : « *Regards des femmes sur leur maternité* » (11), publiée en 2010, en association avec le CIANE. Chacune est membre de l'instance d'évaluation du plan de périnatalité 2005 – 2007.

Le CIANE est « *un collectif constitué d'associations françaises concernées par les questions relatives à la grossesse, à la naissance et aux premiers jours de la vie. Il est agréé pour la représentation des usagers dans le système de santé* » (12), créé lors des premiers Etats Généraux de la Naissance en 2003.

Il a pour « *ambition de faire mieux entendre les attentes, les demandes et les droits des femmes et des couples et d'améliorer les conditions de la naissance dans notre pays* ». (12)

Le CIANE repose sur les droits des usagers à l'information et au consentement éclairés. Cette notion est ainsi stipulée dans leur charte (13).

L'AFAR est une association d'usagers de la périnatalité, créée en mai 2003 et révisée en juillet 2011 (14). Elle se base également sur le principe de l'information et du choix éclairés du patient, en mettant à disposition des parents les informations utiles. De plus, elle permet de faire respecter les droits des patients en tant que « *médiateur* » (14) entre professionnels de santé et parents. Si nécessaire, les parents peuvent faire appel à un avocat affilié à l'association.

1.1.4 Que contiennent ces projets de naissance ?

L'enquête nationale périnatale de 2016 réalisée par l'INSERM et la DRESS, avec la participation des services départementaux de Protection maternelle et infantile (PMI) et des réseaux de santé en périnatalité, publiée en octobre 2017, s'intitule : « *Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010* ». (1)

L'enquête fait ressortir que :

- 3,7% des femmes seulement avaient choisi de rédiger un projet de naissance
- 17,2% ont exprimées des demandes à l'arrivée à la maternité
- 1,9% avaient des souhaits mais ne les ont pas exprimées

- 77,9% n'avaient pas de demande particulière

Le pourcentage de femme ayant des souhaits pour leur accouchement est donc d'environ 22,8%. Les professionnels de santé autour de la naissance sont donc concernés directement par les demandes des parents.

Les souhaits majoritairement présents dans les projets de naissance ont été étudiés notamment par deux enquêtes de périnatalité :

- « *Respect des souhaits et vécus de l'accouchement* » (15), d'août 2012, publiée par le CIANE.
- « *Regard de femmes sur leur maternité* » (11), de 2010, publiée par l'UNAF.

De ces enquêtes, il ressort que les principales attentes présentes dans les projets de naissance sont :

- Un accompagnement personnalisé de la douleur (expression de la volonté d'avoir ou non une péridurale, possibilité de choisir le moment et le dosage de la péridurale)
- Liberté de mouvement (choix de position, possibilité de déambuler)
- Avoir un environnement agréable (musique, lumière tamisée...)
- Choix de la position d'accouchement (sur le côté, debout, assise...)
- Demande de la présence du père lors de l'accouchement y compris en cas de césarienne
- Refus de l'épisiotomie en dehors d'une nécessité médicale sérieuse
- Pouvoir sortir soi-même son enfant
- Laisser battre le cordon avant de le couper
- Que le père puisse couper le cordon ombilical
- Avoir le bébé immédiatement en « peau à peau »
- Garder le bébé le plus longtemps possible après l'accouchement
- Professionnels à l'écoute
- Pouvoir accoucher le plus « naturellement » possible

Au vu de ces résultats, les attentes exprimées par les femmes ne sont pas « irréalisables ». La plupart sont mêmes proposées naturellement par les professionnels de

santé (par exemples la présence du père au moment de l'accouchement, ou bien que le père puisse couper le cordon ombilical...).

Par conséquent, les sages-femmes ont le devoir d'informer les femmes sur la grossesse et l'accouchement ainsi que les diverses méthodes qui existent. Les professionnels de santé doivent accompagner ces femmes lors de l'élaboration de leur projet de naissance et leur apporter toutes les connaissances et leur soutien.

Ce dialogue doit donc se faire en amont, pendant la grossesse, notamment au cours des séances de préparations à la naissance et à la parentalité (PNP), l'entretien prénatal précoce (EPPI) et les diverses consultations prénatales.

1.1.5 Préparation à la naissance et à la parentalité, et entretien prénatal précoce

Nous avons vu précédemment que le « dialogue » est l'élément central dans la prise en charge. Afin de le favoriser, parallèlement au suivi médical, la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) a été mise en place. Celle-ci s'adresse à toutes les femmes enceintes et est composée de huit séances dont la première est un entretien individuel prénatal précoce (EPPI) du premier trimestre (dit « du 4^{ème} mois »).

D'après l'enquête périnatale de 2016 (1), en France, 28,5% des femmes enceintes ont réalisé un EPPI et 52,6% ont effectué une PNP lors de leur grossesse.

Dans les recommandations de l'HAS intitulée « *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)* » (16) de novembre 2005, sont mentionnés les objectifs de la PNP. Un des objectifs présents est : « *Exprimer ses besoins, ses connaissances, ses projets, en particulier son projet de naissance, son projet familial, professionnel, ses attentes, ses émotions, ses préoccupations, ses besoins d'information et d'apprentissage* » (16). Mais également recevoir les informations nécessaires à la prise de décision éclairée.

Des objectifs de l'EPPI y sont également mentionnés tel que : « *conforter le couple dans son projet de grossesse et de naissance : choix des modalités d'accouchement, possibilités d'accompagnement pendant la grossesse et après la naissance* » (16). C'est un moment d'écoute et d'échanges d'informations qui permet de créer un climat de confiance. Il amène également le couple à se projeter dans la grossesse et l'accouchement, afin de collaborer à

l'élaboration d'un projet de naissance et de répondre aux questions spécifiques du couple. Il permet de « *faire le point sur le projet de naissance* » et de « *conforter le couple* » dans celui-ci. (16)

Ainsi, par ces différents textes et études, nous avons pu constater que le projet de naissance est un outil soutenu par plusieurs acteurs et inscrits dans différents textes prévus à cet effet. C'est donc un véritable « outil » qu'il faut encourager et proposer à toutes les parturientes.

Le dialogue entre la patiente et les professionnels de santé qui la suivent est essentiel. Il est de notre devoir en tant que sage-femme, d'apporter à ces femmes notre savoir sur la grossesse et l'accouchement, afin de les accompagner, de les guider, de les épauler dans cette grossesse. Nous devons les amener à réfléchir et à valoriser leur place centrale d'actrices autour de cette future naissance. Pour cela, la PNP est un élément clé dans la prise en charge.

Il paraît donc nécessaire de se pencher sur l'aspect psychologique au sujet de la grossesse et de l'accouchement.

1.2 L'aspect psychologique

Madame BRYON, psychologue, cite « *Le premier temps de la grossesse permet la construction d'un nid psychique où l'enfant grandit en étant idéalisé* ». Toutes les femmes qui accouchent ont imaginé leur accouchement comme elles ont idéalisé leur enfant pendant leur grossesse.

La grossesse est composée de la grossesse clinique et de la grossesse psychique. La grossesse clinique correspond à l'utérus qui grandit, à la place que prend le « bébé » dans le ventre, le fait que le ventre grossit au fur et à mesure. Par ailleurs, la grossesse psychique est d'autant plus complexe. Elle correspond à un remaniement psychique qui permet l'acceptation de ce corps « étranger » et l'imagination de ce « futur » bébé, ainsi que le changement de son image corporelle.

La psychologue clinicienne, Lise Bartoli dit : « *L'accouchement est un moment extrêmement important dans la vie d'une femme ; il mérite, en amont, que l'on s'interroge sur ce que l'on souhaite pour soi et son bébé, sur l'accueil que l'on veut lui réserver. De savoir ce*

que l'on veut vraiment au fond de soi, et s'y préparer. Mais il ne suffit pas de se préparer physiquement, car la puissance de l'esprit sur le corps est très forte. » (17)

Ainsi, la grossesse est un moment important où la femme se projette dans le futur, en imaginant son accouchement et la naissance de son bébé « imaginaire ». Menée une réflexion sur ce que nous souhaitons pour l'accouchement permet de se projeter dans l'avenir et dans la parentalité, de façon à s'y préparer physiquement et psychiquement. Nous pourrions ainsi dire que c'est comme donner corps à ses pensées.

La naissance représente deux passages importants : la confrontation entre le bébé « réel » et le bébé « imaginaire », et le passage psychique qui est le « devenir mère ». « *La réalité du bébé émerge à la conscience de la mère lorsque la tête sort. La vue de son corps prend une place importante dans la personnalisation du moi-mère* ». (18)

Le projet de naissance permet alors une véritable réflexion tout au long de la grossesse afin d'exprimer ses peurs, ses angoisses, ses souhaits, ses désirs... c'est le résumé de « *comment vous voyez l'accouchement pour vous* ». (18)

La réflexion menée avant l'accouchement est une étape très importante car la perception que la femme garde de son accouchement va influencer son état de santé et celle de sa famille. Ainsi, favoriser une perception positive de son accouchement, notamment par le projet de naissance, est une priorité en tant que sage-femme. Deutsch (1945) affirme d'ailleurs que « *le sentiment d'avoir réussi son accouchement est une des satisfactions les plus importantes dans la vie d'une femme* ». (18)

« *La satisfaction de l'accouchement s'expliquerait donc comme l'impression d'avoir gagné une bataille, une victoire sur la souffrance à travers laquelle peuvent se vivre la punition méritée et l'annihilation des culpabilités (ibid.). Serait-ce en partie l'explication du désir des femmes de réussir un accouchement « naturel » sans analgésie, afin de vaincre cette souffrance et d'être ainsi libérée du poids de la culpabilité ?* » (18). En tant que sage-femme, nous avons le devoir de guider ces femmes, de les épauler, de les aider dans leur réflexion personnelle afin qu'elles vivent « leur » accouchement.

Par conséquent, nous allons étudier la satisfaction de ces femmes sur ce moment particulier de leur vie qui est la grossesse ainsi que l'accouchement.

1.3 La satisfaction

1.3.1 Qu'est-ce que la satisfaction ?

Le dictionnaire LAROUSSE définit la satisfaction comme « *contentement, joie résultant en particulier de l'accomplissement d'un désir, d'un souhait* ». (19)

La satisfaction est donc difficile à mesurer et à interpréter car elle est subjective et personnelle. Dans le monde de la périnatalité, elle est d'autant plus difficile à évaluer par le nombre important d'acteurs qui entre en jeu. Mais d'après la définition, la satisfaction semble dépendre du degré de conformité attendu des femmes entre leurs souhaits et la réalisation de ces derniers.

1.3.2 Pourquoi s'interroger sur la satisfaction des patients ?

L'évaluation de la satisfaction des patients est une obligation réglementaire pour les établissements hospitaliers par l'Ordonnance du 24 avril 1996 (20). Elle prévoit « *l'obligation pour les établissements de santé de procéder à une évaluation régulière de la satisfaction des patients dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins* ». (20)

La mesure de la satisfaction des patients a permis de prendre en compte le point de vue du patient dans la prise en charge, de cerner certains problèmes pour finalement y apporter des solutions. Elle est aujourd'hui devenue primordiale car elle est un indicateur de la « qualité des soins ».

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la qualité des soins comme la capacité de « *garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques... lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains...* ». (21)

Par cette définition, nous pouvons dire que la satisfaction et la qualité des soins sont liées. Pour qu'un patient soit satisfait, il faut que la qualité des soins qu'on lui prodigue soit conforme à ce qu'il attendait.

Au vu de ces recommandations, l'HAS a élaboré en collaboration avec l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), des « *indicateurs* » (22) afin d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé.

1.3.3 Etudes menées sur la satisfaction des femmes de leur accouchement

Nous allons citer par ordre chronologique quelques études réalisées.

Tout d'abord, la DRESS a mené une enquête sur la « *Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement* » (23), publié en 2008. Cette enquête permet d'établir un état des lieux des attentes et de la satisfaction des femmes ayant accouché en France avant la concrétisation des mesures du plan périnatalité 2005 – 2007. Elle montre que plus de 95% des usagères sont très ou plutôt satisfaites sur leur suivi de grossesse et le déroulement de leur accouchement. Mais elle fait également ressortir que les femmes aimeraient être plus informées sur les actes pratiqués au moment de l'accouchement. Le projet de naissance répond à cette demande car il induit l'apport d'informations aux femmes.

L'UNAF a mené une enquête de périnatalité : « *Regards des femmes sur leur maternité* » (11), publiée en 2010, en association avec le CIANE. Elle est en complément de l'enquête réalisée par la DRESS vu précédemment.

Par la suite, le CIANE a mené une enquête de février à mi-juin 2012 : « *Respect des souhaits et vécu de l'accouchement* » (15), publiée en août 2012.

Les résultats qui ressortent de cette enquête sont les suivants :

- 63% des femmes considèrent que l'équipe a fait de son mieux pour satisfaire leurs demandes ou leurs souhaits compte tenu du déroulement de l'accouchement, et environ 2 femmes sur 5 n'ont pas eu leur demande satisfaite.

- Corrélation entre le respect des souhaits et la qualité du vécu de l'accouchement : « 90% des femmes dont les souhaits ont été respectés ont très bien ou plutôt bien vécu leur accouchement que ce soit sur le plan physique ou psychologique, alors que celles dont les souhaits n'ont pas été respectés ne sont que 43% (plan physique) et 30% (plan psychologique) à partager cette opinion. » (15)
- L'étude montre également que les femmes qui n'ont pas exprimé de souhaits ont une satisfaction légèrement inférieure à celle des femmes qui ont exprimé leurs souhaits, qu'ils soient respectés ou non. De plus, elle est très inférieure à celles des femmes dont les souhaits ont été respectés. Il est donc important d'encourager les femmes à exprimer leurs souhaits, notamment par le projet de naissance.

Dernièrement, une enquête nationale périnatale a été menée par l'INSERM et la DRESS, avec la participation des services départementaux de PMI et des réseaux de santé en périnatalité. Cette enquête est le « Rapport 2016 » portant sur : « Les naissances et les établissements – Situations et évolution depuis 2010 » (1), publiée en octobre 2017.

L'enquête fait ressortir que 80,2% des femmes ont estimé que l'équipe avait répondu de manière « très satisfaisante » aux souhaits qu'elles avaient exprimés, compte tenu du déroulement de l'accouchement. (1)

Egalement, nous pouvons noter que 88,3% des femmes sont « globalement satisfaites » de la méthode reçue pour gérer la douleur et pour les aides durant les contractions (61,3% très satisfaites et 27,0% plutôt satisfaites). Mais 11,7% étaient « peu ou pas du tout satisfaites de la méthode reçue ». (1)

Ainsi, la satisfaction est un indicateur de la qualité des soins. Il me paraît donc évident de chercher à évaluer la satisfaction des femmes de leur accouchement lorsqu'elles ont élaboré un projet de naissance. Ces femmes veulent être « actrices » de leur accouchement. Evaluer leur satisfaction peut nous permettre également de voir s'il y a une corrélation entre la satisfaction de leur accouchement et la réalisation de leur projet de naissance.

1.4 Contexte et problématique

1.4.1 Contexte

Le projet de naissance est un outil qui évolue dans une aire où les femmes veulent être d'autant plus « actrices » de leur accouchement et veulent vivre « leur accouchement ». Pourtant, nous pouvons constater par l'enquête périnatale de 2016 (1), que peu de femmes avaient des souhaits pour leur accouchement, et qu'une minorité les mettaient par écrit.

Par ailleurs, le projet de naissance fait l'objet de nombreuses publications. Il est notamment précisé dans les recommandations professionnelles de l'HAS. Les sages-femmes ont le devoir d'informer les femmes sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Elles doivent les accompagner dans l'élaboration de leur projet de naissance en leur apportant toutes les informations nécessaires ainsi que leur soutien. Pour encourager ce dialogue, la PNP et l'EPPI ont été créés.

Au niveau psychique, des études et des publications, notamment « *Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement* » (18) de Abdel-Baki et Poulin en 2004, montrent que la réflexion menée en amont pendant la grossesse va permettre à ces femmes de se projeter dans l'avenir et dans la parentalité. La perception que la femme garde de son accouchement va influencer son état de santé et celle de sa famille. Le projet de naissance va donc notamment favoriser une perception positive pour ces femmes de leur accouchement.

De ce fait, s'interroger sur la satisfaction des femmes de leur accouchement lorsqu'elles ont élaboré un projet de naissance est important. Tout en sachant que la satisfaction semble dépendre du degré de conformité attendu des femmes entre leurs souhaits et la réalisation de ces derniers.

1.4.2 Problématique

Au regard de la littérature, nous pensons que si seulement 22,8% des femmes ont des souhaits pour leur accouchement, il serait intéressant de savoir d'où elles tirent leurs informations, par quels moyens et avec l'aide de qui ? Egalement de connaître et de comprendre l'intention de ces femmes ? Pourquoi élaborent-elles un projet de naissance ? Dans quel but ? Toutes ces données seraient très utiles afin de les accompagner au mieux dans la réflexion de leur projet de naissance.

De plus, l'enquête périnatalité de 2016 (1) montre que seulement 3,7% des projets de naissance ont été rédigés. Nous pouvons alors nous demander pourquoi ces femmes souhaitent mettre par écrit leurs souhaits ou au contraire préfèrent seulement les exprimer aux professionnels de santé ?

Par ailleurs, afin de favoriser le dialogue entre professionnels et patients et d'améliorer la formation continue des professionnels, savoir ce que les femmes désirent, connaître les souhaits non réalisés présents dans les projets de naissance et savoir si elles ont reçu des explications, sont des éléments dotant plus important à étudier.

Enfin, évaluer la satisfaction est un véritable indicateur de la qualité des soins. D'après la littérature étudiée, cette satisfaction n'est pas de 100%. Il nous paraît donc important d'évaluer la satisfaction des femmes de leur accouchement ayant choisi de réaliser un projet de naissance. De plus, nous voulons étudier s'il existe une corrélation entre la satisfaction et la présence de souhaits non réalisés lors de l'accouchement.

L'objectif commun de ces recherches est d'identifier des lacunes dans la prise en charge des patientes par les professionnels de santé de la périnatalité en milieu hospitalier de niveau I, et de proposer des pistes de réflexion afin d'améliorer l'accompagnement de ces patientes, dont l'objectif est d'influencer positivement l'état de santé de la mère et celle de sa famille.

2. ETUDE

2.1 Méthodologie

2.1.1 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer les modalités d'élaboration d'un projet de naissance.

Nous formulons deux objectifs secondaires distincts. Dans un premier temps, connaître les souhaits présents dans les projets de naissance, ainsi que ceux non réalisés en salle d'accouchement. Dans un deuxième temps, évaluer la satisfaction des femmes ayant élaboré un projet de naissance.

2.1.2 Hypothèses de recherche

Avant de commencer l'enquête de terrain, des hypothèses ont été formulées :

- H1 Les femmes élaborent un projet de naissance pour mener une réflexion au sujet de ce qu'elles souhaitent pour leur accouchement
- H2 Les souhaits non réalisés au cours de l'accouchement, présents dans le projet de naissance, sont dus à des changements de choix de la patiente
- H3 Les femmes ayant réalisé un projet de naissance sont très satisfaites de la réalisation de leur projet de naissance même lorsque certains souhaits n'ont pas été réalisés

2.1.3 Type et lieux de l'étude

Pour confirmer ou infirmer nos hypothèses, nous avons mis en place une étude quantitative et qualitative. Celle-ci a été menée dans les services de suites de naissance de deux maternités de niveau I, au Centre Hospitalier de Montgelas à Givors et à l'Hôpital Le Corbusier à Firminy. Elle a été réalisée sur une période allant du 22 Septembre 2017 au 5 janvier 2018. Pour ce faire, le recueil de données s'est fait par des questionnaires.

2.1.4 Population étudiée

La population cible comprend les accouchées ayant élaboré un projet de naissance (qu'il soit rédigé ou non), hospitalisées au sein du service de suites de naissance des deux maternités, quel que soit le terme et le déroulement de l'accouchement.

Afin de déterminer si la femme répondait aux critères d'inclusions, une réponse positive était attendue dans le questionnaire à la question suivante : « Avez-vous pu exprimer votre projet de naissance à l'équipe soignante en salle d'accouchement ? ». Par conséquent, si la réponse était positive la femme était incluse, si au contraire la réponse était négative la femme était exclue.

Nous avons exclu également les femmes ne sachant pas lire et/ou écrire le français. Ainsi que les femmes ne souhaitant pas participer à l'étude.

2.1.5 Procédures et déroulement de la recherche

Pour la création du questionnaire, nous nous sommes basés sur les revues de la littérature. De plus, pour évaluer la satisfaction, nous avons utilisé l'échelle de « Satisfaction des Soins Obstétricaux (SSO) » (24), après avoir obtenu le consentement de l'un de ses auteurs, le Pr Ramanah.

Ainsi, nous avons élaboré un questionnaire comportant trois parties distinctes :

- Première partie : Fiche signalétique, permettant de décrire la population
- Deuxième partie : Projet de naissance, constituée de questions ouvertes semi-directives et permettant de vérifier le critère d'inclusion
- Troisième partie : Evaluation de la satisfaction de l'accouchement par l'échelle SSO (24)

Etant en stage en septembre dans le service de salles de naissance à l'Hôpital de Montgelas à Givors, et en discutant avec les sages-femmes de l'Hôpital le Corbusier à Firminy, je me suis aperçue que très peu de patientes mettaient par écrit leur projet de naissance. Par ailleurs, les femmes exprimaient leurs souhaits aux professionnels de santé en salles de naissance. Après accord de mon expert et de ma référente mémoire, nous avons modifié notre protocole de recherche ainsi que notre questionnaire d'étude. Ainsi, afin de toucher un

maximum de femmes ayant élaboré un projet de naissance, nous avons élargi la recherche aux femmes ayant rédigé un projet de naissance, ainsi que celles qui ont exprimé leur projet en salles d'accouchement.

Un pré-test de ce questionnaire a été réalisé sur une femme dans le service de suites de naissance à l'Hôpital de Firminy, afin de s'assurer que le questionnaire était accessible à la population et d'évaluer sa durée (Ce dernier n'a pas été inclus dans l'étude). Finalement, le questionnaire comprend huit pages et dure environ quinze minutes (questionnaire de l'étude en Annexe I).

Après accord auprès des cadres des différents services, nous avons lancé notre étude avec la participation des sages-femmes de salles de naissance et de suites de naissance.

Pour ce faire, nous avons installé une pochette contenant des questionnaires et des enveloppes vierges dans le bureau de soins en salles de naissance, et une pochette vide dans le bureau de soins en suites de naissance.

A l'aide d'une lettre d'explication affichée dans le bureau de soins et envoyée par mail, nous avons demandé aux sages-femmes de salles de naissances, de distribuer aux patientes qui avaient exprimé leurs souhaits, un questionnaire et une enveloppe vierges. De plus, elles devaient coller une étiquette d'identification « maman » sur une feuille prévue à cet effet et sur le questionnaire. Les sages-femmes de suites de naissances devaient récupérer les enveloppes scellées contenant les questionnaires complétés, afin de garantir l'anonymat. Les étiquettes « maman » avaient pour intérêt de quantifier les femmes ayant élaboré un projet de naissance et de quantifier celles ayant répondu au questionnaire, afin de faire des statistiques plus approfondies.

Cependant, nous avons rencontré des difficultés pour le lancement de notre étude. Effectivement, trois semaines après le lancement de l'étude, malgré des rencontres régulières avec les sages-femmes des différents services, nous n'avions toujours pas de questionnaire rempli. Les principales raisons retrouvées après discussions avec les sages-femmes, étaient le manque de temps des équipes et qu'elles n'y pensaient pas forcément.

Finalement, après une grande réflexion sur les différentes possibilités auprès des équipes, et après accord avec mon expert et ma référente de mémoire, nous avons demandé aux sages-femmes de distribuer les questionnaires à toutes les femmes en post-partum immédiat, avant le retour dans le service de suites de naissance. Par la suite, pour faciliter les

équipes, nous avons placé les questionnaires ainsi que les enveloppes, dans les carnets de santé bébé vierges à l'Hôpital de Givors, et au plus près de ces derniers à l'Hôpital de Firminy.

2.1.6 Critères de jugement et de mesure

Le critère de jugement principal était la réponse positive à la question sur l'expression des souhaits en salles d'accouchement. Ainsi 4 questionnaires n'ont pas pu être analysés. De plus, les trois parties des questionnaires devaient être remplies. Ainsi, 7 questionnaires ont été classés comme ininterprétables.

Les données collectées ont été saisies dans le logiciel STATVIEW. Le traitement statistique des données et la présentation des résultats, ont été réalisés via le logiciel STATVIEW et Microsoft EXCEL.

Le logiciel STATVIEW a été utilisé pour vérifier s'il existait un lien significatif entre les variables étudiées à l'aide des tests de Chi-deux et de Fisher. Pour ces tests, nous avons défini un risque d'erreur acceptable à 5%. Par conséquent, le seuil de significativité a été fixé à $p=0,05$.

2.2 Présentation et analyse des résultats de l'étude

Parmi les 75 questionnaires mis à disposition des professionnels dans chaque centre hospitalier, 23 questionnaires interprétables ont été recueillis au centre hospitalier de FIRMINY et 29 questionnaires au centre hospitalier de GIVORS. L'analyse porte donc sur 52 questionnaires interprétables.

2.2.1 Caractéristiques de la population (n=52)

D'après le tableau I ci-dessous, la majorité de notre population se situe dans la tranche d'âge 26 à 35 ans (n=39, 75%). Le reste se répartit pratiquement à part égale dans les tranches d'âge 18 à 25 ans (n=7, 13,5%) et 36 à 45 ans (n=6, 11,5%).

La majorité des femmes sont en couple (n=21, 40,4%), puis mariées (n=18, 34,6%) ou pacées (n=12, 23.1%). Seulement une femme était célibataire au moment de l'étude.

75% des femmes ont réalisé des études supérieures (n=39). Suivaient les femmes ayant un niveau lycée, Baccalauréat, Baccalauréat professionnel (n=11, 21,2%). Deux femmes avaient un niveau collège, BEP, CAP (3,8%).

Parmi les différentes catégories socio-professionnelles, la grande majorité des femmes interrogées étaient employées (n=28, 53,8%). De plus, 90,4% des femmes avaient une activité professionnelle avant cette grossesse (n=47).

La parité des femmes interrogées se répartit quasiment à part égale entre les primipares (n=24, 46,2%) et les deuxièmes pares (n=23, 44,2%). Par ailleurs, les multipares représentent 53,8% de la population étudiée (n=28).

Tableau I : Caractéristiques de la population étudiée

Caractéristiques étudiées	Nombre de patientes (n=52)	Pourcentage (%)
Tranche d'âge maternel		
Entre 26 et 35 ans	39	75
Entre 18 et 25 ans	7	13,4
Entre 36 et 45 ans	6	11,5
Situation familiale		
En couple	21	40,4
Mariée	18	34,6
Pacsée	12	23,1
Célibataire	1	1,9
Niveau d'étude		
Enseignements supérieurs	39	75
Niveau lycée, BAC, BAC PRO	11	21,2
Niveau collège, BEP, CAP	2	3,8
Catégorie socio-professionnelle		
Employé	28	53,8
Cadre, profession intellectuelle supérieure	8	15,4
Profession intermédiaire	4	7,7
Commerçant, artisan, chef d'entreprise	4	7,7
Chômeur	3	5,8
Inactif	3	5,8
Elève, étudiant	1	1,9
Ouvrier	1	1,9
Activité professionnelle avant cette grossesse		
Oui	47	90,4
Non	5	9,6
Parité		
Primipare	24	46,2
Deuxième pare	23	44,2
Troisième pare	4	7,7
Quatrième pare ou plus	1	1,9

2.2.2 Caractéristiques du suivi des grossesses de la population étudiée

Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples.

La majorité des femmes ont déclaré qu'une sage-femme libérale est intervenue dans le suivi de leur grossesse (n=30, 57,7%). Puis, 23,1% ont déclaré qu'une sage-femme hospitalière est intervenue (n=12).

Tableau II : Professionnels de santé intervenant dans le suivi de la grossesse

Professionnels de santé	Nombre de patientes (n=52)	Pourcentage (%)
Sage-femme libérale	30	57,7
Sage-femme de l'hôpital	12	23,1
Gynécologue/médecin de l'hôpital	10	19,2
Gynécologue/médecin libéral	9	17,3
Médecin généraliste	6	11,5

Le nombre de citations, concernant le type de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples et ouvertes.

78,8% des femmes ont suivi des cours de PNP (n=41). Parmi elles, la majorité des femmes ont opté pour la préparation Classique (n=26, 63,4%). Le type de PNP le plus choisi en deuxième position est la Sophrologie (n=15, 14,6%).

43,9% des femmes ont suivis plusieurs types de PNP pendant leur grossesse (n=18).

Il faut préciser que tous les types de PNP ne sont pas proposés par tous les professionnels de santé ou les établissements.

Tableau III : Réalisation d'une préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) et répartition des différents types de PNP

Réalisation d'une PNP	Nombre de patientes (n=52)	Pourcentage (%)
Oui	41	78,8
Non	11	21,2
Type de PNP	Nombre de patientes (n=41)	Pourcentage (%)
Classique	26	63,4
Sophrologie	15	36,6
Yoga	6	14,6
Piscine	5	12,2
Haptonomie	5	12,2
Hypnose	4	9,8
Eutonie	3	7,3
Accouchement physiologique	3	7,3
Chant	2	4,9
Acuponcture	2	4,9

Dans notre étude, 65,4% des patientes interrogées ont réalisé un entretien prénatal précoce au cours de leur grossesse (n=34).

2.2.3 Les maternités interrogées

Dans notre étude, 29 questionnaires interprétables ont été recueillis et analysés au centre hospitalier de Givors (55,8%) et 23 questionnaires au centre hospitalier de Firminy (44,2%).

Le nombre de citations, concernant les raisons du choix de la maternité, est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples et ouvertes.

76,9% des femmes ont choisi leur maternité pour leur réputation (76,9%). Ensuite, suivent la proximité de l'établissement (n=27, 51,9%) et le fait d'être libre de ses propres choix (n=22, 42,3%).

Nous pouvons noter qu'en quatrième position vient le fait que l'établissement comporte un « pôle physiologique » (n=10, 13,5%). Elle fait partie des raisons mentionnées par les femmes dans la catégorie « autre » de la question, avec les autres raisons suivantes : « expérience personnelle » et « recommandation ».

Tableau IV : Les raisons du choix de la maternité

Les raisons	Nombre de patientes (n=52)	Pourcentage (%)
Réputation	40	76,9
Proximité	27	51,9
Etre libre de ses propres choix	22	42,3
Pôle physiologique	10	19,2
Confort	7	13,5
Sécurité	5	9,6
Expérience personnelle	2	3,8
Recommandation	1	1,9
Pas eu le choix	0	0

2.2.4 Caractéristiques du projet de naissance

Dans notre étude, 55,8% des femmes ont élaboré leur projet de naissance en couple (n=29), contre 44,2% où elles l'ont élaboré seule (n=23).

De plus, la grande majorité des projets de naissance n'ont pas été rédigés (n=38, 73,1%). Seulement 26,9% ont été rédigés (n=14).

Certaines femmes interrogées ont déclaré ne pas avoir mis par écrit leur projet de naissance pour certaines raisons :

- Par manque de temps
- Le projet de naissance peut évoluer à tout moment
- La sage-femme qui faisait le suivi de la grossesse avait noté des éléments dans le dossier obstétrical
- Confiance envers le personnel de la maternité
- Préférence pour l'oralisation des souhaits au fur et à mesure des événements
- Besoin de mener une réflexion sur ses désirs, mais pas le besoin de l'écrire

Certaines femmes interrogées ont déclaré avoir mis par écrit leur projet de naissance pour certaines raisons :

- Etre certaine de dire et de transmettre les souhaits
- Pour que le projet de naissance soit lu par l'équipe médicale
- Pour que les souhaits soient transmis plus facilement à l'équipe
- Eviter la répétition des souhaits aux différents intervenants
- Etre moins angoissée le jour de l'accouchement

Le nombre de citations, concernant les différents moyens de prise de connaissance du projet de naissance, est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses à des questions ouvertes.

69,2% des femmes interrogées ont déclaré avoir pris connaissance du projet de naissance par leur sage-femme de consultation (n=36). Vient ensuite les lectures dans 46,2% des cas (n=24). Suivent, de manière égale, l'expérience personnelle et internet à 38,5% chacune (n=20). Puis arrivent l'entourage (n=18, 34,6%), la sage-femme pendant les séances de PNP (n=15, 28,8%), la sage-femme pendant l'EPPI (n=4, 7,7%) et la formation professionnelle (n=4, 7,7%).

Tableau V : Répartition des différents moyens de prise de connaissance du projet de naissance

Les moyens	Nombre de patientes (n=52)	Pourcentage (%)
Par la SF de consultations	36	69,2
Lectures	24	46,2
Expérience personnelle	20	38,5
Internet	20	38,5
Entourage	18	34,6
Par la SF pendant les PNP	15	28,8
Par la SF pendant l'EPPI	4	7,7
Formation professionnelle	4	7,7

Le nombre de citations, concernant les différents moyens de prise de connaissance du projet de naissance, est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses à des questions ouvertes.

Trois principaux moyens pour la construction du projet de naissance ressortent de notre étude. Premièrement, la construction du projet de naissance se fait au fur et à mesure de la grossesse (n=48, 92,3%). Deuxièmement, elle se base sur les envies et les souhaits des femmes (n=46, 88,5%). Et troisièmement, elle se fait grâce aux discussions, aux échanges, aux entretiens avec la sage-femme.

Ensuite, suivent les informations qu'elles ont recueillies par elles-mêmes (lectures, internet...) (n=27, 51,9%).

48,1% des femmes ont déclaré que la construction du PDN s'est faite en toute conscience (n=25).

Et pour finir, 28,8% des femmes ont cité que l'élaboration du PDN s'est faite au fil des séances de PNP (n=15), et 13,5% ont dit qu'elle s'est faite par rapport à leurs peurs et leurs angoisses (n=7).

Tableau VI : La construction du projet de naissance de la population étudiée

Les moyens	Nombre de patientes (n=52)	Pourcentage (%)
Au fur et à mesure de la grossesse	48	92,3
Par rapport aux envies - souhaits	46	88,5
Discussions - entretiens avec la SF	41	78,8
Informations (lectures, internet...)	27	51,9
En toute conscience	25	48,1
Au fil des PNP	15	28,8
Par rapport aux peurs	7	13,5

Dans notre étude, 57,7% des femmes ont déclaré avoir finalisé leur projet de naissance avec leur sage-femme (n=30).

32,7% des femmes ont finalisé leur projet de naissance en couple (n=17), et seulement 19,2% des femmes l'ont finalisé seule (n=10).

Tableau VII : Répartition de la finalisation du projet de naissance

Les intervenants	Nombre de patientes (n=52)	Pourcentage (%)
Avec la sage-femme	30	57,7
En couple	17	32,7
Seule	10	19,2

Le nombre de citations, concernant les raisons qui ont amené ces femmes à élaborer un projet de naissance, est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses à des questions ouvertes.

Majoritairement, les femmes interrogées ont déclaré avoir élaboré un projet de naissance pour exprimer leurs souhaits (n=47, 90,4%).

Viennent ensuite, quasiment à part égale, la participation active (n=34, 65,4%), de faire respecter leurs choix (n=33, 63,5%), et de penser leur futur enfant (n=33, 63,5%).

Puis, 53,8% des femmes ont déclaré avoir élaboré un PDN pour se préparer au « jour J » (n=28, 53,8%).

Suivent à part égale, pour être compris par l'équipe (n=24, 46,2%) et anticiper afin d'être sereine le « jour J » (n=24, 46,2%).

Pour finir, 25% des femmes ont déclaré qu'elles ont élaboré un PDN pour exprimer leurs angoisses (n=13), et 15,4% afin de ne pas souffrir le « jour J » (n=8).

Tableau VIII : Répartition des raisons concernant l'élaboration du projet de naissance

Les raisons	Nombre de patientes (n=52)	Pourcentage (%)
Exprimer des souhaits	47	90,4
Participation active	34	65,4
Faire respecter ses choix	33	63,5
Penser son futur enfant	33	63,5
Se préparer au jour J	28	53,8
Etre compris par l'équipe	24	46,2
Anticiper afin d'être sereine le jour J	24	46,2
Mener une réflexion	22	42,3
Exprimer ses angoisses	13	25
Ne pas souffrir	8	15,4

Le nombre de citations, concernant les moments concernés par les projets de naissance, est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses à des questions multiples.

La totalité des projets de naissance concernent le moment de l'accouchement (n=52). Viennent ensuite dans 92,3% des projets de naissance le moment du pré-travail (n=48), puis dans 34% des projets de naissance le moment du post-partum immédiat (n=34).

Plus minoritairement, 21,2% des projets de naissance concernent la grossesse (n=11), et 19,2% concernent les suites de couche (n=10).

Tableau IX : Le ou les moment(s) concerné(s) dans les projets de naissance (PDN) de la population étudiée

Les différents moments	Nombre de patientes (n=52)	Pourcentage (%)
L'accouchement	52	100
Le pré-travail	48	92,3
Le post-partum immédiat	34	65,4
La grossesse	11	21,2
Les suites de couche	10	19,2

Le nombre de citations, concernant les souhaits présents dans les projets de naissance, est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses à des questions ouvertes.

En majorité, nous retrouvons dans 67,3% des cas la mobilisation pendant le pré-travail et l'accouchement (n=35) et dans 65,4% des cas une moindre médicalisation possible (n=34). Puis, nous pouvons faire ressortir que dans 57,7% des cas le fait de ne pas vouloir la péridurale (n=30), dans 53,8% des cas le choix de la position d'accouchement (n=28), et à part égale dans 46,2% des cas, recevoir des informations éclairées (n=24) et éviter les gestes invasifs (n=24).

Suivent, dans 42,3% des cas de recevoir le soutien de l'équipe médicale (n=22), dans 40,4% des cas d'éviter de pratiquer une épisiotomie (n=21), et dans 38,5% des cas de faire du peau à peau avec son bébé (n=20).

A part égale, nous retrouvons ensuite dans 36,5% des cas, l'allaitement (n= 19) et une ambiance calme et des lumières tamisées (n=19).

Dans 34,6% des cas, les femmes expriment le fait qu'elles souhaitent une péridurale (n=18)

Le choix de l'accompagnant est retrouvé dans 28,8% des projets de naissance (n=15).

Dans 26,6% des cas, les femmes souhaitent que le cordon ombilical soit coupé par le papa (n=6).

Puis, dans 13,5% des cas les femmes demandent une participation active du papa aux premiers soins du bébé (n=17).

Plus minoritairement, d'autres souhaits ressortent des projets de naissance comme attraper soi-même son bébé à la naissance (n=7, 13,5%), un clampage tardif du cordon ombilical (n=6, 11,5%), un couchage pour le papa en suites de couche (n=4, 7,7%), choisir son type de PNP (n=3, 5,8%), avoir accès à l'acuponcture pendant le travail (n=3, 5,8%), un resserrage du bassin après l'accouchement (n=2, 3,8%), et pour finir, que l'équipe essuie le bébé à la naissance avant de le donner à la maman (n=1, 1,9%).

Tableau X : Répartition des souhaits présents dans les projets de naissance de la population étudiée

Les souhaits	Nombre de patientes (n=52)	Pourcentage (%)
Mobilisation pendant le pré-travail et le travail	35	67,3
Le moins médicalisé possible	34	65,4
Prise en charge non médicalisée de la douleur	30	57,7
Pas de péridurale	29	55,8
Choix de la position d'accouchement	28	53,8
Informations éclairées à la patiente	24	46,2
Eviter les gestes invasifs	24	46,2
Soutien de la patiente par l'équipe	22	42,3
Eviter de faire une épisiotomie	21	40,4
Peau à peau avec bébé	20	38,5
Allaitement	19	36,5
Ambiance calme et lumières tamisées	19	36,5
Péridurale	18	34,6
Participation active du papa aux premiers soins du bébé	17	32,7
Choix de l'accompagnant	15	28,8
Cordon ombilical coupé par le papa	14	26,9
Attraper soi-même bébé à la naissance	7	13,5
Clampage tardif du cordon ombilical	6	11,5
Couchage pour le papa en suites de couche	4	7,7
Choisir ses PNP	3	5,8
Acuponcture pendant le travail	3	5,8
Resserrage du bassin	2	3,8
Essuyer bébé à la naissance	1	1,9

2.2.5 Retour sur le projet de naissance en suites de couche

Dans notre étude, 92,3% des femmes interrogées ont déclaré être très satisfaites de la prise en charge de leur projet de naissance en salle d'accouchement (n=48). Par ailleurs, 7,7% des femmes ont déclaré être non satisfaites (n=4).

De plus, 90,4% des femmes sont satisfaites de la réalisation de leur projet de naissance en salle d'accouchement (n=47), et 9,6% des femmes ne sont pas satisfaites (n=5).

- ❖ Les souhaits non réalisés en salle d'accouchement présents dans les PDN et les raisons

Parmi les femmes qui ont eu des souhaits non réalisés présents dans leur projet de naissance, la cause majoritaire est l'urgence à 26,9% (n=26). Viennent ensuite le changement de choix de la patiente à 23,1% (n=6), et un accouchement trop rapide à 15,4% (n=4).

Nous retrouvons ensuite le déclenchement (n=3, 11,5%), la surcharge d'activité (n=2, 7,7%), le manque de moyens (n=2, 7,7%), un mauvais dosage de la péridurale (n=1, 3,8%), et un manque de présence de l'équipe médicale (n=1, 3,8%).

Tableau XI : Répartition des causes de non réalisation des souhaits présents dans les PDN

Causes	Nombre de patientes (n=26)	Pourcentage (%)
Urgence	7	26,9
Changement de choix	6	23,1
Accouchement trop rapide	4	15,4
Déclenchement	3	11,5
Surcharge d'activité	2	7,7
Manque de moyens	2	7,7
Mauvais dosage APD	1	3,8
Manque de présence de l'équipe	1	3,8

Majoritairement, le souhait non réalisé présent dans les projets de naissance est un accouchement le plus « naturel » dans la mesure du possible à 30,8% (n=8). Les causes retrouvées sont le déclenchement (n=3, 11,5%), l'urgence (n=3, 11,5%) et le changement de choix de la patiente (n=2, 7,7%).

Les souhaits non réalisés qui viennent ensuite à part égale sont la position d'accouchement, l'accès à la salle nature et la péridurale à 15,4% (n=4) chacun. Pour la position d'accouchement, les causes retrouvées sont le changement de choix de la patiente (n=2, 7,7%), un mauvais dosage de la péridurale (n=1, 3,8%) et l'urgence (n=1, 3,8%). Concernant l'accès à la salle nature, les causes retrouvées sont un accouchement trop rapide (n=2, 7,7%) et un manque de moyens (n=2, 7,7%). Pour la péridurale, les causes retrouvées sont un accouchement trop rapide (n=2, 7,7%), un changement de choix de la patiente (n=1, 3,8%) et une surcharge d'activité (n=1, 3,8%).

Puis viennent à part égale le clampage tardif du cordon ombilical et la tétée de bienvenue (n=2, 7,7% chacun). Pour le clampage tardif du cordon ombilical, l'urgence est la

cause retrouvée (n=2, 7,7%). Concernant la tétée de bienvenue, les causes retrouvées sont le changement de choix de la patiente (n=1, 3,8%) et un manque de présence de l'équipe médicale (n=1, 3,8%).

Pour finir, les souhaits non réalisés retrouvés à part égale sont l'intimité et le resserrage du bassin (n=1, 3,8% chacun). Pour l'intimité, la cause retrouvée est l'urgence (n=1, 3,8%), et pour le resserrage du bassin, la cause est la surcharge d'activité (n=1, 3,8%).

Tableau XII : Souhaits non réalisés présents dans les projets de naissance : répartition des causes

Souhaits non réalisés	Nombre de patientes (n=26)	Pourcentage (%)
Moins médicalisé possible	8	30,8
Déclenchement	3	11,5
Urgence	3	11,5
Changement de choix	2	7,7
Position d'accouchement	4	15,4
Changement de choix	2	7,7
Mauvais dosage APD	1	3,8
Urgence	1	3,8
Salle nature	4	15,4
Accouchement trop rapide	2	7,7
Manque de moyens	2	7,7
APD	4	15,4
Accouchement trop rapide	2	7,7
Changement de choix	1	3,8
Surcharge d'activité	1	3,8
Clampage tardif du cordon	2	7,7
Urgence	2	7,7
Tétée de bienvenue	2	7,7
Changement de choix	1	3,8
Manque de présence de l'équipe	1	3,8
Intimité	1	3,8
Urgence	1	3,8
Resserrage du bassin	1	3,8
Surcharge d'activité	1	3,8

- ❖ Réalisation du PDN en salle d'accouchement : la satisfaction des femmes lorsque des souhaits n'ont pas été réalisés

Parmi les femmes qui ont eu des souhaits non réalisés présents dans leur PDN, 21 femmes ont déclaré être satisfaites de la réalisation de leur projet de naissance en salle d'accouchement (80,8%), et 5 ne sont pas satisfaites (19,5%).

Par ailleurs, nous ne pouvons pas observer de différence significative entre la satisfaction de la réalisation du projet de naissance en salle d'accouchement des femmes qui

ont vu tous leurs souhaits être réalisés, et celles qui ont eu des souhaits qui n'ont pas été réalisés ($p > 0.05$).

Tableau XIII : Réalisation du PDN en salle d'accouchement : la satisfaction des femmes en fonction de la présence de souhaits non réalisés

Satisfaction	Souhaits non réalisés		Totaux
	Oui	Non	
Oui	21	26	47
Non	5	0	5
Totaux	26	26	52

$p = 0,0506$ (Fisher)

Au sujet du souhait non réalisé concernant un accouchement le plus « naturel » possible, 6 femmes ont déclaré être satisfaites de la réalisation de leur projet de naissance (23,1%), et 2 ont déclaré être non satisfaites (7,7%).

Pour la position d'accouchement, 3 des femmes sont satisfaites de la réalisation de leur projet de naissance (11,5%), et 1 n'est pas satisfaite (3,8%).

A propos de l'accès à la salle nature, toutes les femmes ont déclaré être satisfaites de la réalisation de leur projet de naissance ($n = 4$, 14,4%).

Pour la péridurale, la moitié des femmes est satisfaite de la réalisation de leur projet de naissance ($n = 2$, 7,7%), et l'autre moitié n'est pas satisfaite ($n = 2$, 7,7%).

Concernant le clampage tardif du cordon ombilical, la tétée de bienvenue, l'intimité et le resserrage du bassin, toutes les femmes sont tout de même satisfaites de la réalisation de leur projet de naissance.

Tableau XIV : Souhaits non réalisés présents dans les projets de naissance : la satisfaction des femmes de la réalisation du PDN en salle d'accouchement

Souhaits non réalisés	Nombre de patientes (n=26)	Pourcentage (%)
Moins médicalisé possible	8	30,8
Non satisfaite	2	7,7
Satisfaite	6	23,1
Position d'accouchement	4	15,4
Non satisfaite	1	3,8
Satisfaite	3	11,5
Salle nature	4	15,4
Satisfaite	4	15,4
APD	4	15,4
Non satisfaite	2	7,7
Satisfaite	2	7,7
Clampage tardif du cordon	2	7,7
Satisfaite	2	7,7
Tétée de bienvenue	2	7,7
Satisfaite	2	7,7
Intimité	1	3,8
Satisfaite	1	3,8
Resserrage du bassin	1	3,8
Satisfaite	1	3,8

- ❖ Prise en charge du PDN en salle d'accouchement : la satisfaction des femmes lorsque des souhaits n'ont pas été réalisés

Parmi les femmes qui ont eu des souhaits non réalisés présents dans leur projet de naissance, 22 femmes ont déclaré être très satisfaites de la prise en charge de leur projet de naissance en salle d'accouchement (84,6%), et 4 ne sont pas satisfaites (15,4%).

Par ailleurs, nous ne pouvons pas observer de différence significative entre la satisfaction de la prise en charge du projet de naissance en salle d'accouchement des femmes qui ont vu tous leurs souhaits être réalisés, et celles qui ont eu des souhaits qui n'ont pas été réalisés ($p > 0.05$).

Tableau XV : Prise en charge du PDN en salle d'accouchement : la satisfaction des femmes en fonction de la présence de souhaits non réalisés

Satisfaction	Souhaits non réalisés		Totaux
	Oui	Non	
Oui	22	26	48
Non	4	0	4
Totaux	26	26	52

$p=0,1104$ (Fisher)

❖ Tableaux croisés : la rédaction du projet de naissance

Nous ne pouvons pas observer de différence significative entre la présence de souhaits non réalisés présents dans le projet de naissance en salle d'accouchement, et la mise par écrit ou non du projet de naissance ($p>0,05$).

Tableau XVI : Présence de souhaits non réalisés en salle d'accouchement en fonction de la mise par écrit du PDN

PDN rédigé	Souhaits non réalisés		Totaux
	Oui	Non	
Oui	10	4	14
Non	16	22	38
Totaux	26	26	52

$p=0,0607$ (Chi 2)

Nous ne pouvons pas observer de différence significative entre la satisfaction de la prise en charge du PDN en salle d'accouchement, et la mise par écrit ou non du projet de naissance ($p>0,05$).

Tableau XVII : Satisfaction de la prise en charge du PDN en salle d'accouchement en fonction de la mise par écrit du PDN

PDN rédigé	Satisfaction		Totaux
	Oui	Non	
Oui	13	1	14
Non	35	3	38
Totaux	48	4	52

$p=0,9999$ (Fisher)

Nous ne pouvons pas observer de différence significative entre la satisfaction de la réalisation du PDN en salle d'accouchement, et la mise par écrit ou non du projet de naissance ($p>0,05$).

Tableau XVIII : Satisfaction de la réalisation du PDN en salle d'accouchement en fonction de la mise par écrit du PDN

PDN rédigé	Satisfaction		Totaux
	Oui	Non	
Oui	12	2	14
Non	35	3	38
Totaux	47	5	52

p=0,6024 (Fisher)

2.2.6 Le questionnaire SSO

Le détail des tableaux concernant les résultats du questionnaire SSO, est consultable en Annexe II.

D'après le tableau XIX ci-dessous, nous pouvons observer que certaines questions sont plus hétérogènes en termes de réponses. Notamment les questions 3, 4, 9 et 10 suivantes :

- Question 3 : Elle (ou il) a répondu à toutes mes questions
- Question 4 : Elle (ou il) m'a bien expliqué le déroulement du travail et/ou de l'accouchement
- Question 9 : Elle (ou il) a été attentive(f) à l'allaitement
- Question 10 : Elle (ou il) m'a rassuré sur mes inquiétudes.

Tableau XIX : Questionnaire SSO : la relation avec la sage-femme pendant le travail et l'accouchement

Echelle de satisfaction	Non concernée	Nombre de patientes (n=52)										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Q1. La SF s'est présenté(e) agréablement à moi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	8	41
Q2. Elle (ou il) a été disponible pour moi	0	0	1	0	0	0	0	0	5	4	6	36
Q3. Elle (ou il) a répondu à toutes mes questions	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4	10	35
Q4. Elle (ou il) m'a bien expliqué le déroulement du travail et/ou de l'accouchement	0	0	0	0	1	0	2	1	2	7	7	32
Q5. J'étais en confiance et en sécurité avec elle (ou lui)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	6	38
Q6. Elle (ou il) a été efficace	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	9	38
Q7. Elle (ou il) a été attentive(f) à moi et mes demandes	0	0	1	0	0	0	0	0	3	4	6	38
Q8. La sage-femme a été attentive(f) à mon bébé	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	6	41
Q9. Elle (ou il) a été attentive(f) à l'allaitement	0	1	0	0	0	1	2	0	2	6	6	26
Q10. Elle (ou il) m'a rassurée sur mes inquiétudes	0	0	0	0	0	0	0	1	2	8	8	33
Q11. Elle (ou il) s'est préoccupé(e) de ma douleur	0	1	0	0	0	0	0	2	2	4	6	37
Q12. La sage-femme s'est assuré(e) que mon bébé et moi allions bien	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	5	42
Q13. Elle (ou il) a été suffisamment présent(e) avec moi pendant le travail et/ou l'accouchement	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3	7	40
Q14. Elle (ou il) a eu des gestes délicats	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	9	38

3. ANALYSE ET DISCUSSION

3.1 Ce que montre notre étude

3.1.1 Objectif principal : connaître les modalités d'élaboration d'un projet de naissance

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer les modalités d'élaboration d'un projet de naissance. Interroger ces femmes est une démarche essentielle pour continuer d'améliorer la prise en charge.

Ainsi, notre hypothèse de départ était la suivante : « Les femmes élaborent un projet de naissance pour mener une réflexion au sujet de ce qu'elles souhaitent pour leur accouchement ».

Nous avons pu constater que 29 femmes (soit 55,8% des questionnaires) avaient élaboré leur projet de naissance en couple. Nous pouvons dire que le conjoint prend une place importante dans l'élaboration du projet de naissance (PDN), en plus d'être souvent cité dans celui-ci (papa coupe le cordon ombilical par exemple). Par ailleurs, la majorité des femmes (n=30, 57,7% des réponses) ont déclaré avoir finalisé leur PDN avec la sage-femme, et seulement 32,7% l'ont fait en couple (n=17). Par conséquent, la sage-femme prend une place importante dans la finalisation du PDN. Cette notion est importante car elle précise le fait que les femmes échangent avec leur sage-femme sur ce qu'elles avaient pensé dans PDN.

La rédaction du projet de naissance est comme nous le présentions lors de la mise en place de l'étude. Seulement 14 femmes ont rédigé leur PDN (soit 26,9% des réponses). Les principales raisons citées, pour ne pas l'avoir mis par écrit, sont le manque de temps, l'évolution potentielle du projet de naissance à tout moment, la rédaction de quelques éléments dans le dossier médical par la sage-femme de consultation, la confiance envers le personnel de la maternité, la préférence pour l'oralisation des souhaits au fur et à mesure des événements, et ne pas ressentir le besoin de l'écrire.

Par ailleurs, les femmes ayant choisi de mettre par écrit leurs souhaits, ont des raisons bien précises qui sont les suivantes : être certaine de dire et de transmettre les souhaits, le

projet de naissance pourra être lu par l'équipe médicale, une transmission plus facile des souhaits, et éviter la répétition du projet de naissance aux différents intervenants.

Les femmes ont donc leurs propres raisons de rédiger ou non leur projet de naissance. Nous ne pouvons pas obliger ces femmes à les rédiger si elles n'en ressentent pas le besoin. En revanche, nous avons le devoir de les informer de cette éventuelle possibilité. Un PDN est personnel, il ne peut pas être formaté, c'est pourquoi nous devons laisser à ces femmes le choix.

Notre enquête a pu également faire ressortir que les sages-femmes de consultations ont une place centrale dans l'information donnée aux femmes (69,2% des réponses). Cependant, nous pouvons souligner que les sages-femmes faisant la PNP et l'EPPI font parties des moins citées. Pourtant, 34 femmes ont réalisé un EPPI (64,4%) et 41 femmes ont suivi des cours de préparations à la naissance et à la parentalité (78,8%). Or, dans les recommandations de l'HAS (16), les séances de PNP, ainsi que l'entretien individuel précoce, ont été mis en place notamment pour favoriser l'échange d'informations et encourager les femmes à élaborer un projet de naissance.

Trois principaux moyens pour la construction du projet de naissance ressortent de notre étude : au fur et à mesure de la grossesse, par rapport aux envies et aux souhaits, et grâce aux discussions et aux entretiens avec la sage-femme. Par ailleurs, l'enquête fait là aussi ressortir que la construction du PDN se fait très peu au fil des séances de PNP. Les femmes utilisent davantage les informations qu'elles vont chercher dans les livres ou sur internet. Le risque de ces informations trouvées sur internet, est que les femmes utilisent un projet de naissance « type » qu'elles auront trouvé. Autrement dit, il est nécessaire que ces femmes échangent avec les professionnels de santé sur ces informations qu'elles auront pu retenir.

Les femmes ont cité dans notre étude les raisons qui les ont amenées à élaborer un projet de naissance. Ces raisons sont variées mais se rejoignent dans les différents questionnaires. Interroger ces femmes, nous a permis de comprendre ce qui les amènent à faire un PDN, afin de mieux les guider, les accompagner dans cette démarche et dans leur réflexion.

Ces diverses raisons non exhaustives, dans l'ordre décroissant, sont les suivantes : exprimer des souhaits, une participation active, faire respecter ses choix, penser son futur enfant, se préparer pour le jour « J », être compris par l'équipe médicale, anticiper afin d'être sereine le jour « J », mener une réflexion, exprimer ses angoisses, et ne pas souffrir.

Ce qui est intéressant dans notre étude, ce sont ces questions ouvertes qui nous donnent matière à réflexion. En effet, nous retrouvons des aspirations atypiques des femmes, telles que ne pas souffrir le jour de l'accouchement, d'exprimer ses angoisses, ou encore de se centrer sur l'accueil de ce futur enfant.

En prenant notre première hypothèse de début d'étude, « Les femmes élaborent un projet de naissance pour mener une réflexion au sujet de ce qu'elles souhaitent pour leur accouchement », nous pouvons noter que cette raison a été citée par les femmes interrogées. Cependant, ce n'est pas la raison majoritairement retrouvée dans nos questionnaires. Ainsi, nous pouvons dire que notre hypothèse de début d'étude est partiellement validée.

Nous nous sommes également intéressés aux périodes concernées dans le projet de naissance. La totalité des femmes interrogées ont déclaré que des souhaits présents dans leur projet de naissance concernaient l'accouchement. Puis, 48 femmes ont cité le moment du pré-travail (92,3% des questionnaires), et 34 femmes ont énuméré le post-partum immédiat (65,4% des questionnaires). Enfin, quasiment à part égale, nous retrouvons la grossesse dans 21,2% des questionnaires et les suites de couche dans 19,2%.

Nous pouvons en déduire que le projet de « naissance » porte bien son nom. Les femmes s'intéressent davantage à ce jour particulier qui est l'accouchement. Or, dans les recommandations de l'HAS (3), le projet de naissance porte sur les différentes étapes de la grossesse, sur l'accouchement, ainsi que sur les suites de couches. Nous pouvons alors nous demander si les femmes sont bien informées ? S'il ne faudrait pas, par exemple, changer le nom de cet outil ? Ou bien, si tout simplement les femmes avaient principalement besoin d'exprimer leurs souhaits sur le « jour J », qui est celui du pré-travail, de l'accouchement et du post-partum immédiat. Nous pouvons également nous demander si ces femmes ressentent le besoin de s'exprimer sur le « Jour J » parce qu'elles pensent que leurs souhaits seront moins pris en compte qu'aux moments de la grossesse ou des suites de couche, ou parce qu'elles se sentent plus « vulnérables ».

3.1.2 Objectifs secondaires

- ❖ Connaître les souhaits présents dans les projets de naissance et évaluer ceux qui n'ont pas pu être réalisés en salle d'accouchement.

Notre hypothèse de début d'étude était la suivante : « Les souhaits non réalisés au cours de l'accouchement, présents dans le projet de naissance, sont dus à des changements de choix de la patiente ».

Nous avons demandé à ces femmes de nous énumérer les souhaits présents dans leur projet de naissance. Notre étude a démontré que les souhaits présents dans les PDN, par ordre décroissant selon leur fréquence, sont la mobilisation pendant le pré-travail et le travail, pouvoir accoucher le plus naturellement possible, une prise en charge non médicalisée de la douleur, pas de péridurale, le choix de la position d'accouchement, recevoir des informations éclairées de l'équipe médicale, éviter les gestes invasifs, un soutien de la patiente par l'équipe, éviter de faire une épisiotomie, faire du peau à peau avec son bébé, l'allaitement, une ambiance calme et des lumières tamisées, avoir la péridurale, une participation active du papa aux premiers soins de bébé, le choix de l'accompagnant, le cordon ombilical coupé par le papa, attraper soi-même son bébé à la naissance, un clampage tardif du cordon ombilical, un couchage pour le papa en suites de couche, choisir ses PNP, l'acupuncture pendant le travail, le resserrage du bassin après l'accouchement, et essayer bébé à la naissance.

Nous pouvons constater que ces différents souhaits ne sont pas « irréalisables ». Ils sont, à l'heure d'aujourd'hui, majoritairement proposés par l'équipe médicale et les différentes structures.

Par ailleurs, le désir de recevoir des souhaits éclairés par l'équipe médicale a été cité par 24 femmes et représentent donc 46,2% des questionnaires. Ces femmes insistent donc sur ce point. Ce souhait incarne un devoir des professionnels de santé portant sur le consentement libre et éclairé des patientes.

En effet, l'arrivée de ces projets de naissance amène un questionnement des professionnels de santé sur leurs pratiques. Ainsi, par exemple, les professionnels de santé doivent s'interroger sur la réelle utilité des gestes habituellement effectués en salle d'accouchement. Les PDN peuvent donc inciter les professionnels à réaliser des recherches

personnelles et à participer à des formations. Par conséquent, le projet de naissance peut participer à la formation continue et inciter les professionnels à mener une réflexion approfondie sur leur pratique et leur place en tant que soignant : c'est la réflexion éthique.

L'équipe médicale a le devoir d'accompagner ces femmes. Par le projet de naissance, cet accompagnement peut se faire dans un cadre de confiance, d'échanges, de soutien, de confort, tout en restant dans la sécurité. De plus, cet accompagnement peut apporter un enrichissement personnel.

L'accouchement ayant eu lieu, nous avons interrogé ces femmes sur les souhaits présents dans leur PDN qui n'ont pas été respectés lors de l'accouchement, et quelles en étaient les raisons.

Notre étude a montré que le souhait majoritairement non réalisé était celui d'un accouchement le plus « naturel » possible. Ensuite, viennent le choix de la position d'accouchement, l'accès à la salle nature, la péridurale, le clampage tardif du cordon ombilical, la tétée de bienvenue, le respect de l'intimité, et le resserrage du bassin.

Dans les raisons citées par les femmes, nous retrouvons par ordre de fréquence décroissante, l'urgence, le changement de choix de la patiente, un accouchement trop rapide, le déclenchement du travail, une surcharge d'activité, un manque de moyens, un mauvais dosage de la péridurale, et un manque de présence de l'équipe médicale.

Parmi ces raisons, certaines retiennent notre attention. En effet, le manque de moyens et le manque de présence de l'équipe médicale, soulèvent des questions. Le manque de moyens a été cité 2 fois dans nos questionnaires parmi 26 patientes dont les souhaits non pas été réalisés, et le manque de présence de l'équipe médicale a été cité 1 fois.

Nous pouvons retrouver le manque de moyens pour l'accès à la salle nature. En effet, nous retrouvons une salle nature dans chaque établissement concerné par l'étude. Ces salles sont appréciées par les femmes, comme nous avons pu le constater précédemment dans notre étude dans les raisons du choix de l'établissement. Or, une salle nature ne suffit malheureusement souvent pas. L'objectif serait de pouvoir créer plusieurs salles natures, et dans l'idéal, équiper toutes les salles de naissance. Mais ceci engagerait un grand moyen financier et de longs travaux.

Ensuite, nous retrouvons le manque de présence de l'équipe médicale au niveau de la tétée de bienvenue. L'allaitement est suivi après l'accouchement par la sage-femme et

l'auxiliaire de puériculture. Dans un premier temps, nous pouvons nous demander si une surcharge d'activité serait la cause première. Dans un deuxième temps, nous pouvons nous questionner sur la formation reçue par les professionnels sur l'allaitement et notamment la tétée de bienvenue en salle d'accouchement. Enfin, pour améliorer les pratiques, nous pouvons rappeler à l'équipe médicale de proposer aux femmes cette tétée de bienvenue, car certaines femmes n'osent pas demander aux professionnels (comme retrouvé dans un questionnaire : « *je n'ai pas osé* »).

Enfin, certaines raisons sont médicales et ne peuvent malheureusement pas être améliorées, telle que l'urgence médicale et le déclenchement du travail.

Notre hypothèse de début d'étude était la suivante : « Les souhaits non réalisés au cours de l'accouchement, présents dans le projet de naissance, sont dus à des changements de choix de la patiente ». Notre étude a montré que cette raison fait partie des arguments majoritairement cités par les femmes interrogées, avec celui de l'urgence.

Les souhaits non réalisés par un changement de choix de la patiente peuvent être nuancés. En effet, nous pouvons dire que ces souhaits présents dans le projet de naissance ont simplement évolués. Ils ont été modifiés avec le consentement de la patiente puisque c'est elle qui a changé d'avis. Par conséquent, nous pouvons dire que les souhaits de la patiente ont été respectés.

Nous pouvons donc dire que notre hypothèse de début d'étude est partiellement validée.

- ❖ Retour sur la satisfaction des femmes en suites de couche ayant élaboré un projet de naissance.

Nos questionnaires ont été distribués après l'accouchement. Ainsi, les femmes ont vu leur projet de naissance être ou non réalisé lors de l'accouchement.

Notre étude a montré que 92,8% des femmes interrogées ont été très satisfaites de la prise en charge de leur PDN en salle d'accouchement (n=48). De plus, 90,4% des femmes ont été satisfaites de la réalisation de leur PDN en salle d'accouchement (n=47). Nous pouvons alors dire que le nombre de femmes interrogées satisfaites est très proche dans les deux cas.

Notre troisième hypothèse de début d'étude était la suivante : « Les femmes ayant réalisé un projet de naissance sont très satisfaites de la réalisation de leur projet de naissance même lorsque certains souhaits n'ont pas été réalisés ».

Nous devons souligner que parmi les 52 femmes interrogées, 26 ont eu des souhaits non réalisés. Par conséquent, les résultats obtenus sont peu significatifs et peu représentatifs.

En tenant compte de cette notion, notre étude montre que 21 femmes interrogées se disent satisfaites de la réalisation de leur PDN même si des souhaits n'ont pas été réalisés. Par conséquent, nous pouvons dire que la non réalisation de souhaits présents dans le PDN n'entraîne pas forcément une insatisfaction des femmes concernant la réalisation de leur projet de naissance en salle d'accouchement.

Notre étude a également montré que 22 femmes se sont dites très satisfaites de la prise en charge de leur PDN en salle d'accouchement malgré des souhaits qui n'ont pas été réalisés.

Notre étude a montré qu'il n'existe pas de différence significative au sujet de la satisfaction de la réalisation du PDN en fonction de la présence ou non de souhaits non réalisés en salle d'accouchement. Cependant, nous supposons un manque de puissance de notre étude liée à notre petit échantillon. Nous pouvons énoncer exactement la même explication pour la satisfaction de la prise en charge du PDN en fonction de la présence ou non de souhaits non réalisés en salle d'accouchement.

Nous pouvons alors supposer que la satisfaction, concernant la réalisation et la prise en charge du PDN, n'est pas forcément liée à la réalisation de tous les souhaits présents dans le projet de naissance en salle d'accouchement, même si nous n'avons pas pu montrer de différence significative par un manque de puissance de notre étude.

Par conséquent, nous pouvons dire que notre hypothèse de début d'étude est partiellement validée.

Notre étude ne montre également pas de différence significative entre la présence de souhaits non réalisés du PDN et sa mise par écrit. Ceci est dû à un manque de puissance de notre étude. Cependant, nous pouvons remarquer qu'il y a moins de souhaits non réalisés lorsque le PDN a été mis par écrit. Il faut tout de même noter que la proportion de PDN mis par écrit est beaucoup plus faible que celle non mis par écrit (n=14 vs n=38).

Par un manque de puissance de notre étude, nous ne trouvons pas de différence significative entre la satisfaction de la prise en charge du PDN en salle d'accouchement et la mise par écrit de ce dernier. Nous ne trouvons également pas de différence significative entre la satisfaction de la réalisation du PDN en salle d'accouchement et sa mise par écrit.

L'échelle SSO m'a permis de repérer les composantes pour lesquelles la satisfaction des femmes interrogées n'est pas optimale. En analysant les composantes où se trouvent une satisfaction faible, je cherche à pouvoir proposer un plan d'action ciblé pour améliorer la qualité des soins et par ailleurs la satisfaction des femmes.

Dans le tableau XIX, concernant la relation avec la sage-femme pendant le travail et l'accouchement, quatre questions retiennent mon attention. Ces questions sont les suivantes :

- Q3. Elle (ou il) a répondu à toutes mes questions
- Q4. Elle (ou il) m'a bien expliqué le déroulement du travail et/ou de l'accouchement
- Q9. Elle (ou il) a été attentive(f) à l'allaitement
- Q10. Elle (ou il) m'a rassuré sur mes inquiétudes

Dans ces questions, les réponses sur la satisfaction ont été plus hétérogènes que sur les autres questions, avec une fréquence de réponses moins importante entre 8 et 10. Certaines femmes interrogées ont donc une satisfaction moindre au sujet de ces quatre questions.

Certaines femmes sont moins satisfaites par rapport aux réponses apportées à leurs questions en salle d'accouchement. Pareillement, au sujet de l'explication sur le déroulement du travail et/ou de l'accouchement, et sur la compétence des sages-femmes à rassurer leurs inquiétudes. Nous retrouvons également, l'attention portée à l'allaitement, qui fait partie de nombreux souhaits présents dans les PDN, avec les informations éclairées. Ceci nous prouve que les femmes sont en demandes d'informations éclairées et de soutien pour l'allaitement en salle d'accouchement.

D'après le questionnaire SSO utilisé, ce sont donc des éléments qui contribuent négativement à la satisfaction des femmes de leur accouchement. Par ailleurs, nous pouvons améliorer cette prise en charge en sensibilisant les professionnels et en proposant des formations continues. Sensibiliser les professionnels à travailler en équipe autour de l'allaitement et adapter ensemble leur discours destiné aux femmes permettraient une meilleure prise en charge des femmes souhaitant allaiter.

3.2 Discussion de nos résultats avec la littérature

D'après l'enquête nationale périnatale de 2016 (1), l'âge moyen de la population est de 30,3 +/- 5,2 ans. Cet âge moyen est compris dans la tranche d'âge représentée majoritairement dans notre population d'étude, entre 26 et 35 ans.

Toujours en comparaison avec l'enquête nationale (1), nous pouvons constater que les proportions de femmes ayant réalisé un EPPI, une PNP pendant la grossesse, ainsi qu'ayant rédigé un PDN, sont nettement supérieures dans notre étude. Cependant, cette différence peut venir du manque de puissance de notre échantillon. En revanche, elle pourrait aussi s'expliquer par le fait que nous avons interrogé des maternités de niveau I. En effet, celles-ci sont plus physiologiques et sensibilisées au projet de naissance.

Tableau XXIV : Comparaison des résultats de notre étude avec celle de l'ENP 2016

Critère	Notre enquête (en %)	ENP (en %)
Proportion d'EPPI	65,4	28,5
Proportion de PNP	78,8	52,6
Proportion de PDN écrit	26,9	3,7

Précédemment, nous avons constaté que notre étude a fait ressortir des souhaits présents dans les PDN des femmes interrogées. Par ailleurs, nous pouvons noter que nos résultats, concernant les attentes des femmes contenues dans les PDN, sont concordants avec les résultats de l'enquête périnatale de 2010 par l'UNAF (11). De plus, par notre étude nous pouvons souligner d'autres attentes non citées dans l'enquête périnatale (11), dont recevoir des informations éclairées, éviter les gestes invasifs, l'allaitement, une participation active du papa aux premiers soins du bébé, l'acuponcture pendant le travail... Par conséquent, nous pouvons constater que les attentes des parents sont restées globalement les mêmes. En revanche, de nouveaux souhaits sont soulignés dans notre étude, dont notamment de recevoir des informations éclairées. Comme nous avons pu le montrer précédemment, nous pouvons nous demander pourquoi ces femmes ressentent le besoin de le citer dans leur PDN alors que nous avons pu voir que c'est une obligation professionnelle.

3.3 Limites et forces de l'étude

3.3.1 Les points forts de l'étude

Notre étude s'est faite par la distribution de questionnaires par les sages-femmes de l'hôpital à toutes les accouchées. Ceci a permis de toucher toutes les femmes qui avaient élaboré un PDN, et donc éviter au maximum un biais de sélection par les sages-femmes.

Une partie du questionnaire, portant sur le PDN, se présentait sous forme de questions ouvertes semi-directives, et permettait donc d'obtenir des témoignages.

Cette étude aura également permis d'étudier un thème peu abordé, celui du projet de naissance, permettant d'apporter des informations à la fois qualitatives et quantitatives sur le sujet. Ce recueil d'informations peut permettre une amélioration de la prise en charge des femmes, et plus particulièrement de ces femmes qui ont un projet de naissance.

3.3.2 Les biais et les limites de l'étude

Nous avons interrogé des femmes dans deux maternités de niveau I. Ces maternités pratiquent environ 1200 accouchements par an, par conséquent peu d'accouchements.

D'après l'enquête nationale de 2016 (1), seulement 22,8% des femmes avaient des souhaits pour leur accouchement. Parmi elles seulement 3,7% avait rédigé un PDN, et 17,2% les avaient exprimés à leur arrivée à la maternité. Ce faible pourcentage de femmes, ayant élaboré un PDN, justifie le peu de questionnaires que nous avons récolté lors de notre étude. Nous pouvons également ajouter à cela, le biais de la distribution par les sages-femmes, que nous avons tout de même limité en faisant distribuer le questionnaire à toutes les femmes qui venaient d'accoucher.

Ainsi, la faible taille de l'échantillon (n=52), ne permet pas de mettre en évidence des différences significatives qui pourraient exister. Notre échantillon n'est également pas représentatif de la population générale.

3.4 Pistes d'amélioration et projets d'action

Nous avons vu précédemment que certaines femmes ne bénéficient pas d'un EPPI tel que prévu et encourager lors de la première séance de PNP. De ce fait, encourager ces femmes à réaliser un EPPI en les informant des différents buts de cet entretien, augmenterait probablement le taux de participation. Ainsi, l'accès à l'information sur le projet de naissance serait probablement amélioré.

En revanche, nous avons montré que le PDN n'est pas une obligation mais un outil proposé aux femmes. Cependant, apporter toutes les informations éclairées nécessaires au couple est un devoir pour les professionnels. C'est pourquoi, il me paraît important de mettre en place une information systématique sur le projet de naissance lors des premières consultations prénatales. Ainsi, il serait important de préciser clairement aux femmes et aux couples les objectifs de cet outil. Il serait aussi probablement intéressant de faire une étude pour savoir à quel moment de la grossesse la femme a pris connaissance du projet de naissance et par qui ou par quel moyen précisément. En effet, notre étude a évalué les moyens mais pas exactement la prise de connaissance initiale.

Parallèlement à cette information systématique, il me paraît intéressant de créer des plaquettes d'informations destinées aux femmes ou aux couples, mises à disposition dans les salles d'attentes et donner lors des consultations prénatales. Cette information systématique devrait également être faite lors des différentes séances de PNP comme indiqué dans les recommandations de l'HAS. Pour cela, il serait intéressant avant toute chose d'informer tous les acteurs autour de la périnatalité de la notion de projet de naissance.

Egalement, nous avons vu que ces femmes sont moins satisfaites des informations reçues lors de l'accouchement et du soutien reçu pour l'allaitement en salle d'accouchement. De ce fait, nous pouvons améliorer cette prise en charge et ainsi la satisfaction des femmes. Pour cela, nous pouvons proposer des formations continues aux différents professionnels pour les sensibiliser à l'allaitement en salle d'accouchement, mais également pour leur rappeler qu'informer les femmes est un devoir. Enfin, le travail en équipe est capital. C'est pourquoi sensibiliser les professionnels à échanger entre eux et à adapter leur discours est primordial pour une meilleure prise en charge.

Enfin, le manque de puissance de notre étude ne nous a pas permis de mettre en évidence de différence significative entre la satisfaction des femmes de la prise en charge et de la réalisation de leur PDN, en fonction de la mise par écrit du PDN, ou encore en fonction de la présence de souhaits non réalisés en salle d'accouchement. Il serait probablement intéressant de poursuivre cette étude à plus grande échelle. Mais également de comparer nos résultats à des femmes qui n'ont pas élaboré de projet de naissance, et ce aussi à plus grande échelle. Il ne faut également pas oublier que certaines femmes n'« osent » pas « déranger » les professionnels. Ainsi, informer les professionnels qu'il faut proposer la tétée de bienvenue à toutes les femmes, mêmes celles ne souhaitant pas allaiter, est important.

En conséquence, apporter des informations éclairées aux femmes et ainsi les proposer à toutes les femmes, permettrait de leur donner le choix et d'ouvrir le dialogue entre patients et professionnels.

CONCLUSION

Notre étude avait pour objectif d'évaluer les modalités d'élaboration d'un projet de naissance. Elle visait aussi à connaître les souhaits présents dans les PDN, ainsi que ceux non réalisés en salle d'accouchement, et d'évaluer la satisfaction des femmes ayant élaboré un PDN.

En réponse au premier objectif, les caractéristiques de l'élaboration d'un projet de naissance sont nombreuses. Notre étude a montré que les femmes ont majoritairement élaboré leur PDN en couple et qu'elles l'ont finalisé avec la sage-femme. Ces dernières n'ont majoritairement pas rédigé leur PDN. La majorité des femmes interrogées a pris connaissance du PDN par les sages-femmes de consultations. La construction du PDN s'est faite principalement au fur et à mesure de la grossesse, par rapport aux envies et souhaits, et grâce aux entretiens avec la sage-femme. Nous avons pu également mettre en évidence les raisons qui ont amené ces femmes à élaborer un PDN. Ces raisons sont très variées. Les moments majoritairement concernés dans les PDN sont l'accouchement, le pré-travail et le post-partum immédiat.

En réponse au deuxième objectif, nous avons mis en évidence de nombreux souhaits présents dans les PDN. Parmi eux, des souhaits non réalisés en salle d'accouchement ont été retrouvés. La raison médicale (urgence, déclenchement) et le changement de choix de la patiente sont les causes principalement retrouvées.

En réponse au troisième objectif, compte tenu du manque de puissance de notre population, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative. Cependant, notre étude montre que les femmes sont majoritairement satisfaites de la prise en charge et de la réalisation de leur PDN en salle d'accouchement, même lorsque des souhaits n'ont pas été réalisés.

D'après le questionnaire SSO, notre étude montre que certaines femmes sont moins satisfaites au sujet des réponses apportées à leurs questions en salle d'accouchement, de l'explication sur le déroulement du travail et/ou de l'accouchement, sur l'attention portée à l'allaitement, et sur la compétence des sages-femmes à rassurer leurs inquiétudes.

Par conséquent, une meilleure prise en charge de ces femmes ayant élaboré un PDN passe probablement par une formation axée sur les projets de naissance. Cette formation apporterait des outils aux professionnels afin de guider ces femmes dans l'élaboration de leur PDN, des éléments entraînant un questionnement sur ces pratiques professionnelles notamment en salle d'accouchement, des moyens permettant d'accompagner ces femmes, de les guider, de les soutenir...

Nous devrions également encourager davantage les professionnels à mener des formations sur les positions d'accouchement, les méthodes non médicalisées contre la douleur, les postures et positions pendant le travail et tant d'autres.

Par conséquent, le projet de naissance peut participer à la formation continue et inciter les professionnels à mener une réflexion approfondie sur leur pratique et leur place en tant que soignant.

Néanmoins, une limite existe à cette ouverture dans nos pratiques professionnelles. En effet, certaines structures n'ont pas à disposition de salles dites « natures ».

Pour finir, il serait donc intéressant d'explorer notre étude à plus grande échelle et dans des structures de niveau II et III. Le projet de naissance est un outil avant tout de dialogue entre les futurs parents et les professionnels de santé. Par conséquent, le projet de naissance n'est-il pas également possible pour les grossesses à risque avec un échange d'informations éclairées entre professionnels et futurs parents ? Le projet de naissance ne pourrait-il pas également être un moyen de rappeler aux professionnels que la « physiologie » existe dans les maternités de niveau III ?

Avec la polémique actuelle au sujet des violences obstétricales, la promotion du projet de naissance ne permettrait-elle pas d'ouvrir davantage le dialogue et de l'encourager entre patients et professionnels de santé et ainsi améliorer une satisfaction partagée ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. INSERM, DRESS. Enquête nationale périnatale - Rapport 2016 - Les naissances et les établissements - Situation et évolution depuis 2010. République Française [En ligne]. octobre 2017 [consulté le 31/10/2017]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales>
2. République Française. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [En ligne]. 2002-303 ; 4 mars 2002 [consulté le 12/10/2017]. Disponible à partir de l'URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>
3. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [En ligne]. mai 2016 [consulté le 25/10/2017]. Disponible à partir de l'URL : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
4. Gamelin-Lavois S. Le projet de naissance. Biocontact [En ligne]. mai 2009 [consulté le 25/10/2017];(191). Disponible à partir de l'URL : http://projetdenaissance.overblog.com/pages/Faire_un_projet_de_naissance-1283523.html
5. Phan E. Projet de naissance et données scientifiques, le rôle des associations d'usagers. CIANE [En ligne]. 2014 [consulté le 04/10/2017]. Disponible à partir de l'URL : http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/SFMPLYon2014_Texte.Ciane_PdN.pdf
6. Sante gouvernement. Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A no 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée [En ligne]. mars 2006 [consulté le 26/10/2017]. Disponible à partir de l'URL : <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-04/a0040012.htm>
7. Plan périnatalité « Humanité, proximité, sécurité, qualité » 2005-2007 [En ligne]. 10 novembre 2004 [consulté le 26/10/2017]. Disponible à partir de l'URL : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2004/planperinat.pdf>
8. Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? [En ligne]. 2005 [consulté le 26/10/2017]. Disponible à partir de l'URL : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/fr/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes
9. CNGOF. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Projet de naissance, comment faire en pratique. déc 2008;Tome XXXII:159-69.
10. UNAF. Union nationale des associations familiales [En ligne]. UNAF. [consulté le 30/10/2017]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.unaf.fr/>
11. UNAF. Enquête UNAF/CIANE : « 1000 femmes témoignent sur leur maternité ». UNAF [En ligne]. 2010 [consulté le 30/10/2017]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.unaf.fr/spip.php?article19620>

12. CIANE. Qu'est-ce que le Ciane [En ligne]. Ciane. 2011 [consulté le 30/10/2017]. Disponible à partir de l'URL : <https://ciane.net/ciane/ciane/>
13. CIANE. Charte du Collectif Interassociatif Autour de la Naissance [En ligne]. 2004 [consulté le 30/10/2017]. Disponible à partir de l'URL : <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/04/CharteduCiane.pdf>
14. AFAR. Alliance francophone pour l'accouchement respecté [En ligne]. [consulté le 30/10/2017]. Disponible à partir de l'URL : <http://afar.info/>
15. CIANE. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement. Ciane [En ligne]. août 2012 [consulté le 25/10/2017]. Disponible à partir de l'URL : <https://ciane.net/publications/enquete-accouchement/>
16. HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) [En ligne]. novembre 2005 [consulté le 25/10/2017]. Disponible à partir de l'URL : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
17. Martory J. L'éclairage de la psy : Lise Bartoli [En ligne]. Psychologies. 2009 [consulté le 01/01/2017]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.psychologies.com/Famille/Maternite/Accouchement/Articles-et-Dossiers/Pour-un-accouchement-respecte/L-eclairage-de-la-psy-Lise-Bartoli>
18. Abdel-Baki A, Poulin M-J. Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. Psychothérapies. 2004;24(1):11-6.
19. Larousse. Définitions : satisfaction. LAROUSSE [En ligne]. [consulté le 31/10/2017]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/satisfaction/71085>
20. République française. Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. avr 25, 1996 p. 6324.
21. Com-ruelle L, Or Z. La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? IRDES [En ligne]. décembre 2008 [consulté le 31/10/2017];(19). Disponible à partir de l'URL : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf>
22. HAS. Des indicateurs pour améliorer la qualité et la sécurité des soins [En ligne]. Le Webzine de la HAS. 2013 [consulté le 31/10/2017]. Disponible à partir de l'URL : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1368467/fr/des-indicateurs-pour-ameliorer-la-qualite-et-la-securite-des-soins
23. Collet M. DRESS. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. Etudes et Résultats [En ligne]. septembre 2008 [consulté le 28/10/2017];660. Disponible à partir de l'URL : http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/080929_drees_eng_satisfaction_mater.pdf
24. Ramanah R, Dumont A, Schepens F, Traore M, Gaye A, Schaal J-P, et al. Satisfaction des soins obstétricaux : élaboration et validation d'une échelle de mesure de la qualité des soins. Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 juill 2014;42(7):477-82.

ANNEXES

Annexe I : Questionnaire de l'étude

Le 11 septembre 2017

Mlle GOYARD Amélie
Etudiante sage-femme en 5^{ème} année
Mail : amelie.goyard@etu.univ-lyon1.fr

Madame,

Actuellement étudiante sage-femme en dernière année à la Faculté de Médecine et Maïeutique Lyon Sud, je me suis intéressée à votre démarche d'élaborer un projet de naissance. C'est pourquoi je réalise actuellement mon mémoire de fin d'étude sur « **Le projet de naissance : la satisfaction des femmes de leur accouchement** ».

Pour cela, je vous invite à répondre au questionnaire suivant pour partager avec moi votre expérience et vous permettre d'exprimer votre opinion, dans le but de mieux répondre à vos attentes.

Le questionnaire comporte trois parties :

- Fiche signalétique afin de mieux vous connaître
- Concernant votre projet de naissance
- Evaluation de la satisfaction de votre accouchement par l'échelle SSO (Satisfactions des soins obstétricaux)

Ce questionnaire comprend 8 pages et dure environ 15 minutes.

Les réponses que vous me donnerez resteront anonymes. Pour cela, une enveloppe est à votre disposition à sceller avant de rendre le questionnaire.

Je vous remercie par avance de votre collaboration et de m'avoir accordé de votre temps.

Je reste à votre disposition pour toute remarque, question ou si vous souhaitez recevoir les résultats de l'étude, à l'adresse mail : amelie.goyard@etu.univ-lyon1.fr

Amélie GOYARD
Etudiante sage-femme en 5^{ème} année

Partie I : Fiche signalétique afin de mieux vous connaître

1. Quel âge avez-vous ?

- Moins de 18 ans
 Entre 18 et 25 ans
 Entre 26 et 35 ans
 Entre 36 et 45 ans
 46 ans et plus

2. Quelle est votre situation familiale ?

- En couple
 Mariée
 Pacsée
 Célibataire
 Veuf/ve

3. Quel est votre niveau d'étude ?

- Niveau collège, BEP, CAP
 Niveau lycée, BAC, BAC PRO
 Enseignements supérieurs
 Autre

Si « Autre », précisez :

4. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

- Agriculteur
 Cadre, profession intellectuelle supérieure
 Employé
 Chômeur
 Inactif
 Commerçant, artisan, chef d'entreprise
 Profession intermédiaire
 Ouvrier
 Elève, étudiant
 Autre

Si « Autre », précisez :

5. Aviez-vous une activité professionnelle avant le début de votre congé maternel ?

- Oui
 Non

6. Où avez-vous accouché cette fois-ci ?

- Centre hospitalier de GIVORS
 Centre hospitalier de FIRMINY

7. Par qui avez-vous été suivie pendant cette grossesse ?

- Un gynécologue/médecin de l'hôpital
 Un gynécologue/médecin libéral
 Votre médecin généraliste
 Une sage-femme de l'hôpital
 Une sage-femme libérale
 Autre

Si « Autre », précisez :

8. Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité ?

- Oui
 Non

9. Si « oui », quel était le type de préparation ?

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Classique | <input type="radio"/> Haptonomie |
| <input type="radio"/> Sophrologie | <input type="radio"/> Yoga |
| <input type="radio"/> Chant | <input type="radio"/> Autre |
| <input type="radio"/> Piscine | |

Si « Autre », précisez :

10. Cet accouchement était votre :

- Premier
- Deuxième
- Troisième
- Au-delà, veuillez indiquer le nombre d'accouchements :

11. Quelle(s) est/sont la/les raisons qui vous ont fait choisir cette maternité ?

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Proximité | <input type="radio"/> Etre libre de ces propres choix |
| <input type="radio"/> Réputation | <input type="radio"/> Vous n'avez pas eu le choix |
| <input type="radio"/> La sécurité | <input type="radio"/> Autre |
| <input type="radio"/> Le confort | |

Si « Autre », précisez :

12. Avez-vous bénéficié d'un entretien prénatal précoce ?

- Oui
- Non

13. Votre projet de naissance concernait :

- La grossesse
- Le pré-travail
- L'accouchement
- Le post-partum immédiat (les deux heures suivant l'accouchement)
- Les suites de couche (votre séjour à la maternité)

14. Vous avez élaboré votre projet de naissance :

- Seule
- En couple

15. Avez-vous mis par écrit votre projet de naissance ?

- Oui
- Non

Pour quelles raisons ? :

.....

Partie II : Concernant votre Projet de naissance

1. Le projet de naissance se discute pendant votre grossesse avec des professionnels de santé qui suivent la grossesse. Comment cela s'est-il passé pour vous ?

➤ Par qui et/ou par quels moyens avez-vous pris connaissance du projet de naissance ?

.....
.....

➤ Comment s'est construit votre projet de naissance ?

.....
.....
.....

➤ Avec qui avez-vous finalisé votre projet de naissance ?

.....
.....

2. Pourquoi avoir élaboré un projet de naissance ?

.....
.....
.....
.....
.....

3. Avez-vous pu exprimer votre projet de naissance à l'équipe soignante en salle d'accouchement ?

.....
.....

4. Quels ont été vos souhaits présents dans votre projet de naissance ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Comment avez-vous vécu la prise en charge de votre projet de naissance par l'équipe soignante au moment de votre accouchement ?

.....
.....
.....
.....
.....

6. D'une manière générale, êtes-vous satisfaite de la réalisation de votre projet de naissance au moment de votre accouchement ?

.....
.....
.....
.....
.....

7. Si des souhaits n'ont pas été réalisés, pourriez-vous les citer et expliquer pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

8. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

.....
.....
.....
.....
.....

Partie III : Evaluation de la satisfaction de votre accouchement par l'échelle SSO (Satisfaction des soins obstétricaux)

Nous aimerions avoir votre point de vue sur **les soins que vous venez de recevoir en salle de naissance**. Veuillez nous dire si les phrases suivantes correspondent à votre situation, entre "pas du tout vrai" et "tout à fait vrai", noté de 1 à 10. Pour chaque phrase, encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Les informations que vous nous communiquerez resteront confidentielles.

	Pas du tout vrai	Tout à fait vrai
Par exemple, Tout s'est bien passé	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Encercler le chiffre 8 indiquerait que tout s'est plutôt bien passé.

Pendant le travail et votre accouchement, concernant votre relation avec la sage-femme, diriez-vous :

	Pas du tout vrai	Tout à fait vrai
1 La sage-femme s'est présenté(e) agréablement à moi	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2 Elle (ou il) a été disponible pour moi	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
3 Elle (ou il) a répondu à toutes mes questions	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
4 Elle (ou il) m'a bien expliqué le déroulement du travail et/ou de l'accouchement	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
5 J'étais en confiance et en sécurité avec elle (ou lui)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
6 Elle (ou il) a été efficace	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
7 Elle (ou il) a été attentive(f) à moi et mes demandes	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
8 La sage-femme a été attentive(f) à mon bébé	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
9 Elle (ou il) a été attentive(f) à l'allaitement Non concerné <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
10 Elle (ou il) m'a rassurée sur mes inquiétudes	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
11 Elle (ou il) s'est préoccupé(e) de ma douleur	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

12	La sage-femme s'est assuré(e) que mon bébé et moi allions bien	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13	Elle (ou il) a été suffisamment présent (e) avec moi pendant le travail et/ou l'accouchement	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14	Elle (ou il) a eu des gestes délicats	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation entre "pas du tout vrai" et "tout à fait vrai".

Pendant le travail et votre accouchement, concernant votre relation avec le médecin accoucheur,

diriez-vous :

Si vous n'avez pas eu recours aux soins d'un médecin obstétricien, passez à la question 29.

**Pas du
tout vrai**

**Tout à
fait vrai**

15	Le médecin accoucheur s'est présenté agréablement à moi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16	Il a été disponible pour moi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17	Il a répondu à toutes mes questions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18	Il m'a bien expliqué le déroulement du travail et/ou de l'accouchement	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19	J'étais en confiance et en sécurité avec lui	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20	Le médecin a été efficace	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21	Il a été attentif à moi et mes demandes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22	Il a été attentif à mon bébé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23	Il a été attentif à l'allaitement Non concerné <input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24	Il m'a rassurée sur mes inquiétudes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25	Le médecin s'est préoccupé de ma douleur	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26	Il s'est assuré que mon bébé et moi allions bien	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27	Il a été suffisamment présent avec moi pendant le travail et/ou l'accouchement	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28	Il a eu des gestes délicats	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Pendant le travail et/ou votre accouchement, concernant votre relation avec l'anesthésiste, diriez-vous :

Si vous n'avez pas eu recours aux soins d'un anesthésiste, passez à la question 34.

		Pas du tout vrai	Tout à fait vrai
29	L'anesthésiste a été attentif à moi et à mes demandes	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
30	Il a eu des gestes délicats	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
31	Il m'a expliqué la procédure de l'anesthésie	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
32	Il est intervenu à temps	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	Si non : Par manque de disponibilité <input type="checkbox"/>		
	En raison d'un appel tardif <input type="checkbox"/>		
33	Son intervention contre la douleur a été efficace (péridurale, rachidienne, ...)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Pour chaque phrase, encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre perception entre "pas du tout vrai" et "tout à fait vrai".

Concernant les conditions et l'environnement de la salle de naissance, diriez-vous :

		Pas du tout vrai	Tout à fait vrai
34	L'orientation vers le service d'obstétrique est facile (affichage, ascenseurs, ...)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
35	La salle de naissance était disponible à temps	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
36	La salle de naissance était bien équipée matériellement	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
37	J'étais installée confortablement	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
38	La salle naissance était propre et l'hygiène était satisfaisante	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
39	La salle était suffisamment grande et spacieuse	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
40	La salle de naissance était calme (sans bruit)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
41	La température dans la salle de naissance était satisfaisante	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
42	La luminosité dans la salle de naissance était satisfaisante	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

D'une manière générale

	Pas du tout vrai									Tout à fait vrai	
43	L'équipe soignante était compétente et efficace	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
44	Leurs qualités humaines étaient appréciables (respect, sensibilité, gentillesse, patience, ...)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
45	Il y avait une bonne coordination entre les membres de l'équipe soignante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
46	L'équipe soignante a permis qu'un membre de ma famille ou un(e) ami(e) assiste à l'accouchement	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
47	Je suis satisfaite des informations reçues pour mes soins	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
48	La qualité des soins était mieux que je ne l'imaginais	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
49	Si c'était nécessaire, je recommanderais ce service à mes proches	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Je vous remercie de votre participation.

Annexe II : Résultats du questionnaire SSO

Tableau XIX : Questionnaire SSO : la relation avec la sage-femme pendant le travail et l'accouchement

Echelle de satisfaction	Non concernée	Nombre de patientes (n=52)										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Q1. La SF s'est présenté(e) agréablement à moi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	8	41
Q2. Elle (ou il) a été disponible pour moi	0	0	1	0	0	0	0	0	5	4	6	36
Q3. Elle (ou il) a répondu à toutes mes questions	0	0	0	0	0	1	0	1	1	4	10	35
Q4. Elle (ou il) m'a bien expliqué le déroulement du travail et/ou de l'accouchement	0	0	0	0	1	0	2	1	2	7	7	32
Q5. J'étais en confiance et en sécurité avec elle (ou lui)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	6	38
Q6. Elle (ou il) a été efficace	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	9	38
Q7. Elle (ou il) a été attentive(f) à moi et mes demandes	0	0	1	0	0	0	0	0	3	4	6	38
Q8. La sage-femme a été attentive(f) à mon bébé	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	6	41
Q9. Elle (ou il) a été attentive(f) à l'allaitement	0	1	0	0	0	1	2	0	2	6	6	26
Q10. Elle (ou il) m'a rassurée sur mes inquiétudes	0	0	0	0	0	0	0	1	2	8	8	33
Q11. Elle (ou il) s'est préoccupé(e) de ma douleur	0	1	0	0	0	0	0	2	2	4	6	37
Q12. La sage-femme s'est assuré(e) que mon bébé et moi allions bien	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	5	42
Q13. Elle (ou il) a été suffisamment présent(e) avec moi pendant le travail et/ou l'accouchement	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3	7	40
Q14. Elle (ou il) a eu des gestes délicats	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	9	38

Tableau XX : Questionnaire SSO : la relation avec le médecin accoucheur pendant le travail et l'accouchement

Echelle de satisfaction	Non concernée	Nombre de patientes (n=52)										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Q15. Le médecin accoucheur s'est présenté agréablement à moi	37	0	1	0	1	1	0	0	1	5	1	5
Q16. Il a été disponible pour moi	37	0	1	0	0	1	0	0	2	3	3	5
Q17. Il a répondu à toutes mes questions	37	0	1	1	1	0	0	0	2	3	2	5
Q18. Il m'a bien expliqué le déroulement du travail et/ou de l'accouchement	37	0	1	0	0	0	2	1	3	0	3	5
Q19. J'étais en confiance et en sécurité avec lui	37	0	1	0	0	0	1	1	4	0	2	6
Q20. Le médecin a été efficace	37	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	9
Q21. Il a été attentif à moi et mes demandes	37	0	1	1	0	0	0	1	4	0	3	5
Q22. Il a été attentif à mon bébé	37	0	0	1	1	0	1	0	4	0	0	8
Q23. Il a été attentif à l'allaitement	43	0	4	0	0	0	0	0	2	1	0	2
Q24. Il m'a rassuré sur mes inquiétudes	37	0	2	2	1	0	0	1	2	1	1	5
Q25. Le médecin s'est préoccupé de ma douleur	37	0	2	0	1	0	1	1	2	1	2	5
Q26. Il s'est assuré que mon bébé et moi allions bien pendant le travail et/ou l'accouchement	37	0	0	0	1	0	1	0	3	0	3	7
Q27. Il a été suffisamment présent avec moi pendant le travail et/ou l'accouchement	37	0	0	0	1	0	0	2	2	1	3	6
Q28. Il a eu des gestes délicats	37	0	1	0	0	1	0	3	0	3	0	7

Tableau XXI : Questionnaire SSO : la relation avec l'anesthésiste pendant le travail et l'accouchement

Echelle de satisfaction	Non concernée	Nombre de patientes (n=52)										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Q29. L'anesthésiste a été attentif à moi et mes demandes	21	0	1	0	0	0	1	5	1	10	3	10
Q30. Il a eu des gestes délicats	21	0	1	0	1	0	2	2	3	7	2	13
Q31. Il m'a expliqué la procédure de l'anesthésie	21	0	2	1	0	0	3	2	6	4	1	12
Q32. Il est intervenu à temps	21	0	0	0	0	1	2	1	1	5	6	15
Q33. Son intervention contre la douleur a été efficace	21	0	0	0	1	0	0	1	1	1	7	20

Tableau XXII : Questionnaire SSO : les conditions et l'environnement de la salle de naissance

Echelle de satisfaction	Non concernée	Nombre de patientes (n=52)										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Q34. L'orientation vers le service d'obstétrique est facile	0	0	0	0	1	0	0	2	5	16	6	22
Q35. La salle de naissance était disponible à temps	0	0	3	0	0	0	2	0	2	3	8	34
Q36. La salle de naissance était bien équipée matériellement	1	0	1	0	0	0	0	1	2	3	6	38
Q37. J'étais installée confortablement	1	0	1	0	1	0	1	0	1	4	11	32
Q38. La salle de naissance était propre et l'hygiène était satisfaisante	1	0	0	0	0	0	1	0	1	3	9	37
Q39. La salle était suffisamment grande et spacieuse	1	0	2	0	0	0	1	0	3	3	9	33
Q40. La salle de naissance était calme	1	0	1	0	0	0	1	1	5	3	4	36
Q41. La température dans la salle de naissance était satisfaisante	1	0	1	0	0	0	1	2	2	8	7	30
Q42. La luminosité dans la salle de naissance était satisfaisante	1	0	1	0	1	1	0	1	1	5	6	35

Tableau XXIII : Questionnaire SSO : la satisfaction d'une manière générale

Echelle de satisfaction	Non concernée	Nombre de patientes (n=52)										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Q43. L'équipe soignante était compétente et efficace	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	12	35
Q44. Leurs qualités humaines étaient appréciables	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	10	37
Q45. Il y avait une bonne coordination entre les membres de l'équipe soignante	0	0	0	0	0	0	1	0	4	3	11	33
Q46. L'équipe soignante a permis qu'un membre de ma famille ou un ami assiste à l'accouchement	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	5	44
Q47. Je suis satisfaite des informations reçues pour mes soins	0	0	0	0	0	1	1	1	2	4	10	33
Q48. La qualité des soins était mieux que je ne l'imaginai	0	0	0	0	0	0	3	3	3	5	11	27
Q49. Si c'était nécessaire, je recommanderais ce service à mes proches	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	8	41

Auteur : Amélie GOYARD	Diplôme d'Etat de sage-femme, Lyon 2018
Titre : Projet de naissance : modalités d'élaboration et impact sur la satisfaction des femmes de leur accouchement	
<p>Résumé</p> <p>Objectif : L'objectif principal de notre étude était d'évaluer les modalités d'élaboration d'un projet de naissance. Les objectifs secondaires étaient de connaître les souhaits présents dans les projets de naissance, ainsi que ceux non réalisés en salle d'accouchement, et d'évaluer la satisfaction des femmes ayant élaboré un projet de naissance.</p> <p>Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative et quantitative. Le recueil de données a été effectué grâce à un questionnaire distribué à toutes les femmes en post-partum immédiat.</p> <p>Résultats : 52 questionnaires ont été analysés. Les caractéristiques de l'élaboration d'un projet de naissance sont variées. La majorité des projets de naissance ne sont pas rédigés et la sage-femme de consultation est le professionnel de première ligne. Les souhaits présents dans les projets ne sont pas irréalisables. De plus, la raison médicale est majoritairement retrouvée lorsque des souhaits n'ont pas été réalisés. Par ailleurs, la grande majorité des femmes sont satisfaites de la réalisation et de la prise en charge de leur projet de naissance en salle d'accouchement, même lorsque des souhaits n'ont pas été réalisés.</p> <p>Conclusion : L'étude rappelle l'importance du dialogue entre professionnels de santé et parturientes dans l'accompagnement et l'élaboration d'un projet de naissance. Par ailleurs, la réflexion menée avant l'accouchement est une étape très importante car la perception que la femme garde de son accouchement va influencer son état de santé et celle de sa famille. Ainsi, favoriser une perception positive de son accouchement, notamment par le projet de naissance, est une priorité en tant que sage-femme.</p> <p>Mots clés : Projet de naissance – satisfaction – souhait – vécu – périnatalité</p>	

Title: Birth plan: development process and impact on women's satisfaction of their delivery
<p>Abstract</p> <p>Objective: The main objective of our study was to evaluate the modalities for development of a birth plan. The secondary objectives were to know the present wishes in birth plans, as well as those unimplemented in the delivery room, and to estimate the satisfaction of the women having developed a birth plan.</p> <p>Methodology: We planned a qualitative and quantitative study. The data collection was made thanks to a questionnaire distributed to all of the women in immediate post-partum.</p> <p>Results: 52 questionnaires were analyzed. The characteristics of the elaboration of birth plans are varied. The majority of birth plans are not written and the midwife is the frontline professional. The wishes presented in the birth plans are not impossible to achieve. Furthermore, when wishes were not achieved, it was mainly due to a medical reason. Besides that, the great majority of the women are satisfied by how their birth plan procedure was carried out in the delivery room, even when their wishes were not achieved.</p> <p>Conclusion: The study reminds people of the importance of dialogue between health professionals and pregnant women in the support and elaboration of a birth plan. Additionally, the planning done before a delivery is a very important stage because the memories that a woman will keep of her delivery are going to influence her health and that of her family. Therefore, encouraging a positive perception of a delivery, particularly through a birth plan, is a priority as a midwife.</p> <p>Key-words: Birth plan – satisfaction – wish – experience – perinatality</p>